

ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียด
และความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก



นายชาติรี จุติตรี

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PROGRAM WITH GIVING
KNOWLEDGE ON STRESS AND BLOOD PRESSURE IN HYPERTENSIVE
ELDERLY PATIENTS, OUT PATIENT DEPARTMENT



Mister Chatree Juttitree

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ
ร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตใน
ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก

โดย

นายชาติรี จุติตรี

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

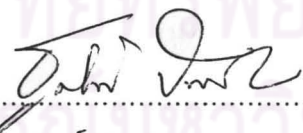
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ชาตรี จุติตรี : ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก (EFFECTS OF PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PROGRAM WITH GIVING KNOWLEDGE ON STRESS AND BLOOD PRESSURE IN HYPERTENSIVE ELDERLY PATIENTS, OUT PATIENT DEPARTMENT)
 อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 144 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียด และความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มารับการรักษาที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ Primary Care Unit แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรง 5 ท่าน แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Independent t-test และ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....*ชาตรี จุติตรี*.....
 ปีการศึกษา.....2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....*ดร.*.....

5177563236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION / BLOOD PRESSURE / STRESS / ELDERLY PATIENTS

CHATREE JUTITREE : EFFECTS OF PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PROGRAM WITH GIVING KNOWLEDGE ON STRESS AND BLOOD PRESSURE IN HYPERTENSIVE ELDERLY PATIENTS, OUT PATIENT DEPARTMENT. ADVISOR : ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 144 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of progressive muscle relaxation program with giving knowledge on stress and blood pressure in Hypertensive elderly patients. The samples were 40 Hypertensive elderly patients age 60 and over at primary care unit of the out patient department, Rajavithi Hospital. The samples were purposive sampling and assigned into the experimental and control group, 20 persons for each groups. The experimental group received the progressive muscle relaxation program with giving knowledge, while the control group received conventional nursing care. The program was validated for the content validity by a panel of experts. A self-assessment and analysis of stress research instrument was tested and Cronbach's alpha coefficient was 0.80. The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, Independent t-test, and Paired t-test.

The major findings were as following:

1. The average score of stress in Hypertensive elderly patients in experimental group after receiving the program was significantly lower than before receiving the program at the level of .05.
2. The average score of stress in Hypertensive elderly patients in experimental group after receiving the program was significantly lower than that of the control group at the level of .05.
3. The systolic and diastolic blood pressures of the experimental group after receiving the program was significantly lower than before receiving the program at the level of .05.
4. The systolic and diastolic blood pressures of the experimental group after receiving the program were significantly lower than that of the control group at the level of .05.

Field of Study : Nursing Science

Student's Signature Chatree Juttitree

Academic Year : 2010

Advisor's Signature Siriphan Sasat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิด ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีมาตลอดจนเสร็จสมบูรณ์ มีความปรารถนาดี เสียสละและห่วงใยศิษย์เสมอมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาที่อาจารย์ได้กรุณามอบให้ จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่มีประโยชน์ยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา ที่กรุณาทุ่มเทเวลาถ่ายทอดวิชาความรู้ และการเรียนการสอนที่มีคุณค่ายิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์ ที่เสนอแนะช่วยเหลือและตรวจสอบวิทยานิพนธ์หลายครั้ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่ทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมบัติ ตาปัญญา ที่อนุญาตให้ใช้แผ่นซีดีบันทึกเสียงการฟ้อนคลายกล้ามเนื้อ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป เบอร์ 10 หัวหน้าห้องตรวจประกันสุขภาพ หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ได้เป็นกำลังใจ และสนับสนุนในการศึกษา ขอบคุณเพื่อน ๆ ร่วมรุ่นทุกท่านและขอขอบคุณ พี่ เพื่อนและน้อง ๆ ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือคอยสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและช่วยผลักดัน ด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมุ่งมั่นจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ตัวแปรในการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด.....	33
การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพรเกรสซิฟ.....	41
การให้ความรู้.....	49
การโทรศัพท์ติดตาม.....	52
การเยี่ยมบ้าน.....	55
บทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี ความเครียด.....	62
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64

โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรค	
ความดันโลหิตสูง.....	67
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	69
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือในการวิจัย.....	72
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	75
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	78
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	85
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	97
สรุปผลการวิจัย.....	103
อภิปรายผลการวิจัย.....	103
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	107
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	108
รายการอ้างอิง.....	109
ภาคผนวก.....	119
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	120
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความอนุเคราะห์	
ทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	122
ภาคผนวก ค เอกสารจริยธรรม.....	128
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	134
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	144

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ตามเกณฑ์ของ JNC VII.....	15
2	การแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ตามคำนิยามของ WHO.....	16
3	แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	87
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	91
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังการทดลอง.....	92
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	93
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	94
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบน ก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	95
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	96
10	แสดงการจับคู่ตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค และจำนวนชนิด ของยารักษาความดันโลหิตสูง.....	135
11	เปรียบเทียบคะแนนความเครียดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การทดลอง.....	136
12	เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การทดลอง.....	137
13	แสดงการเข้าพบผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มควบคุม.....	138
14	แสดงการเข้าพบผู้ป่วย โทรศัพท์ศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มทดลอง.	139
15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม วิธีการคลายเครียดที่ใช้.	140
16	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ.....	141

ตารางที่

หน้า

17	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม บุคคลในครอบครัวมี ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้ดูแลหลักในการ ช่วยเหลือหรือไม่.....	142
----	--	-----



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	สมมติฐานสาเหตุของการเกิด Primary or essential hypertension.....	21
2	แนวทางการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.....	29
3	แสดงขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	84



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก มีประชากรเป็นความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคน (Varon, 2008) อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติเมื่ออายุ 55 ปี พบว่า ร้อยละ 90 มีโอกาสเสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูงตลอดชีวิต (Buttran & Wright, 2006) จากรายงานสุขภาพโลกประมาณการไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2000 ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุตาย 7.1 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีมากกว่า 65 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Fields et al., 2004) จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2544 พบว่าโรคระบบไหลเวียนโลหิตและโรคหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 1 ของประชากรไทยและโรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 14 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) ในการสำรวจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2550-2552 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 44,246, 50,298 และ 52,931 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี, 2552)

โรคความดันโลหิตสูงจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ โรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) และโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 5-10 สาเหตุเกิดจากโรคของต่อมไร้ท่อ โรคไต ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคกรรมพันธุ์เป็นพิษและความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ เป็นต้น ความดันโลหิตสูงประเภทนี้จะหายไปเมื่อแก้ไขที่สาเหตุ ส่วนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จันทนา รัตนฤทธิวิชัย, 2548) พบมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากผนังหลอดเลือดลดความยืดหยุ่นและแข็งตัวมากขึ้น ทาง การแพทย์เชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความสูงอายุ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ปริมาณเกลือโซเดียมมาก ภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มกาแฟ การสูบบุหรี่และความเครียด โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Wong & Wong, 2005; Khan, 2006) หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ใน

เกณฑ์ปกติจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรคไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อมและพิการหรือเสียชีวิตได้ (Khan, 2006) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพาตทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้การใช้ยาลดความดันโลหิตหลายตัวอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก (Dusek et al., 2008)

ความเครียด เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ถูกบีบคั้นหรือกดดันจิตใจจนทำให้เกิดความทุกข์ ความเครียดถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่ความผิดปกติทางจิต (กรมสุขภาพจิต, 2541) และทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Vogele, 2002; Salonen et al., 2008) ความเครียด อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน มีหลายสาเหตุที่เกี่ยวข้อง สำหรับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มีความรุนแรง ได้แก่ การเสียชีวิตของคู่ครอง การหย่าร้าง การแยกทางกันในชีวิตสมรส การเสียชีวิตของญาติสนิท การได้รับบาดเจ็บหรือเป็นโรคที่ร้ายแรง ถูกจำคุกหรือถูกส่งเข้าไปอยู่ในสถานบำบัด การสมรส ถูกให้ออกจากงาน การเกษียณอายุ การล้มละลายและมีหนี้สิน เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) ความเครียดในผู้สูงอายุมักมีสาเหตุมาจาก ความไม่สุขสบาย การขัดแย้งในเครือญาติ การถูกละเลย ปล่อยให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว การพึ่งพาผู้อื่น มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียญาติพี่น้อง การมองเห็นหรือการได้ยินไม่ดี การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและความปวด การถูกทำทารุณกรรมจากผู้ดูแล การเจ็บป่วยจากโรคทั่วไป การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น (Ebersole et al., 2005) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียดกับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 185 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 64 และระดับความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริณี ปันคำ และคณะ, 2543)

ความเครียด เชื่อว่ามีอิทธิพลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะว่าเป็นภาวะเครียด ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยจะมีการหลั่งสารจากระบบประสาทส่วนกลาง ในส่วนของ Sympathetic center ซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่ง Adrenaline และ Noradrenaline มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เพิ่ม Cardiac output และยังทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงเกิดการหดตัว

มีการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Vogele, 2002; Wong & Wong, 2005; Davidyan, 2007) นอกจากนี้ภาวะเครียดทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) จากต่อมใต้สมองส่วนหน้า เมื่อมีการหลั่งมากขึ้น จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก (Adrenal cortex) ให้หลั่ง Glucocorticoid hormone ซึ่งหน้าที่ควบคุมเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ทำให้เพิ่ม Plasma volume คือปริมาณน้ำเลือดสูงขึ้นและทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) มีผลทำให้ขัดขวางการหลั่ง Nitric oxide ซึ่งเป็นสารที่ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดผ่อนคลาย เมื่อมีการขัดขวางการหลั่งสารนี้ทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (Bertrand, 2007) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเครียดอยู่เสมอ จะมีผลทำให้อาการของโรคความดันโลหิตสูงรุนแรงมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นจนในที่สุดเกิดหัวใจโตและหัวใจวายได้ (สุจินดา ริมศิริทอง และคณะ, 2550) ความเครียด ยังขึ้นกับแต่ละบุคคล ลักษณะประชากรและพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (Peters et al., 2007) นอกจากนี้ความเครียดทางจิตใจกับการปรับตัวมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการจัดการกับความเครียด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเพื่อเป็นการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และยังเป็นการป้องกันการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้ (Vogele, 2002; Steptoe & Marmot, 2005; Gasperin et al., 2009)

การคลายเครียดมีหลายวิธี เช่น หยุดพักการทำงาน ทำงานอดิเรกที่สนใจหรือถนัดและชื่นชอบ เล่นดนตรี ร้องเพลง เดินรำ ฟังเพลง ทำงานศิลปะ งานประดิษฐ์ ปลูกต้นไม้ ทำสวน ตกแต่งบ้าน ตัดเย็บเสื้อผ้า เขียนหนังสือ เขียนบันทึกต่าง ๆ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ภาพยนตร์ ฟังวิทยุ เล่นกีฬาหรือบริหารร่างกาย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนที่ไว้วางใจ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ทำงานหรือที่บ้านให้เหมาะสม พักผ่อนให้เพียงพอ เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2546) แต่ในภาวะที่มีความเครียดสูง กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะหดเกร็ง จิตใจสับสน ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรือซีดเซียว ซึ่งบางครั้งการคลายเครียดแบบธรรมดาอาจใช้ไม่ได้ผล จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545) ได้แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความตึงเครียดทางสรีรวิทยา ได้แก่ การหายใจให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ การฝึกสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ ในการฝึกการหายใจเป็นจังหวะอย่างสม่ำเสมอหรือการฝึกสมาธิ สามารถทำให้คลายเครียดได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอว่าส่งผลให้ลดความดันโลหิต ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟมีความน่าสนใจ เนื่องจากพบว่าสามารถนำมาใช้ช่วยในการรักษาโรคปวดศีรษะข้างเดียว (migraine) ปวดศีรษะเนื่องจากความตึงเครียด ความดันโลหิตสูง อาการปวด และอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; Jacobson, 1976)

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟ หมายถึง การทำให้กลุ่มของกล้ามเนื้อแต่ละมัดมีความตึงตัวแล้วผ่อนคลายต่อเนื่องกันไป แสดงถึงความตั้งใจของบุคคลที่สามารถแยกความรู้สึกระหว่างกล้ามเนื้อที่มีการคลายตัวกับกล้ามเนื้อที่มีการหดเกร็ง เมื่อมีการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง จะทำให้บุคคลสามารถรู้สึกถึงความตึงตัวของกลุ่มกล้ามเนื้อแต่ละมัด โดยไม่ต้องมีการเกร็งกล้ามเนื้อก่อนแล้วผ่อนคลาย (Snyder, 1998) Jacobson (1929) ได้แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟ ว่าเป็นการลดความตึงเครียดทางสรีรวิทยาโดย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยให้มีการเผาผลาญอาหารในร่างกายน้อยลง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจและระดับความดันโลหิตลดลง การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อที่มากพอสามารถนำมาใช้ในการลดความเครียดได้ และทำให้ความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก เป็นการช่วยให้บุคคลจำแนกถึงความแตกต่างระหว่างความรู้สึกเกร็งของกล้ามเนื้อกับความรู้สึกผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ครอบคลุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ มือ แขน ศีรษะ หน้า คอ ไหล่ หน้าอก ท้อง ส่วนหลัง หน้าขา น่อง เท้า (สมบัติ ตาปัญญา, 2526; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

การให้ความรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจวิธีการดูแลตนเองและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้เป็นกระบวนการสอนซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การบรรยาย การสาธิต กรณีศึกษา การแสดงบทบาท การจำลองสถานการณ์ การเล่นเกมส์ การแบ่งกลุ่มย่อย การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น (สมคิด อิศระวัฒน์, 2543) แต่ละวิธีจะมีจุดเด่นและจุดด้อยของการสอน ซึ่งวิธีหนึ่งที่เหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ การสอนอย่างมีแบบแผน (Eggenberger & Huntly, 1999) เป็นการสอนที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์การสอนและการประเมินผล ต้องมีการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยอาศัยหลักในการสอน รูปแบบการสอน ตลอดจนการใช้สื่อในการสอน (ทีศนา แหมมณี, 2545)

ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) กล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะเกิดขึ้นได้เมื่อการเรียนรู้นั้นตรงกับความต้องการและความสนใจของผู้เรียน เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้เรียน บุคคลมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเกี่ยวข้องและใช้ประสบการณ์ชีวิตเป็นสำคัญ เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้ใหญ่ มีความเป็นอิสระ เป็นผู้นำตนเอง มีความแตกต่างระหว่างบุคคลและต้องประกอบด้วยการสร้างแรงจูงใจ ทำให้มองเห็นภาพและเข้าใจเนื้อหาที่ให้อย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้ฝึกฝนพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรที่จะมีอุปกรณ์หรือสื่อประกอบที่เหมาะสม (ลัดดา อะโนศรี, 2545)

แผนกผู้ป่วยนอกเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล การให้บริการพยาบาลถือเป็นบทบาทที่สำคัญที่จะต้องให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพมากที่สุด ดังนั้นการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในหน่วยตรวจให้มีความปลอดภัย สะอาดและสะดวกต่อการปฏิบัติงาน จัดให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน การคัดกรองผู้ป่วย ให้การบริการที่ปลอดภัย รวดเร็วและถูกต้องโดยเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการ พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินปัญหาของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหา กำหนดแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของงานบริการ (โสภิตา ชันแก้ว, 2546)

การให้ความรู้หรือคำแนะนำในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เนื้อหาที่จำเป็นอาจจะไม่ครอบคลุม นอกจากนั้นการสอนในโรงพยาบาลระยะเวลาในการสอนสั้นและถูกจำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้ทั้งหมดภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลที่เป็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยถูกจำกัดไปด้วย (Buls, 1995) ดังนั้น การโทรศัพท์ติดตาม จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม (Shu, Mermina & Nystrom, 1996) รวมทั้ง การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการบริการช่วยเหลือผู้ป่วย ตรวจดูอาการเจ็บป่วย ช่วยเหลือให้การพยาบาล ติดตามโรคต่าง ๆ ตรวจดูสภาพสถานที่ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย (วราพร วันไชยธนวงศ์, 2552) และเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมักจะมีการใช้ยาจำนวนมาก ดังนั้นจึงควรมีการประเมินการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในบ้านที่อาจ จะถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุ หรือเด็ก รวมทั้งประเมินร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อการดูแลนั้น ๆ เกินความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะดูแลผู้ป่วยได้ (พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์, 2547)

งานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาการใช้โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟเพื่อใช้ลดความเครียด ลดอาการปวดศีรษะ และลดระดับความดันโลหิต โดยได้ศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (สุนันทา บุญรักษา, 2548; Jacobson, 1976) และการให้ความรู้ที่มีแบบแผน จะทำให้ได้รับความรู้ที่ชัดเจน ครอบคลุม เกิดการเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ลัดดา อะโนศรี, 2545; Eggenberger & Huntly, 1999) การสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและมีความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังได้รับการสอน สูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สว่างจิตต์ จันทร์, 2544) และมีศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิต

สูง ผลการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตของกุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตระหว่างกุ่มทดลองต่ำกว่ากุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนันทา บุญรักษา, 2548) ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) โดยให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม ขนาด 6-8 คน เป็นการช่วยให้ผู้เรียน มีประสบการณ์และนำข้อมูลมาใช้ในการอภิปรายเพื่อให้เกิดความรู้ และเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสร่วม กิจกรรมอย่างทั่วถึง (ทิตนา แคมมณี, 2545) ที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยใดที่ทำการศึกษา การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ต่อระดับความเครียดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นวิธีที่ง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ หากได้รับ โปรแกรมนี้แล้วจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้อย่างครอบคลุม ทราบวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดความเครียด ลดระดับความดันโลหิตและลดโอกาสการเข้าอนโรงพยาบาลได้

คำถามการวิจัย

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ มีผลต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก หรือไม่ อย่างไร
2. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟของ Jacobson (1929) มีแนวคิดที่ว่า ในขณะที่มีความเครียด จะมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และเมื่อมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อจะรู้สึกเครียดและอึดอัด ดังนั้นการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและอัตราการหายใจลดลง การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อที่มากพอสามารถนำมาใช้ในการลดความเครียดได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ส่วนแนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) กล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่แตกต่างจากการเรียนรู้ของเด็ก เป็นการยากที่จะให้ผู้ใหญ่มาสงใจเนื้อหา และยอมเปิดใจรับฟังเรื่องที่คุณสอนจะพูดหรืออบรม จึงควรที่จะเข้าใจว่าธรรมชาติของผู้ใหญ่นั้นเป็นอย่างไร เพื่อให้ตอบสนองการต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่ จึงจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งประกอบด้วยข้อตกลง 4 ประการ คือ มโนทัศน์ของผู้เรียน (self – concept) ประสบการณ์ของผู้เรียน (experience) ความพร้อมที่จะเรียน (readiness) และแนวทางการเรียนรู้ (orientation to learning) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ช่วยลดระดับความเครียดและลดระดับความดันโลหิตลงได้ (ลัดดา อะโนศรี, 2545; สุนันทา บุญรักษา, 2548; Jacobson, 1976)

ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ของ Jacobson (1929) ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) มาสร้างโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก มีขั้นตอนกิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง มีความเป็นมิตร ชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมตามแนวคิดของ Knowles (1980) เพื่อลดภาวะเครียดของผู้เรียน ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ และการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ซึ่ง วรรณนิภา บุญระยอง (2543) ได้กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติตามแผนการรักษาที่

กำหนดไว้ร่วมกัน อาจเริ่มต้นจากการรู้จักชื่อ รับรู้บทบาทของกันและกัน เพื่อให้เกิดความศรัทธา เชื่อถือและไว้วางใจ

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสลิฟ ตามแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสลิฟของ Jacobson (1929) โดยการสอนและสาธิต ซึ่งการสอนผ่อนคลายของกล้ามเนื้อครอบคลุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ที่สำคัญ นัทธมน วุฒานนท์ (2551) ได้ศึกษา บทบาทพยาบาลในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า การให้คำแนะนำแก่ผู้มาใช้บริการเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพะ ช่วยป้องกันการเกิดโรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และ สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ได้ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีค่าความดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงลดลง

3. ฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสลิฟ ตามแนวคิดของ Jacobson (1929) โดยการฝึกปฏิบัติตามแผ่นซีดีบันทึกเสียง แนะนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน ซึ่ง วิมลทิพย์ แก้วถา (2546) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบค ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า มีคะแนนมีความเครียดลดลงและมีค่าความดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงลดลง

4. การอภิปรายร่วมกันถึงผลและปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ ให้การยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น ตามแนวคิดของ (Knowles, 1980) ทิศนา แคมมณี (2545) กล่าวว่า การอภิปรายกลุ่มเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นวิถีทางที่ช่วยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ได้พิจารณาความคิดเห็นของกันและกัน เพื่อแสวงหามติหรือข้อตกลงอันจะเป็นผลดีที่สุดต่อกลุ่ม การช่วยกันคิดแก้ปัญหาเป็นวิถีทางที่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันว่า เป็นวิถีทางการทำงานที่ให้ประสิทธิวิธมากกว่าการที่ต่างคนต่างคิดต่างคนต่างทำ

5. การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) ซึ่งประกอบด้วย มโนทัศน์ของผู้เรียน ประสบการณ์ของผู้เรียน ความพร้อมที่จะเรียนและแนวทางการเรียนรู้ ซึ่ง ลัดดา อะโนศรี (2545) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโลหิตจางอะพลาสติก โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999) และหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles พบว่า ผู้ป่วยโลหิตจางอะพลาสติกกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมปรับตัวสูงกว่าผู้ป่วยโลหิตจางอะพลาสติกที่ได้รับการความรู้ตามปกติจากเจ้าหน้าที่

6. ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหาแนวทางแก้ไข ตามแนวคิดของ Knowles (1980) ซึ่ง สุกัญญา เอมอิมธรรม (2543) ได้กล่าวว่า ในการจัดการเรียนการสอน ควรมี ประเมินผลเป็นระยะ ๆ เมื่อพบว่ามีปัญหาข้อบกพร่องและมีข้อมูลเพิ่มเติมก็จะสามารถนำมา ปรับปรุงและตรวจสอบกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยมีอาจารย์ช่วยชี้แนะเพื่อให้นักศึกษาได้ค้นคว้า หาแนวทางใหม่ที่เหมาะสม

7. การโทรศัพท์ติดตาม เป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นางศุภยา ภูมิวัฒนกุล (2549) ได้ศึกษาพบว่า โปรแกรมการ ให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟิเมอร์หัก และได้รับการผ่าตัดตามหลักไว้ใน

8. การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการตรวจดูอาการเจ็บป่วยช่วยเหลือให้การพยาบาล และติดตามโรคต่าง ๆ ราตรี มณีขัติย์ (2550) ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน พบว่า การเยี่ยมบ้านอย่างมีแบบแผนของ พยาบาลอนามัยชุมชน สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้

การประเมินผลโปรแกรม ฯ โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อตรวจร่างกาย ตรวจวัดชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ ดูข้อมูลการฝึก บันทึก แบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านและทำแบบประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีระดับ ความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีระดับ ความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4. ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อระดับความเครียด และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

ตัวแปรในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้

ตัวแปรตาม คือ ความเครียดและความดันโลหิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ หมายถึง วิธีการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายที่ละส่วน โดยเป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้มีการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละมัด เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็งกับการผ่อนคลาย และสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สอน 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 20 นาที มีขั้นตอนกิจกรรมดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง มีความเป็นมิตร และชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม ฯ ใช้เวลา 5 นาที
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ โดยการสอนและสาธิต ใช้เวลา 15 นาที
3. ฝึกทักษะฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการฝึกปฏิบัติตามเทปบันทึกเสียงแนะนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายที่ละส่วน โดยฝึกร่วมกับผู้วิจัย 20 นาที
4. อภิปรายร่วมกันถึงผลและปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ ให้การยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น ใช้เวลา 10 นาที
5. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ คือ ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย และมอบคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง ครั้งละประมาณ 20 นาที
6. ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หาแนวทางแก้ไข ใช้เวลา 10 นาที
7. การโทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นเตือน ติดตามความก้าวหน้าและซักถามปัญหา ใช้เวลา 10-15 นาที

8. การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต ซีพีอาร์ อัตราการหายใจ ข้อมูลการฝึกที่บันทึกในแบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน และทำแบบประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และประเมินผลโปรแกรมฯ ใช้เวลา 50 นาที

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองของระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบหรือคุกคามต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง อันเป็นผลทำให้เกิดความเครียดขึ้นที่ร่างกายและจิตเสียสมดุล ประเมินโดยใช้ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับความเครียดต่ำกว่าปกติอย่างมากจนถึง ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสโลหิตที่กระทบกับผนังของหลอดเลือดแดง เมื่อไหลผ่านเป็นจังหวะ เกิดขึ้นจากการที่หัวใจสูบฉีดให้เลือดไหลไปตามหลอดเลือด เพื่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความดันโลหิตค่าที่วัดได้มี 2 ค่า คือ

1) ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) หมายถึง ความดันโลหิตที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ค่าที่วัดได้คือเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงแรกมีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

2) ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure: DBP) หมายถึง ความดันโลหิตที่เกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว ค่าที่วัดได้คือเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงสุดท้ายก่อนที่จะเงียบหายไปมีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่า Systolic blood pressure ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ Diastolic blood pressure ≥ 90 มม.ปรอท

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มก่อนเข้าพบแพทย์ โดยพยาบาลประจำห้องตรวจประกันสุขภาพ ให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ การออกกำลังกาย หรือการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลหลังผู้ป่วยพบแพทย์ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด เป็นต้น ด้วยการบรรยาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถจัดการกับความเครียดและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้

2. เป็นแนวทางแก่บุคลากรทางสุขภาพในการปฏิบัติ โดยใช้โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ พัฒนาวิธีการดูแลในการจัดการกับความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3. เป็นแนวทางแก่ผู้สนใจในการศึกษา ค้นคว้า หรือศึกษาวิจัยและการเรียนการสอน ในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ พัฒนาวิธีการดูแลในการจัดการกับความเครียด และความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปรวบรวมเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ของ Knowles (1980)
5. การโทรศัพท์ติดตาม
6. การติดตามเยี่ยมบ้าน
7. บทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเครียด
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่า ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นโรคนี้สูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) หลอดเลือดในผู้สูงอายุจะมีความยืดหยุ่นลดลง มีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (arteriosclerosis) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) โรคความดันเลือดสูงทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจโต (ventricular hypertrophy) ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนนี้จะขึ้นกับสองปัจจัยหลัก คือ ความรุนแรงของความดันโลหิตที่สูงและระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในชายและหญิง ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) จะเพิ่มขึ้นตามอายุจนเมื่ออายุประมาณ 60 ปี จากนั้นจะเริ่มคงที่และจะลดลงเล็กน้อยในชายที่มีอายุมากกว่า 75 ปี โดยผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวจะมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุมากกว่าในผู้ชาย ผลคือ ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้หญิงจะมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงกว่าชาย ขณะที่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวจะไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ เหตุนี้เองโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่เรียกว่า Isolated systolic hypertension จึงมักพบในผู้สูงอายุในหญิงมากกว่าชาย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ปัญหาความครอบคลุมของการรักษา

จะพบสูงในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยและความครอบคลุมจะดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ในกรุงเทพมหานคร พบความครอบคลุมของการรักษาสูงสุดที่ร้อยละ 31 ซึ่งสูงกว่าในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความครอบคลุมของการรักษาเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) การรักษาที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาสูงเกินไป จะก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้า วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่า ความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือจิตใจ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

1.1 ความหมายและชนิดของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (blood pressure) หมายถึง ความดันของเลือดต่อผนังของเส้นเลือดแดง เกิดขึ้นจากการที่หัวใจสูบฉีดให้เลือดไหลไปตามหลอดเลือดเพื่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความดันเลือดแดงจะสูงขึ้นในขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว เรียกว่า Systolic blood pressure (SBP) เป็นเสียงแรกที่ได้ยินเมื่อวัดความดันโลหิต ซึ่งเป็นเสียงที่เกิดจากการเคลื่อนไหว และการสั่นของหลอดเลือดเรียกเสียงที่เกิดขึ้นนี้ว่า Korotkoff's sounds ความดันเลือดแดงจะลดลงในขณะที่หัวใจคลายตัว เมื่อวัดความดันโลหิตด้วย Sphygmomanometer แล้วค่อย ๆ ปลดอากาศออกจนกระทั่งเสียงนี้หายไป เรียกเสียงนี้ว่า Diastolic blood pressure (DBP) (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2548; Khan, 2006) โรคความดันโลหิตสูงได้ถูกนิยามไว้ดังนี้

Joint National Committee VII (2003) ให้คำนิยามว่า ภาวะความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่แรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic pressure) มีค่าสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic pressure) มีค่าสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

WHO (1999) กล่าวว่า ความดันโลหิตสูง คือ สภาวะที่ค่าความดันโลหิตที่วัดอย่างถูกต้องหลาย ๆ ครั้ง ในต่างวาระ มี Systolic blood pressure \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ Diastolic blood pressure \geq 90 มม.ปรอท โดยไม่ใช้ยาลดความดันโลหิต

Parks (2007) กล่าวว่า ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่มีความดันโลหิต \geq 140/90 มม.ปรอท โดยวัดความดันโลหิตได้อย่างน้อย 3 ครั้ง ที่มาพบแพทย์ วัดในวาระที่ต่างกัน ห่างกันอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (2548) อธิบายว่า ภาวะความดันโลหิตสูง คือ ค่าความดัน Systolic pressure มีค่าสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดัน Diastolic pressure มีค่าสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท วัดในทำนองขณะพักด้วยเครื่องมือ Mercury sphygmomanometer

สรุป ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มี Systolic blood pressure (SBP) \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ Diastolic blood pressure (DBP) \geq 90 มม.ปรอท โดยวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ในขณะพัก หรือในวาระที่ต่างกัน ห่างกันอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์

สำหรับคนที่มีสุขภาพดีมักจะมี ความดัน Systolic pressure ประมาณ 120 มม.ปรอท และมีค่าความดัน Diastolic pressure 80 มม.ปรอท ซึ่งความแตกต่างของความดันทั้งสองนี้ เรียกว่า ความดันชีพจร (pulse pressure) มีค่าประมาณ 40 มม.ปรอท

สำหรับค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure) เป็นค่าเฉลี่ยของความดันเลือดในรอบการเต้นของหัวใจ ซึ่งค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยจะประมาณ 70-100 มม.ปรอท (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2548)

$$\text{Mean arterial pressure} = \text{Diastolic pressure} + \frac{\text{pulse pressure}}{3}$$

1.2 การแบ่งระดับความดันโลหิตสูง

การแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ตามเกณฑ์ของ The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7, 2003) ตามตารางที่ 1 โดยได้ให้นิยามของภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อมีระดับความดันโลหิต SBP \geq 140 มม.ปรอท หรือ DBP \geq 90 มม.ปรอท โดยกำหนดว่าตัวเลขเหล่านี้เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในสถานพยาบาล (office reading) ถ้าเป็นการวัดด้วยเครื่อง Ambulatory BP monitor หรือเครื่องวัดอัตโนมัติตามบ้าน ให้วินิจฉัยเมื่อมีระดับความดันโลหิต $>$ 135/85 มม.ปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2548)

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ตามเกณฑ์ของ JNC VII (2003)

	ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)		ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)
ความดันโลหิตปกติ	<120	และ	< 80
Pre-hypertension	120-139	หรือ	80-89
Stage 1 Hypertension	140-159	หรือ	90-99
Stage 2 Hypertension	\geq 160	หรือ	\geq 100

ที่มา: The seventh report of the Joint National Committee (2003).

ตามมาตรฐานของ WHO/ISH (World Health Organization/International Society of Hypertension) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงว่า ความดันเลือดสูงคือสภาวะที่ค่าความดันเลือดที่วัดอย่างถูกต้องหลาย ๆ ครั้ง ในต่างวาระมีระดับ SBP \geq 140 มม.ปรอท และหรือ DBP \geq 90 มม.ปรอท และกำหนดความรุนแรงไว้ดังนี้

ตารางที่ 2 การแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ตามคำนิยามของ WHO (1999)

ระดับ	ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)
เหมาะสม (optimal)	< 120	< 80
ปกติ (normal)	< 130	< 85
เกือบสูง (high-normal)	130-139	85-89
ความรุนแรงระดับ 1: mild hypertension	140-159	90-99
ความรุนแรงระดับ 2: moderate hypertension	160-179	100-109
ความรุนแรงระดับ 3: severe hypertension	\geq 180	\geq 110
Isolated Systolic Hypertension	\geq 140	< 90

ที่มา: World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (1999).

1.3 ประเภทของความดันโลหิตสูง

1.3.1 จำแนกตามสาเหตุการเกิด สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1.3.1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ซึ่งพบประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เชื่อว่าอาจส่งเสริมให้เกิด ได้แก่ อายุ กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ อาชีพ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การรับประทานเกลือโซเดียมมาก ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (จันทนา รณฤทธิชัย และคณะ, 2548) การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารที่มีน้ำตาลสูง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.3.1.2 ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะในร่างกาย ที่ส่งผลให้เกิดแรงดันโลหิตสูงขึ้น มักพบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่ไต ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น Cushing' syndrome, Hyperaldosteronism, Pheochromocytoma, Hyperthyroidism, Sleep apnea syndrome การใช้ยาคุมกำเนิดและสาเหตุจากระบบประสาทผิดปกติ เช่น เนื้องอกในสมองที่สร้าง Catecholamine การมีเลือดออกในสมอง ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงชนิดนี้เมื่อแก้ไขสาเหตุและรับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นกลับสู่ภาวะระดับปกติ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551; Khan, 2006)

1.3.2 จำแนกตามค่าความดันโลหิต

1.3.2.1 Isolated Systolic Hypertension (ISH) เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของหลอดเลือดแดงเปลี่ยนไป หลอดเลือดแข็งตัว มีพังผืดและเสียความยืดหยุ่น มีผลทำให้ความดันตัวบน (systolic) มีค่าสูงขึ้นขณะที่ความดันตัวล่าง (diastolic) มีค่าปกติ (ค่า systolic > 140 มม.ปรอท ส่วนค่า diastolic < 90 มม.ปรอท) ช่องว่างระหว่างตัวบนและตัวล่างกว้างขึ้น (systolic-diastolic = pulse pressure) ซึ่งพบได้ในผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551) ภาวะนี้มีความสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (Wong & Wong, 2005) ภาวะนี้ในประเทศจีน พบได้ประมาณร้อยละ 7.6 ในประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Huang et al., 2004)

1.3.2.2 Isolated Diastolic Hypertension (IDH) เป็นภาวะที่ความดัน Systolic < 140 มม.ปรอท และความดัน Diastolic \geq 90 มม.ปรอท พบว่า Diastolic blood pressures (DBP) ที่สูงขึ้น เป็นสาเหตุที่หนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่ต้องพิจารณา Systolic blood pressures (SBP) ประกอบกันในการรักษา (Strandberg et al, 2002)

1.3.2.3 White Coat Hypertension (WCH) เป็นภาวะที่วัดความดันโลหิตที่บ้านมักจะ < 135/85 มม.ปรอท แต่เมื่อวัดที่โรงพยาบาลความดันโลหิตที่วัดได้ \geq 140/90 มม.ปรอท ภาวะนี้มักพบในคนที่เริ่มเป็นความดันโลหิตสูง (Ohkubo et al, 2005) ดังนั้นในการวินิจฉัยโรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุจึง ควรใช้ค่าความดันโลหิตที่วัดอย่างน้อยสามวาระของการมาโรงพยาบาล นอกจากนั้นความดันเลือดในผู้สูงอายุยังอาจลดลงได้มากพอสมควรภายในสองชั่วโมงแรกหลังรับประทานอาหาร (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.3.2.4 Masked Hypertension or Isolated Ambulatory Hypertension ภาวะนี้วัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq 135/85$ มม.ปรอท แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาล $< 140/90$ มม.ปรอท พบว่าภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างจากภาวะ White Coat Hypertension (Ohkubo et al, 2005)

1.3.2.5 Orthostatic or Postural Hypotension ภาวะที่ความดัน systolic ลดลง 20 มม.ปรอท ความดัน diastolic ลดลง 10 มม.ปรอท ในขณะที่เปลี่ยนจากนอนหรือนั่ง เป็นทำยืนโดยวัดภายในช่วงเวลา 1-3 นาที หลังจากที่อยู่ปวยยืน ภาวะนี้พบมีความชุกร้อยละ 4-35 ของผู้สูงอายุในชุมชนและเป็นสาเหตุของอาการวูบหมดสติ (syncope) ในผู้สูงอายุร้อยละ 14 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการมึนงง เป็นลม หน้ามืด และเกิดอุบัติเหตุได้ จึงควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าอย่างช้า ๆ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หรือการออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อน ที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงเป็นต้น (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551)

1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

(primary hypertension หรือ essential hypertension) สาเหตุเชื่อว่าปัจจัยเกี่ยวข้องหลายอย่าง ได้แก่

1.4.1 พันธุกรรม สาเหตุของพันธุกรรมยังอธิบายไม่ได้ แต่พบว่า ถ้าครอบครัวใดมีพ่อแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งคู่ จะทำให้อุณลูกพบได้ 1 ใน 2 คน แต่ถ้าพ่อแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคนี้ โอกาสที่ลูกจะพบได้ 1 ใน 3 คน ในขณะที่ครอบครัวปกติ โอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในรุ่นลูกจะพบเพียง 1 ใน 20 คน (Bullock & Rosendahl, 1992)

1.4.2 อายุ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มตามอายุ ยกเว้นจะมีการป้องกันอย่างดี (วีไล พัววิไล, 2549) เนื่องจากการสูญเสียความยืดหยุ่น (elasticity) และการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งกระด้าง (atherosclerosis) ทำให้ peripheral vascular resistance เพิ่มขึ้น หรือเนื่องจากการลดลงของ β_2 adreno-receptor sensitivity (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงส่วนปลายสุดของโครโมโซม ที่เรียกว่า Telomere ซึ่งส่วนนี้จะสั้นลงและมีการหลุดหายไปทุกครั้งที่เซลล์แบ่งตัว ทำให้เกิดการแก่ตัวตามธรรมชาติ และทำให้เกิดการ Mutation เมื่อมีความผิดปกติในส่วนของ Collecting tubules ของไต ทำให้มีความผิดปกติในการดูดซึม Na^+ จึงทำให้เกิด Essential Hypertension (Aviv & Aviv, 1999)

1.4.3 เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาวมาก ทั้งเพศชายและเพศหญิง แต่พบว่าคนผิวดำจะมีระดับเรนินในเลือดต่ำกว่าคนผิวขาวจึงเชื่อว่าสภาพแวดล้อมมีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงสูง อันได้แก่ ความเครียด ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ

สังคม และมีอาชีพอยู่ในระดับต่ำ รวมทั้งมีนิสัยบริโภคไม่ถูกต้อง (จันทนา รณฤทธิชัย และคณะ, 2548) จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2544 พบว่าโรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 14 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549)

1.4.4 เพศ พบว่าผู้ชายจะเป็นมากกว่าผู้หญิง โดยจะเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพศชายจะมีความดันซิสโตลิกสูงกว่าเพศหญิง 10 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก สูงกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท (Swales, 1994) แต่ในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว มีโอกาสการเกิดโรคนี้เท่าผู้ชาย (จันทนา รณฤทธิชัย, 2548) และเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้หญิงจะมีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าชาย ขณะที่ความดันไดแอสโตลิกไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ จึงมักพบ Isolated systolic hypertension ในหญิงมากกว่าชาย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.4.5 การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไป สาเหตุที่ทำให้ไตเสียหายที่เนื่องจากการที่มีเกลือโซเดียมในร่างกายมากเกินไป ไตจะกักเก็บน้ำและโซเดียมไว้มาก ทำให้โซเดียมและน้ำที่เกินเข้าไปในกระแสเลือด และเข้าสู่เซลล์ของ Artery wall ทำให้เพิ่มความตึงตัวของ Artery wall จึงทำให้เสียความยืดหยุ่นและเพิ่มแรงต้าน ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เมื่อมีแรงต้านของหลอดเลือด หลอดมากขึ้นจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Khan, 2006)

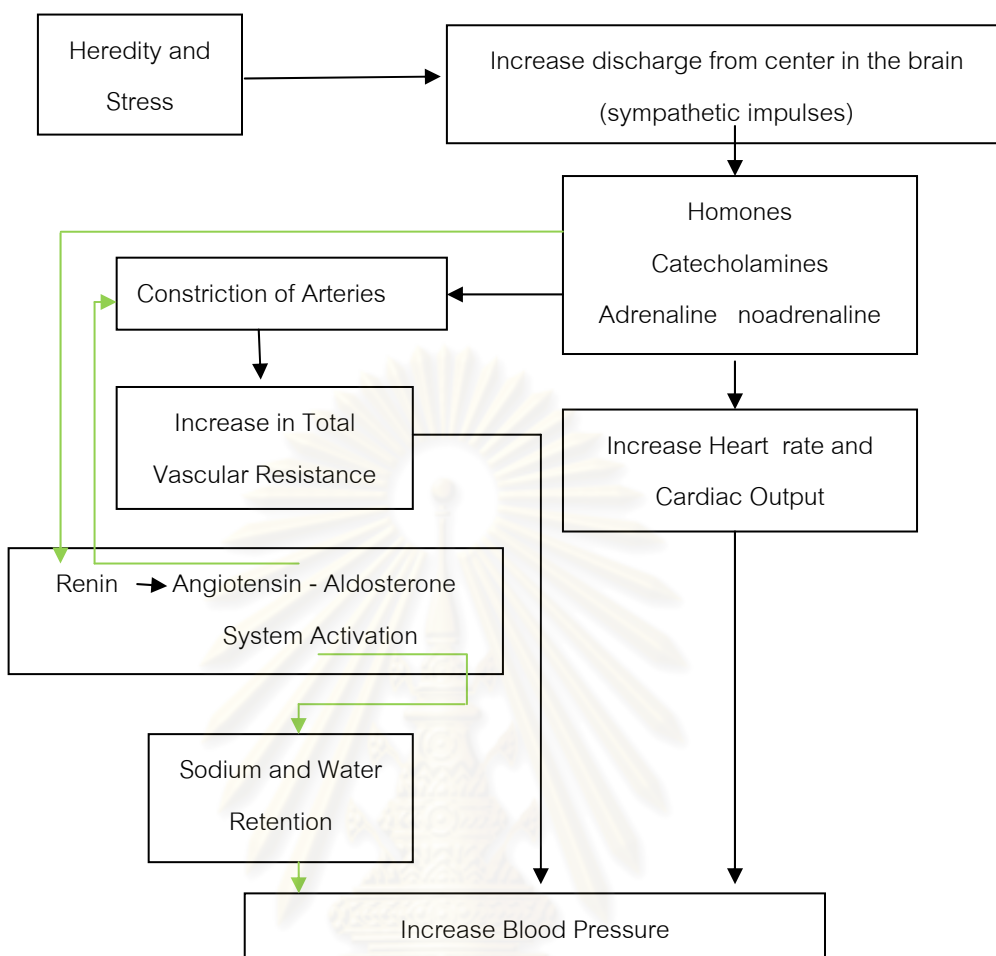
1.4.6 โรคอ้วน การที่มีน้ำหนักตัวมากสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ในคนที่อายุ 20-29 ปี ที่มีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์จะเกิดความดันโลหิตสูงมากเป็น 2 เท่า ของคนที่น้ำหนักปกติ และเมื่อลดน้ำหนักในคนอ้วนจะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551) การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัมจะทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 3 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 2.2 มม.ปรอท ขณะเดียวกันผลการลดน้ำหนักสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้โดยเฉลี่ย 5-20 มม.ปรอท ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมที่ลดได้ ในผู้สูง พบว่าการลดน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ย 4.7 กิโลกรัม สามารถลดความเสี่ยงของการมีโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 36 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.4.7 การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุไทยที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี จะมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุไทยยังดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ประมาณ ร้อยละ 9-19 การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ออนซ์ (1 ออนซ์ หรือ 30 ซีซี ของ ethanal) ทุกวัน จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การดื่ม 2-4 ออนซ์ ทุกวันอาจจะทำให้ระบบประสาทรู้สึกผ่อนคลาย และยังช่วยทำให้เพิ่มระดับของ HDL แต่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่ควรดื่ม (Khan, 2006)

1.4.8 การใช้ยาคุมกำเนิด พบว่าผู้ที่ใช้ยาคุมกำเนิดร้อยละ 5 เกิดความดันโลหิตสูง ในระดับรุนแรงน้อยและความดันโลหิตกลับมาปกติเมื่อเลิกรับประทานยาคุมกำเนิด แต่ผู้หญิงบาง คน เมื่อเลิกรับประทานยาคุมกำเนิด ความดันโลหิตอาจไม่กลับสู่ปกติ (สุจินดา ริมศรีทอง และ คณะ, 2551) เนื่องจากพบว่า การใช้ฮอร์โมน Estrogen ในขนาดสูง มากกว่า 35 mcgm /tab มีผล ทำให้น้ำหนักเพิ่ม เนื่องจากเป็นสารตั้งต้นที่กระตุ้น Renin-angiotensin ทำให้มีการเก็บกักของน้ำ ในร่างกาย และมีผลทำให้มีการคั่งของโซเดียมด้วยเช่นกันไว้ (Jelovsek, 2009)

1.4.9 ความเครียด ความเครียดทางด้านร่างกาย และจิตใจมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นครั้งคราวและกลับสู่ภาวะปกติได้ แต่ถ้าร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียด เป็นเวลา นาน ก็ทำให้ความดันเลือดสูงอย่างถาวรได้ (จันทนา รัตนฤทธิชัย และคณะ, 2548) นอกจากนี้พบ ว่าผู้ที่มีความเครียดอยู่เป็นประจำ รวมทั้งภาวะเครียดจากงานซึ่งเป็นผลมาจากมี ความทะเยอ ทะยานสูง จะมี Sympathetic hyperactivity อยู่ตลอดเวลา ซึ่งทำให้ความดันโลหิต สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของบุคลิกภาพหรือวิถีแก้ไข้ปัญหา ความเครียดซึ่งเกิดจากการแก้ไข้ ปัญหาด้วยความโกรธ การมีข้อขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพ ความวิตกกังวล เก็บกดอารมณ์โกรธ มีทำที่ไม่ เป็นมิตร ทำให้เกิด Sympathetic hyperactivity และเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมภาพ เรืองตระกูล, 2547) โดยพบว่าปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและความเครียด จะทำให้ร่างกายมีการ ตอบสนอง ในส่วนของ Sympathetic center ซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่ง Adrenaline และ Noradrenaline มีผลทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เพิ่ม Cardiac output และยังทำให้ กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงเกิดการหดตัว มีการเพิ่มแรงด้านของหลอดเลือดจึงทำให้ความ ดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ระบบประสาท Sympathetic ยังกระตุ้นต่อมหมวกไต ในส่วนของระบบ Renin- Angiotensin - Aldosterone โดย Angiotensin มีผลทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว และ Aldosterone ทำเกิดการดูดกลับของน้ำและโซเดียมจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Wong J & Wong S, 2005; Khan, 2006) ดังแผนภูมิที่ 1

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 1 สมมติฐานสาเหตุของการเกิด Primary or essential hypertension (Khan, 2006)

1.4.10 การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ที่นิยมอาหารที่มีแป้งและไขมันสูงและขาดการออกกำลังกาย ทำให้ปัจจุบันคนไทย มีแนวโน้มไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมากขึ้นซึ่งเกณฑ์ปกติไม่ควรมี Cholesterol เกิน 200 mg/dl, LDL ไม่ควร เกิน 130 mg/dl, HDL ควรมากกว่า 40 mg/dl และ Triglyceride ควรน้อยกว่า 150 mg/dl เพราะจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง ตีบแคบ และเกิดความเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดง (National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 2002) และยังขัดขวาง Endothelial ในการหลั่ง Nitric oxide ซึ่งเป็นสารที่ช่วยทำให้หลอดเลือดคลายตัว เมื่อถูกขัดขวางในการหลั่ง ทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (Bertrand, 2007)

1.4.11 การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ทำให้เกิด Hyperglycemia มีผลทำให้ขัดขวาง Endothelial ในการหลั่ง Nitric oxide และทำให้การตอบสนองต่อสารนี้ลดลง ทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (Bertrand, 2007) นอกจากนี้การรับประทาน

อาหารที่มีน้ำตาลสูง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด Atherosclerosis ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เมื่อมีแรงต้านของหลอดเลือดตลอดมากขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Mathur, 2010)

1.4.12 การสูบบุหรี่ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะสารนิโคตินในควันบุหรี่มีฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว กระตุ้นการหลั่งสาร Adrenaline กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร Glucose และเพิ่มความดันโลหิต อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น มีผลลดไขมันชนิดดี (HDL) เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด จึงเร่งการเกิด atheroma และสารนิโคตินทำให้หลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง นอกจากนี้ทำให้การใช้ยาลดความดันโลหิตหลายตัวทำงานไม่มีประสิทธิภาพเพราะบุหรี่จะไปรบกวน Metabolism ที่ตับ (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2551; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551; Khan, 2006)

1.4.13 การดื่มกาแฟ กาแฟจะกระตุ้นระบบประสาท ซิมพาเทติก และเป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะถ้าดื่มมากกว่า 3 ถ้วยต่อวัน ชาจะมีคาเฟอีนน้อยกว่ากาแฟ และยังไม่มีความเชื่อว่ามีผลต่อความดันโลหิตสูงขึ้น (Khan, 2006)

1.4.14 เศรษฐฐานะ พบว่า คนที่มีเศรษฐานะที่ไม่ค่อยดี มักจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจาก การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง มีภาวะซึมเศร้าในสถานะความเป็นอยู่ ในส่วน คนรวย ผู้บริหาร ใช้ความคิดต่อเนื่องนาน ๆ พักผ่อนน้อย สูบบุหรี่จัด ไม่ออกกำลังกาย อ้วนรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น นม เนย จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Panagiotakos et al, 2008)

1.5 ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การสูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงระบบหลอดเลือด เนื่องจากการสูญเสียความยืดหยุ่น (elasticity) และการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง กระด้าง (atherosclerosis) ทำให้ Peripheral vascular resistance เพิ่มขึ้นหรือเนื่องจากการลดลงของ β_2 adreno-receptor sensitivity (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) และยังพบว่า เมื่ออายุมากขึ้นโครงสร้างและหน้าที่ของหลอดเลือดแดงเปลี่ยนไป หลอดเลือดแข็งตัว มีผังผืดและเสียความยืดหยุ่น มีผลทำให้เกิดภาวะ Isolated systolic hypertension มีการเพิ่มแรงต้านเกิดขึ้นในระบบหลอดเลือดในผู้สูงอายุ มีการลดลงของสารสื่อประสาท Norepinephrine และการทำงานของ Baroreceptor ที่ผิดปกติ พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคในระบบไหลเวียนเลือด ภาวะหัวใจวาย ภาวะไตวาย และ

การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ได้มากกว่าค่าความดันเลือดไดแอสโตลิก (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Wong & Wong, 2005)

สำหรับค่าความดันโลหิตโดยปกติแล้ว ค่า Systolic BP จะสูงขึ้นตลอดชีวิต และค่า Diastolic BP จะสูงขึ้น ซึ่ง Peak สูงในผู้ชายอายุ ประมาณ 60 ปี และในผู้หญิง อายุประมาณ 70 ปี หลังจากนั้นค่า Diastolic จะลดลง (วิลโล พัววิลโล, 2547) O'Malley et al. (1988) ศึกษาพบว่า Systolic BP จะเพิ่มขึ้นจนถึงอายุประมาณ 90 ปี ส่วน Diastolic BP จะเพิ่มขึ้นจนถึงอายุประมาณ 50 – 60 ปี

ความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงได้ ตามสภาวะทางอารมณ์ที่ตั้งเครียด กิจกรรม ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ความดันโลหิตของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงอาจมากถึงร้อยละ 50 ในแต่ละช่วงเวลาของวัน ปกติความดันโลหิตจะต่ำที่สุดในช่วงระหว่างเวลา 22 นาฬิกา ถึง 6 นาฬิกา ในตอนเช้าและจะสูงสุดในช่วงระหว่างเวลา 6 นาฬิกาถึง 22 นาฬิกา โดยเฉพาะจากเวลา 10 นาฬิกา ถึงเวลาเที่ยงวัน ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมักเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเวลาเช้า ค่าความดันโลหิตที่วัดที่บ้านของผู้สูงอายุจะเชื่อถือได้มากกว่าการวัดที่แผนกผู้ป่วยนอก จึงควรใช้ค่าความดันโลหิตที่วัดอย่างน้อยสามวาระของการมาโรงพยาบาลหรือในวาระที่ต่างกันห่างกันอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Khan, 2006; Parks, 2007)

1.6 อาการและอาการแสดง ของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง บางครั้งไม่มีอาการและอาการแสดงให้เห็นเด่นชัด แต่เป็นโรคที่มีอันตรายและมีภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะสำคัญของร่างกาย อาการแสดงที่พบในผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่ชัดเจน แต่ที่พบได้มีดังนี้ (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551)

1.6.1 ปวดศีรษะมีนศีรษะ อาจเนื่องมาจากความดันโลหิตที่สูงขึ้น หลอดเลือดในสมองมีความตึงตัวมากขึ้น สมองบวม และมีแรงดันมากขึ้น ทำให้ปวดศีรษะมักจะปวดบริเวณท้ายทอย มักจะเป็นตอนเช้า ๆ โดยเฉพาะหลังตื่นนอน และอาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัว ร่วมด้วย อาการเหล่านี้พบบ่อยในรายที่ความดันโลหิตสูงมากเพิ่มขึ้นโดยเร็ว

1.6.2 เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออก โดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ

1.6.3 หน้ามืดตาลาย วิงเวียนศีรษะและอาจมีอาการหูอื้อร่วมด้วย

1.6.4 ชาตามปลายมือปลายเท้า มือเท้าเย็นและอาจมีอาการบวมที่ข้อเท้า

1.6.5 เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หายใจลำบาก และชีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น อ่อนเพลียง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

1.6.6 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการใด ๆ เพราะความดันโลหิตเพิ่มปัสละเล็กน้อย ร่างกายจึงปรับตัวตามได้

1.7 ผลของภาวะความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะภายในร่างกาย

ในระยะแรกของโรคอาจไม่มีอาการและอาการแสดงเลย ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแล้ว ซึ่งหมายถึงอวัยวะสำคัญถูกทำลายไปแล้ว ฉะนั้นโรคนี้จึงถูกเรียกว่าเป็นฆาตกรเงียบ (Silent Killer) ถ้าความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่

1.7.1 **Atheroma** ปัจจัยเสี่ยงที่เอื้อต่อการเกิด Atheromatous plaque ในหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทำให้ช่องภายในหลอดเลือดแดง (arterial lumen) ตีบแคบลง ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก เกิดภาวะ Ischemic คือ เลือดไปเลี้ยงตามอวัยวะนั้น ๆ น้อยลง เมื่อรูของหลอดเลือดอุดตัน ทำให้เกิดภาวะ Infarction ของอวัยวะนั้น (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551) ทำให้เกิดลิ่มเลือด (thrombosis) ทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะยังมีความเสี่ยงต่อการเกิด Plaque rupture มีการฉีกของผนังหลอดเลือดแดง (dissection) และเลือดออกในอวัยวะนั้นตามมา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.7.2 **ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ** ผลจากการเพิ่ม Left ventricular workload เป็นระยะเวลานานทำให้มีกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) ภาวะแทรกซ้อนที่พบตามมา ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ภาวะหัวใจวาย ภาวะความดันเลือดสูงในปอด (pulmonary hypertension) ดังนั้น Left ventricular hypertrophy จึงเป็นตัวชี้วัดการพยากรณ์โรค ที่สำคัญมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง และใช้เป็นตัวชี้วัดเปรียบเทียบประสิทธิภาพวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้ดีกว่าการลดระดับความดันโลหิต ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันเลือดสูงจะขึ้นกับ 2 ปัจจัยหลัก คือ ความรุนแรงของความดันเลือดที่สูงและระยะเวลาที่เป็นโรค ผลของความดันโลหิตที่สูงทำให้เกิด Atheroma ในหลอดเลือดแดง Coronary ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผนวกกับการมี Left ventricular hypertrophy ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการ (myocardial oxygen demand) เพิ่มมากขึ้น ความไม่สมดุลนี้นำไปสู่การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

(ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) Systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้นทุก 20 มม.ปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Heart failure 1.09 เท่า ในขณะที่การเพิ่มของ Diastolic blood pressure ไม่มีผลต่ออุบัติการณ์ของ Heart failure (รังสฤษฎ์ กาญจนระวีชัย, 2547)

1.7.3 ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดสมอง ในสภาพปกติร่างกายจะมีกลไกที่จะควบคุมให้ Cerebral blood flow มีค่าคงที่ ทั้ง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต เรียกว่า Cerebral autoregulation กลไกนี้ทำงานโดยการหดและขยายตัวของหลอดเลือดในสมอง โดยเฉพาะหลอดเลือดขนาดเล็ก ในคนปกติ Cerebral blood flow จะมีค่าประมาณ 55 cc. ต่อสมอง 100 กรัม ต่อนาที กระบวนการนี้สามารถควบคุม Cerebral blood flow อยู่ได้ในช่วงจำกัด คือ ช่วงของ Mean arterial pressure ระหว่าง 50-150 มม.ปรอท (นิจศรี ชาญณรงค์, 2547) เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทั้งชนิดที่เป็นแบบสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ซึ่งอาจเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดและแบบเลือดออกในสมองซึ่งมีการโป่งพองของหลอดเลือดทั่ว ๆ ไปในสมองและทำให้มีการแตกของหลอดเลือดในสมองได้ โดยทั่วไปร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเป็นชนิดสมองขาดเลือด ความดันโลหิตซิสโตลิกมีผลร้ายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สุจินดา ริมศรีทอง, 2551; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552;)

1.7.4 ภาวะแทรกซ้อนที่ไต เนื่องจากพยาธิสภาพของไตจากโรคต่าง ๆ สามารถทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ขณะเดียวกันโรคความดันโลหิตสูงเองก็ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพได้ จึงเป็นการยากที่เมื่อพบภาวะทั้งสองในคราวแรกแล้วจะบอกได้ว่าพยาธิสภาพใดเกิดก่อน พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4 ของผู้ป่วยเป็นโรคไตอยู่ก่อนแล้ว โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดของไต มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ ความดันโลหิตที่สูงผิดปกติจะทำลายหลอดเลือดภายในไต ทำให้การทำงานของ Glomerulus เสื่อมในที่สุด การลดความดันโลหิต จะลดความเสี่ยงต่อการที่ไตถูกทำลาย แต่ควรระวังว่าการลดความดันโลหิตมากเกินไป อาจทำให้ไตเสื่อมลงได้ เนื่องจากเลือดไปหล่อเลี้ยงไตลดลง ผู้สูงอายุมักมีโรคหลอดเลือดแดงของไตตีบ (renal artery stenosis) ได้มากเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (athero-sclerosis) ถ้าผู้ป่วยได้รับยาลดความดันเลือดกลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitor หรือ loop diuretic อาจทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงไตลดลงจนทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.7.5 ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา โรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตา (retinal artery) หนาตัวขึ้นเมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำ ก็ จะกดหลอดเลือดดำที่จุดตัด และเมื่อพยาธิสภาพเป็นมากขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นตลอดเส้นได้ อาการแสดงเหล่านี้ขึ้นกับระยะเวลาที่เป็นโรคมกกว่าระดับความดันเลือดที่สูง ส่วนอาการแสดงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหรือระดับความดันโลหิต ได้แก่ หลอดเลือดแดงที่จอ

ประสาทตาตีบแคบลงและพบการหดเกร็งเฉพาะที่ของหลอดเลือด ระยะต่อมาหลอดเลือดถูกทำลายจนทำให้สารน้ำรั่วออกมาที่จอประสาทตา เห็นเป็นจุดเลือดออกและ Exudates ในที่สุด ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ และตาบอดได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.8 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีหลายวิธี ขึ้นกับพยาธิสภาพของโรค มีทั้งแนวทางการรักษาโดยการให้ยาและแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองโดยไม่ใช้ยา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งในส่วนนี้จะเป็นแนวทางและวิธีการรักษาด้วยยา (วิทยา ศรีดามา, 2548) การลดความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ควรลดความดันโลหิตให้ต่ำมากเกินไป ดังเป้าหมายของระดับความดันโลหิตของการศึกษา The Hypertension in the Elderly Trial (HYVET) ที่กำหนดไว้ที่ 150/80 มม.ปรอท ในการรักษาด้วยยา ควรคำนึงถึงทั้งผลดีและผลเสียที่จะเกิดจากการรักษา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกแบ่งได้เป็น 8 กลุ่มดังนี้ (สมเกียรติ แสงวัฒนโรจน์, 2544; จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และรัชณี เมฆมณี, 2550; ปราณีย์ ทุไพอเราะ, 2550)

กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (diuretic) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยการลดการดูดซึมน้ำ และโซเดียมของไตส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Furosemide, Hydrochlorothiazide, Spironolactone เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 ยาปิดกั้นเบต้าแอดรีเนอร์จิก (beta - adrenergic blockers) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น Beta- receptors ที่อยู่ใน Cardiovascular system จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ แรงบีบ Cardiac output และความดันโลหิตลดลง ซึ่งทำให้การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง แต่ควรระวังในการใช้ยากลุ่มนี้กับ ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคตับ โรคไต อาจทำให้เกิดหัวใจเต้นช้า AV block ความดันโลหิตต่ำ หลอดลมหดเกร็งในคนเป็นหืด ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ คลื่นไส้ ท้องผูก นอนไม่หลับ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Atenolol, Metoprolol, Propanolol (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

กลุ่มที่ 3 ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบ ๆ เส้นเลือดแดงทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและลดแรงต้านทานในผนังหลอดเลือดส่วนปลาย แต่เกิด Salt and water retention เกิดภาวะเท้าบวม ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Hydralazine, Hydrochloride, Minoxidill เป็นต้น ยา Hydralazine ใช้ได้ดีในหญิงตั้งครรภ์ แต่ไม่ใช้ในผู้ป่วย Systemic lupus erythematosus (SLE) เพราะอาจเกิด LE like syndrome ได้ ส่วนยา minoxidill มีผลทำให้ผมหงอกได้ (วิล พัวพิโล, 2547)

กลุ่มที่ 4 ยาด้านแคลเซียมหรือยาประเภทปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม (calcium channel blockers) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นแคลเซียมไม่ให้เข้าไปในเซลล์กล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือด ส่งผลให้มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว แรงต้านภายในผนังหลอดเลือดลดลงทำให้ความดันลดลง ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) Phenylalkamine group เช่น Verapamil, Gallopamil ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ Anti-arrhythmia ด้วย และกดกล้ามเนื้อหัวใจ ใช้ได้ในผู้ป่วย Stable angina ลด proteinuria และ 2) Dihydropyridine group เช่น Amlodipine, Felodipine, Nifedipine ยากลุ่มนี้ลดความดันโลหิตได้ดี แต่อาจทำให้บวมได้ เช่นเท้าบวม 3) Benzothiazepines ได้แก่ Diltiazem 4) Diphenylpiperrazines ได้แก่ Cinnarizine, Flunarizine ซึ่ง ยาในกลุ่ม Calcium channel blockers ใช้ได้ดีใน Isolated systolic hypertension แต่ทำให้ท้องผูกได้ (วิลัย พัวพิไล, 2547)

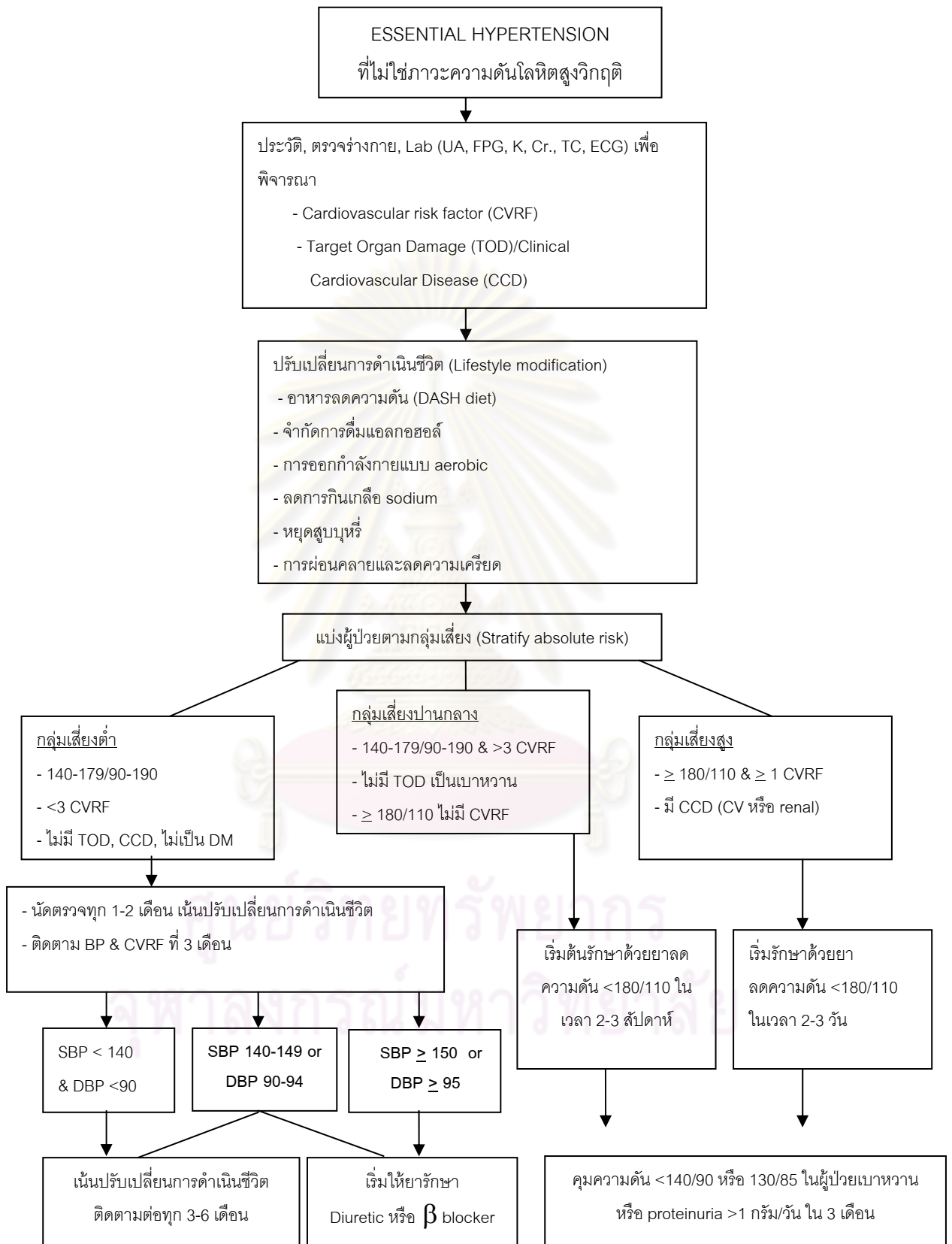
กลุ่มที่ 5 ยาด้านหรือยาประเภทที่ยับยั้งไม่ให้เกิดการสร้าง Angiotensin II (Angiotensin II converting enzyme {ACE} inhibitors) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งในการเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ยานี้จึงทำให้หลอดเลือดขยายตัวทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ แต่ขยายหลอดเลือดแดงมากกว่า และขยายทั้ง Afferent และ Efferent arterioles ลด Proteinuria ใช้ได้ดีในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง (creatinine ไม่ควรเกิน 3-4 มก./ ดล.) และลดการเกิดเบาหวานด้วย ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ Hyperkalemia, bilateral renal artery stenosis of a solitary kidney ผลแทรกซ้อน คือ อាកอร์ไอ (วิลัย พัวพิไล, 2547) นอกจากนี้การลดลงของ Angiotensin II ยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมน Aldosterone ลดการดูดกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Captopril, Enalapril, Lisinopril เป็นต้น

กลุ่มที่ 6 ยาปิดกั้นตัวรับ Angiotensin II receptors blocker (ARBs) โดยทั่วไป Angiotensin II จะไปจับกับ Angiotensin II Type 1 (AT₁) Receptor ทำให้เกิด Vasoconstriction, vascular smooth muscle proliferation, aldosterone secretion, cardiac myocyte proliferation, increase sympathetic tone ผลคือ เกิดความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจหนา ยานี้ ออกฤทธิ์ไปจับกับ AT₁ receptor ทำให้ความดันโลหิตลดลง ช่วยให้ภาวะ CHF ดีขึ้น และช่วยลดระดับกรดยูริกในเลือด ยาในกลุ่มนี้ไม่ทำให้ระดับของ Bladdykinin เพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีอาการไอจากการใช้ยาในกลุ่ม ACE inhibitors แพทย์มักใช้ยาในกลุ่มนี้แทน ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Candesartan, Losartan เป็นต้น (วิลัย พัวพิไล, 2547)

กลุ่มที่ 7 ยาประเภทปิดกั้น Alpha 1-adrenergic blockers ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งที่ Alpha 1-receptors ทำให้หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำคลายตัวยากกลุ่มนี้ ไม่ค่อยมีผลรบกวน Cardiac output อัตราการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนเลือดผ่านไตและอัตราการกรองที่ไต ช่วยลด LDL และไตรกลีเซอไรด์ ช่วยเพิ่ม HDL จึงใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง การใช้ยาในขนาดสูงอาจทำให้มีอาการระคายเคืองและน้ำในร่างกายน้ำในร่างกายน้อยลง การใช้น้ำในขนาดสูงอาจทำให้มีอาการระคายเคืองและน้ำในร่างกายน้อยลง ค่อนข้างปลอดภัยในการใช้ลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูง แต่อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Prazosin, Terazosin, Doxazosin เป็นต้น

กลุ่มที่ 8 ยาประเภทกระตุ้น Alpha II (Control alpha II-agonists) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ กระตุ้นตัวรับ Alpha II-receptors ในสมอง ทำให้ลด Sympathetic outflow ที่ส่งยังระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจและลด Vascular resistance อาการข้างเคียง ทำให้เกิดอาการง่วงนอน ซึมเศร้าและปากแห้ง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Clonidine, Methyldopa, Guanabenz เป็นต้น ในผู้สูงอายุมีการปรับตัวของระบบประสาทอัตโนมัติขณะเปลี่ยนท่าจากนอนหรือนั่งเป็นทำยืนได้น้อยกว่า จึงต้องระวังภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่าและต้องวัดความดันในทำยืนด้วยว่าไม่ต่ำเกินไป (อภิชาติ สุคนธธรรม, 2547)

นอกจากนี้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle modification) หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ตลอดไป เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมเป็นต้นเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูงและเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ซึ่ง สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (2548) ได้สร้าง Guideline Essential Hypertension ที่ไม่ใช่ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ตรวจปัสสาวะ, fasting plasma glucose, plasma potassium, serum creatinine, plasma total cholesterol และ ECG เพื่อประเมินกลุ่มเสี่ยง โดยการพิจารณาปัจจัย 2 ประการดังต่อไปนี้ คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (major cardiovascular risk factor or CVRF) ได้แก่ การสูบบุหรี่ อายุมากกว่า 60 ปี โรคเบาหวาน Dyslipidemia (total cholesterol > 250 mg/dl) มีบุคคลอื่นในครอบครัว (ชาย < 55, หญิง < 65) เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) อันตรายต่ออวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง (target organ damage, TOD) / โรคหัวใจหลอดเลือดจากโรคความดันโลหิตสูง (clinical cardiovascular disease, CCD) ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด สมอง โรคไต โรค Retinopathy ดังนั้น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมจึงเป็นการรักษาที่ต้นเหตุและป้องกันโรคแทรกซ้อน ต้องให้ควบคู่เสมอกับการรักษาทางยา ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แนวทางการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2548)

1.9 การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การให้ความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก จะมีลักษณะทางเวชกรรมต่างไปจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ การที่มีโรคร่วมหลาย ๆ โรคในเวลาเดียวกัน การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ตลอดจนปัจจัยทางด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนสถานะทางสังคมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะเรื้อรังที่มักซ่อนเร้นในผู้สูงอายุได้บ่อย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง แม้จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตจะไม่มากเท่าการใช้ยาลดความดันโลหิต แต่ก็มีผลดีในการป้องกันโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดและยังช่วยลดการใช้ยาที่มากเกินไป เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดผลไม่พึงประสงค์เนื่องจากการใช้ยา ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ดังกล่าวมากที่สุด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) พยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องให้ข้อมูลรวมถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เกี่ยวกับภาวะโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2543; Tucker et al, 1996; The JNC 7, 2003) โดยการสอนและให้คำแนะนำต่าง ๆ ดังนี้

1.9.1 ประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพของตนเอง การเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรักษาป้องกัน ความพร้อมและสิ่งขัดขวางการเรียนรู้ของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2543)

1.9.2 วางแผนการควบคุมความดันโลหิต และการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว โดยบอกหรือกำหนดระดับความดันโลหิตที่ต้องการควบคุม อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงให้สูงอายุและญาติเข้าใจ โดยอธิบายอย่างง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนและไม่ให้เกิดความวิตกกังวล

1.9.3 อธิบายแผนการรักษา เหตุผลของการใช้ยาแต่ละชนิด อาการข้างเคียงที่จะต้องสังเกตและให้การดูแล เน้นให้เห็นความสำคัญในการรับประทานยาและหลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเองหรือซื้อยาเพื่อรักษาอาการอื่น ๆ เอง จัดตารางการให้ยาให้สะดวกและวิธีการที่ช่วยให้ได้รับยาครบ

1.9.4 ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง กระตื้นหั่น ปวดศีรษะมาก เจ็บอก หายใจลำบาก น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างกระตื้นหั่น บวม ตามัว เลือดกำเดาออก ซึมเศร้า

1.9.5 ในการสอนและแนะนำต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามปัญหา หรือทำความเข้าใจอย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุอาจแสดงความคิดเห็นหรือเลือกรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

1.9.6 แนะนำการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสามารถลดความดันโลหิตได้เฉลี่ย 10/8 มม.ปรอท ในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ 6/7 มม.ปรอท ในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงเล็กน้อยและลดได้เพียง 3/3 มม.ปรอท ในผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูง แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตที่ลดลงจากการออกกำลังกายกับระดับความดันโลหิตที่เป็นอยู่เดิม การออกกำลังกายควรคำนึงถึงความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักมีอยู่ร่วมด้วย เช่น ผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมอยู่ไม่ควรใช้วิธีวิ่งหรือการเล่นกีฬาที่ต้องใช้ความเร็ว หลีกเลี่ยงออกกำลังกายแบบ Isometric exercise เช่น การยกน้ำหนัก เพราะจะทำให้เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อและทำให้หลอดเลือดหดตัวทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จึงควรออกกำลังกายแบบ Isotonic exercise หรือ Aerobic exercise เช่น การเดิน ว่ายน้ำ เป็นต้น ปริมาณของการออกกำลังกายควรเริ่มจากน้อยแล้วเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้าพอควร และไม่เน้นการแข่งขันเอาชนะกัน สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้วควรผ่านการตรวจ Exercise stress test ก่อนเสมอ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Khan, 2006)

1.9.7 แนะนำการจำกัดเกลือโซเดียม โดยทั่วไปปริมาณโซเดียมที่ร่างกายได้รับไม่ควรเกินกว่า 100 มิลลิโมล หรือ 2.4 กรัมของเกลือโซเดียม หรือ 6 กรัมของเกลือ โซเดียมคลอไรด์ ต่อวัน ทำให้ความดันเลือดซิสโตลิกลดลงได้ 2-8 มม.ปรอท (The JNC 7, 2003) จำกัดเกลือโซเดียมร่วมกับการได้รับยาจะลดความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น ในผู้สูงอายุ พบว่า การลดเกลือโซเดียมในอาหารสามารถลดความเสี่ยงของการมีโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลงร้อยละ 31 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.9.8 แนะนำการลดน้ำหนัก ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมักจะมีน้ำหนักตัวดัชนีมวลกาย (body mass index) ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง น้ำหนักของไขมันใต้ผิวหนัง และร้อยละของไขมันใต้ผิวหนังเทียบกับน้ำหนักตัว สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความดันเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัมจะทำให้ความดัน Systolic เพิ่มขึ้น 3 มม.ปรอท และความดัน Diastolic เพิ่มขึ้น 2.2 มม.ปรอท (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ขณะเดียวกันการลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน โดยมี BMI ≥ 25 สามารถลดความดันเลือดซิสโตลิกได้โดยเฉลี่ย 5-20 มม.ปรอท ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมที่ลดได้ (The JNC 7, 2003)

1.9.9 แนะนำงดการดื่มสุรา ผู้สูงอายุชายสามารถบริโภคต่อวันไม่ควรเกินเกณฑ์ต่อไปนี้ คือ เบียร์ 720 มล. หรือไวน์ 300 มล. หรือเหล้าวิสกี้ 90 มล.หรือไม่เกิน 2 drinks ต่อวัน (โดยทั่วไปเหล้าวิสกี้ที่จำหน่ายในประเทศไทยจะมีปริมาณแอลกอฮอล์ ร้อยละ 43 โดยปริมาตร) ส่วนใน

ผู้หญิงหรือผู้ที่มิรูปร่างเล็ก เกณฑ์สูงสุดที่สามารถดื่มได้จะเป็นครึ่งหนึ่งของเกณฑ์ข้างต้น จะลดความดันโลหิต Systolic ได้ 2-4 มม.ปรอท (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; The JNC 7, 2003)

1.9.10 แนะนำรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงเนื้อวัวหรือหมูที่มีไขมันสูง งดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลมและอาหารที่มีปริมาณไขมันชนิดอิ่มตัวสูง วิธีการลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เรียก Dietary Approaches to Stop Hypertension สามารถลดความดันโลหิตได้ 8-14 มม.ปรอท โดยแนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้ นมพร่องมันเนย ในผู้ที่ เป็นเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงให้หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวาน เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน เป็นต้น (The JNC 7, 2003) ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยให้มากขึ้น โดยเฉพาะผัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่สามารถดูดซึมได้ สามารถช่วยลดหรือชะลอการดูดซึมของน้ำตาล และโคเลสเตอรอลจากอาหารลงได้ (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543)

1.9.11 แนะนำการพักผ่อนและลดความเครียด การกำจัดความเครียดจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่โดยวิธีการที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะต้องทำใจยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่ อย่าเก็บความรู้สึกไว้คนเดียวไม่ต้องกลัวและหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่พอใจ ความคิดมาก หาเวลาในการผ่อนคลายความเครียดในสิ่งที่ชอบ โดยการอ่านหนังสือ หรือพูดคุยกับบุคคลอื่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสวดมนต์ การฝึกสมาธิและโยคะ เป็นต้น หลีกเลี่ยงการแก้ปัญหาหรือหนีปัญหา โดยการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือรับประทานยานอนหลับ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อสลับกันในผู้สูงอายุ เพื่อลดความเครียด และสามารถความดันซิสโตลิก ได้มากกว่า 9 มม.ปรอท และลดความดันไดแอสโตลิก 5 มม.ปรอท สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 5 และลดอัตราการเกิด Stroke ได้ถึงร้อยละ 30 (Dusek et al., 2008) การรักษาทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมบำบัดเพื่อจัดการความโกรธจะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

1.9.12 แนะนำการรับประทานยา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ควรจะรู้จักชื่อของยา ขนาด เวลาของการบริหารยา วัตถุประสงค์ของการใช้ หลีกเลี่ยงการใช้ยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่งและควรทราบฤทธิ์ข้างเคียงของยา เพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพสูงสุด (Tucker et al., 1996) การรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองแม้จะไม่มีอาการแสดงใด ๆ หรือเมื่อรับประทานยาแล้วเกิดผลข้างเคียงจากยา ควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรเพิ่มขนาดยาหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง

1.9.13 แนะนำเลิกสูบบุหรี่ เป็นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและเลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง (Khan, 2006)

1.9.14 แนะนำมารับการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2543) และเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องสุขภาพจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุและตามสภาพของโรคที่ป่วยอยู่ ดังนั้นการให้ข้อมูลและคำแนะนำตลอดจนการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ลดการเจ็บป่วย สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (วิไล พัววิไล, 2551) แนะนำแหล่งบริการที่ผู้ป่วยสะดวกจะไปรับบริการ หรือปรึกษากรณีมีปัญหา รวมถึงแนะนำการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, (2543)

2. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความเครียดเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์ เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ทั้งจากสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือไม่ดี จึงควรปรับตัวต่อสิ่งนั้น (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

2.1 ความหมายของความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจมีผลกระทบหรือคุกคามต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง อันเป็นผลทำให้เกิดความเครียดขึ้น

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย ชัดขวางการทำงานการเจริญเติบโตและความต้องการของมนุษย์ ให้มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น เกิดภาวะร่างกายและจิตใจขาดสมดุล

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ถูกบีบคั้นหรือกดดันจิตใจ จนทำให้เกิดความทุกข์

สรุป ระดับความเครียด คือ ภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองของระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบหรือคุกคามต่อการทำงานของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง อันเป็นผลทำให้เกิดความเครียดขึ้น ที่ร่างกายและจิตใจเสียสมดุล ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ถูกบีบคั้นหรือกดดันจิตใจ จนทำให้เกิดความทุกข์

2.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ

ปัจจัยแห่งความเครียดมักเกิดจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดความกดดันทั้งภายในบุคคล ระหว่างบุคคลและภายนอก (บุญศรี นุเกตุ, 2545; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; มารยาท รุจิวิทย์, 2548) ซึ่งสาเหตุของความเครียดในผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้ ดังนี้

2.2.1 สาเหตุทางด้านร่างกาย

2.2.1.1 การเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยได้ง่าย ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค บางรายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทำให้ต้องประสบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ การอยู่ร่วมกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วยของตนที่เป็นอยู่ ความเครียดประเภทนี้ผู้สูงอายุมักได้รับความทุกข์ทรมานที่สุด เกิดความท้อถอยและปรับตัวได้ยาก ซึ่งการเจ็บป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและประสิทธิภาพทางด้านต่าง ๆ ลดลง

2.2.1.2 การขาดปัจจัยพื้นฐาน เนื่องจากการสูญเสียอาชีพการงาน ทำให้ขาดรายได้ การขาดแคลนด้านอาหาร ไร้ที่อยู่อาศัย ฐานะยากจน ขาดการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นต้น

2.2.1.3 การถูกทำร้าย อาจเป็นการทำร้ายร่างกายและจิตใจ มักจะพบในผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้สูงอายุที่มีรายได้ได้น้อย ฐานะยากจน ผู้สูงอายุเหล่านี้มักถูกทำร้ายทางด้านร่างกาย เช่น การทุบตี การผูกมัด เป็นต้น การทำร้ายทางด้านจิตใจ เช่น การถูกด่า การใช้คำพูดที่ไม่สุภาพ การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

2.2.2 สาเหตุด้านจิตใจ

2.2.2.1 ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว เนื่องจากระบบครอบครัวในปัจจุบันจะอยู่กับในลักษณะของครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานแยกครอบครัวไปประกอบอาชีพหรือศึกษาในต่างถิ่นมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งทางใจ ทำให้ความใกล้ชิด หรือสัมพันธ์ภาพระหว่างบุตรหลานกับผู้สูงอายุลดลงไป ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกตนเองไร้ค่าเกิดอาการหงุดหงิด น้อยใจ เสียใจ

2.2.2.2 การถูกทอดทิ้ง มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ถูกบุตรหลานทอดทิ้ง เนื่องจากสภาพปัญหาภายในครอบครัว เช่น มีรายได้ได้น้อย ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ การทะเลาะเบาะแว้งกับ

ผู้สูงอายุ เป็นต้น ทำให้เกิดความเหงาและโดดเดี่ยว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตัวเอง ด้วยประสิทธิภาพลง ทำให้เจ็บป่วยง่ายขึ้น

2.2.2.3 การสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียคู่สมรส การสูญเสียบุตรหลาน การสูญเสียญาติสนิท ขาดความมีหน้ามีตาในสังคม รวมทั้งขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย

2.2.2.4 ความตาย โดยกลัวว่าจะทำให้ตนเองต้องพลัดพรากจากบุคคลที่ตนเอง รักกลัวความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย

2.2.3 สาเหตุด้านสังคม

2.2.3.1 สภาวะทางเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุเมื่อถูกเลิกจ้าง อาจจะมีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจ เป็นต้น

2.2.3.2 การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม เมื่ออายุมากขึ้นทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมอาจจะลดลงจากเดิม บทบาทที่เคยได้รับจึงเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่มีการเตรียมตัวมาเป็นอย่างดี เช่น การเตรียมทางด้านร่างกาย การเงิน จะทำให้สามารถปรับตัวได้ดี แต่ผู้สูงอายุที่ขาดการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ จะทำให้เกิดภาวะเครียดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ยังยึดติดกับตำแหน่ง หน้าที่การงานที่เคยทำในอดีต เมื่อสูญเสียสิ่งเหล่านี้ไปทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ หากผู้สูงอายุได้รับการยกย่อง นับถือจากสังคมน้อยลงจะยิ่งทำให้เกิดภาวะเครียด ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีประมาณ ร้อยละ 15 ของผู้ที่เกษียณอายุเกิดความเครียด ปัจจัยเสี่ยงซึ่งบ่งถึงการปรับตัวไม่ดีต่อการเกษียณอายุ ได้แก่ การออกจากงานโดยไม่เต็มใจหรือไม่คาดฝัน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีปัญหาทางด้านสุขภาพ มีบุคลิกภาพแบบชอบแข่งขันและไม่รู้จักยืดหยุ่นผ่อนปรน ไม่สามารถวางเป้าหมายของชีวิตในอนาคต มีปัญหาในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

2.2.3.3 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น การทะเลาะเบาะแว้งได้เถียงกัน การอิจฉา ริษยา การแก่งแย่งแข่งขัน การขาดเพื่อนและอยู่โดดเดี่ยว รวมทั้งค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีที่ขัดแย้งทำให้เกิดความเครียดได้

2.2.4 สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม (environmental stress) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง ได้แก่ สภาพความร้อน-หนาวของอากาศ แสงสว่างที่จ้าหรือมืดจนเกินไป อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ มีกลิ่น มีควันพิษ เสียงที่ดังมากทำให้รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะและทำให้อารมณ์เสียได้ง่าย (มารยาท รุจิวิทย์, 2548)

2.2.5 สาเหตุจากการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ (Stress from perception) เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์แล้ว โกรธ เกลียด กังวล ทำให้เกิดความเครียด การที่มีอารมณ์เหล่านี้ได้

ขึ้นอยู่กับความรู้และการแปลเหตุการณ์อย่างหนึ่งอาจทำให้คนเรารู้ได้ไม่เหมือนกัน และมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่ต่างกัน ขึ้นกับพื้นฐานและประสบการณ์ที่ไม่เหมือนกัน บางครั้งเหตุการณ์ไม่สำคัญแต่สามารถเป็นสาเหตุแห่งความเครียดได้ ทั้งนี้เกิดจากการที่คนคนนั้นไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างเหตุการณ์ที่คุกคามจริง กับสิ่งที่ตนเองจินตนาการขึ้น การรับรู้ความเครียดจากการจินตนาการของตนเองเกิดจากความรู้สึกและความคิดเครียดเพราะหลงผิดทางความคิด เช่น คิดว่าตนถูกใส่ร้าย คิดว่าตนถูกกลั่นแกล้ง คิดว่าตนไม่สมหวัง คิดว่าต้องเอาชนะคนอื่นให้ได้

2.3 ระดับของความเครียด

ความเครียดของแต่ละบุคคลแม้จะอยู่ในสภาวะการณ์เดียวกัน ระดับความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นอาจไม่เท่ากัน เนื่องจากลักษณะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เช่น การยอมรับ และการปรับตัวของบุคคลที่มีต่อสภาพแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม มีนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดได้แบ่งระดับความเครียดไว้หลายแนวทาง ได้แก่

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ได้แบ่งความเครียดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1) ความเครียดในระดับต่ำ (mild stress) หมายถึงความเครียดขนาดเล็ก น้อย ๆ และหายไปในระยะ เวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็น ภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2) ความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไปไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3) ความเครียดในระดับสูง (hight stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4) ความเครียดในระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว จนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแรง ควบคุมตัวเอง ไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2541) ได้ปรับปรุงจัดทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง โดยแบ่งความเครียดแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก ซึ่งในทางทฤษฎีถือว่ามีความเป็นไปได้น้อยมากที่บุคคลจะมีความเครียดอยู่ในระดับนี้ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในการตอบคำถามนั้นมิได้ตอบจากความ รู้สึกจริงหรือตามความเป็นจริง อย่างไรก็ตามความเครียดระดับนี้อาจบ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจในชีวิต มีความเฉื่อยชา ชีวิตประจำวันน่าเบื่อ จำเจ ปราศจากความตื่นเต้น

2) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเครียดระดับนี้มีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้ บุคคลที่มีความเครียดในระดับนี้สามารถจัดการกับความเครียดและการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีความพึงพอใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม รู้สึกว่าตนเองมีพลัง มีชีวิตชีวา มีความกระตือรือร้น มักจะประเมินเหตุการณ์รอบตัวว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถ และมีการปฏิบัติภารกิจหน้าที่อยู่ในระดับสูง

3) สูงกว่าปกติเล็กน้อย ความเครียดระดับนี้ก่อให้เกิดความไม่สบายใจอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวเรา โดยที่ต้นเหตุของความเครียดนั้นยังมิได้แก้ไขให้คลี่คลายลงไป อาจมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย บุคคลยังมีความคงทนต่อความเครียดที่เกิดขึ้น และอาจต้องใช้เวลาในการปรับตัวและพบว่ามีความยุ่งยากอยู่บ้างในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามบุคคลก็จะสามารถจัดการกับความเครียดได้ ความเครียดระดับนี้ไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต

4) สูงกว่าปกติปานกลาง ความเครียดระดับนี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องหาวิธีในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น (stress management) ที่ความเครียดระดับนี้บุคคลจะรู้สึกตึงเครียดและได้รับความเดือดร้อนจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ จิตใจและพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ความเครียดระดับนี้เป็นสัญญาณเตือนว่า บุคคลกำลังเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติหรือความขัดแย้ง ซึ่งจัดการหรือแก้ไขได้อย่างลำบาก หากไม่สามารถจัดการได้ ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดก็จะรุนแรงขึ้น

5) สูงกว่าปกติมาก ความเครียดระดับนี้มีความรุนแรงมาก และอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยหรือปัญหาทางจิตใจ ทางสุขภาพร่างกาย ได้แก่ โรคกระเพาะ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ด้านสุขภาพจิต ทำให้จิตใจไม่เบิกบานเหมือนถูกบีบคั้นทางจิตใจ ความคิดฟุ้งซ่าน หุ่นหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ ตัดสินใจผิดพลาด บางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ความเครียดระดับนี้มักจะเกิดจากประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่รุนแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง การประสบกับปัญหาเศรษฐกิจ หรือการตกงาน เป็นต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งระดับความเครียดตามแนวทางของ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2541) เนื่องจากมีการแบ่งระดับความเครียดที่ค่อนข้างละเอียด และสามารถประเมินคัดกรองผู้ที่มีความเครียดได้ค่อนข้างดี รวมทั้งยังเป็นที่ยอมรับและเหมาะสมกับคนไทย

2.4 การประเมินความเครียด

ความเครียดประเมินและวัดได้ยาก จะต้องมีวิธีการหลาย ๆ วิธีมาช่วยในการตัดสินใจ และประเมินภาวะเครียด เพราะความเครียดนั้นส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (สุวรรณา อนุสันติ, 2546; มารยาท รุจิวิทย์, 2548) การประเมินภาวะเครียดสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากพฤติกรรมหรืออาการที่แสดงออกและประเมินจากการรับรู้ของคนคนนั้น การประเมินภาวะเครียดจึงสามารถจำแนกวิธีการประเมินได้ ดังนี้

2.4.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of stress) เป็นวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้ในการตัดสินใจและประเมินภาวะเครียด โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด เช่น อัตราการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดนี้จะต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวัด ปัจจุบันเครื่องมือไบโอฟีดแบค (biofeedback instrument) ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นให้สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงภายในของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อ Electromyogram (EMG) biofeedback instrument เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ผิวหนัง Skin-temperature (ST) biofeedback instrument หรือเครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการทำงานของคลื่นประสาท Electroencephalogram (EEG) biofeedback instrument เป็นต้น

2.4.2 การประเมินจากพฤติกรรมการแสดงออกที่สามารถสังเกตเห็นได้ (behavior measure of stress) โดยสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลมีความเครียด ได้แก่ พูดจาเกรี้ยวกราด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงหรือสังเกตจากภาษา ท่าทาง เช่น ถอนหายใจบ่อย ๆ สีหน้า แหวงตา น้ำเสียง เป็นต้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากความคิด จิตใจและอารมณ์ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ จึงมีผู้สร้างแบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่มีผลมาจากภาวะเครียด เช่น แบบสังเกตพฤติกรรมของ Graham & Conley (1971) เป็นต้น

2.4.3 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามหรือแบบวัดให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง (self-report measure of stress) เป็นการประเมินหรือวัดภาวะเครียดที่เป็นความรู้สึกของตนเอง

ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่คนคนนั้นสามารถรับรู้หรือบอกได้ โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบวัดให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงมารวบรวมประเมินระดับของภาวะเครียด แบบสอบถามหรือแบบวัดดังกล่าวนี้ได้มีผู้สร้างขึ้นมาใช้อยู่หลายประเภทด้วยกัน เช่น Analogies Scale Symptom Distress Check List (SCL-90), Health Opinion Survey (HOS), Understanding Your Health เป็นต้น (มารยาท รุจิวิทย์, 2548) แบบสอบถามวัดระดับความเครียดทั่วไปของสวนปรง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2542) เป็นต้น

2.5 ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะเครียด

เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นให้เกิดความเครียดทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นสภาวะบุคคลเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวเอง สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยจะมีปฏิกริยาตอบสนองในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และวัลลภา คชภักดี, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2547; บุญศรี นุเกตุ และคณะ, 2545)

2.5.1 ด้านสรีรวิทยา เป็นปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายต่อสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด ซึ่ง Selye (1976) ได้อธิบายถึงปฏิกริยาของร่างกายเมื่อมีความเครียด ที่เป็นกลุ่มอาการของการปรับตัวโดยทั่วไป ที่เรียกว่า General adaptation syndrome (GAS) การตอบสนองนี้อาจจะเกิดขึ้นเฉพาะกับอวัยวะหนึ่งหรือเกิดกับระบบของร่างกายโดยทั่วไป กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไปเมื่อเกิดขึ้น จะมีแบบแผนเดียวกัน แต่จะแตกต่างกันในระดับความรุนแรงเท่านั้นเมื่อเกิดความเครียด จะเกิดการเปลี่ยนแปลงแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

2.5.1.1 ระยะสัญญาณอันตราย หรือระยะเตือน (alarm reaction stage) เป็นปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ในระยะแรกเมื่อมีสิ่งที่มาคุกคามร่างกาย จะเกิดการตอบสนองว่าจะสู้กับภาวะเครียดหรือหลีกเลี่ยงจากภาวะเครียดนั้น ๆ การตอบสนองนี้จะเป็นอัตโนมัติ ดังนั้นระยะนี้จึงเป็นช่วงเวลา que บุคคลเตรียมตัวเพื่อการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง (fight or flight response) โดยมีการเปลี่ยนแปลง คือเมื่อร่างกายรับรู้ถึงสถานการณ์ที่มาคุกคาม จะเกิดการกระตุ้นประสาทรับรู้สีกในสมองส่วน Cerebral cortex และส่งต่อมายังสมองส่วน Hypothalamus ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Corticotropin releasing hormone หรือ CRH ออกมาในกระแสเลือดซึ่งมีผลต่อต่อมใต้สมองส่วน Anterior pituitary ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotrophic hormone หรือ ACTH ซึ่งฮอร์โมนนี้จะควบคุมการทำงานของต่อมหมวกไตส่วน Adrenal cortex ให้หลั่งสาร Glucocorticoid ออกมามากกว่าปกติ ซึ่งจะมีผลต่ออัตราการเผา

ผลาญพลังงาน คือ มีการสลายคาร์โบไฮเดรต มีการสลายตัวของโปรตีนและไขมันมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ระบบประสาท Sympathetic ยังกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วน Adrenal medulla ให้หลั่ง Cathecholamine คือ Epinephrine และ Norepinephrine ออกมามากกว่าปกติ ทำให้เกิดหลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูงขึ้น

2.5.1.2 ระยะต่อต้าน (the stage of resistance) เป็นระยะที่ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดเพื่อปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล โดยจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Parasympathetic เพื่อถ่วงดุลการทำงานของระบบ Sympathetic ลดการหลั่ง Adrenaline และ Noradrenaline ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดีขึ้น เป็นต้น ระยะนี้หากความเครียดไม่รุนแรงมาก ร่างกายจะปรับสภาพและเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

2.5.1.3 ระยะหมดกำลังหรือระยะเหนื่อยล้า (the stage of exhaustion) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้อีกต่อไป ทำให้ไม่สามารถที่จะควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้อวัยวะเกิดความผิดปกติ เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากทางใจ โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคของต่อมธัยรอยด์ โรคหอบหืด โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ โรคผิวหนัง โรคปวดศีรษะไมเกรน เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

2.5.2 ด้านอารมณ์และความรู้สึก เมื่อเกิดความเครียดนอกจากร่างกายจะถูกกระตุ้นแล้วยังพบว่าอารมณ์จะถูกกระตุ้นด้วย โดยอารมณ์จะถูกกระตุ้นมาจากระบบประสาทลิมบิก (limbic system) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด รำคาญ น้อยใจ โกรธ อารมณ์เสียง่าย วิตกกังวล และมักจะหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น

2.5.3 ด้านกระบวนการคิด เมื่อเกิดความเครียด สมองจะถูกกระตุ้นให้ทำงานมากเกินไป ทำให้เกิดความคิดเร็ว (racing thoughts) คิดไม่ต่อเนื่อง สับสน ความคิดวนเวียนในเรื่องเดิม ความจำและการตัดสินใจเสื่อมลง สมาธิสั้น ขาดการคิดพิจารณาอย่างมีเหตุและผล มีความท้อแท้ รู้สึกผิดและอับอาย

2.5.4 ด้านสังคม จากการที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความคิด เช่น ความกลัวต่อบุคคล สถานที่ หรือสถานการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงสิ่งที่กลัว หรือบางรายมีอาการโกรธ หงุดหงิดง่าย มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เกิดการแยกตัวหรือถอยห่างจากสังคม (บุญศรี นุเกตุ ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา และคณะ, 2545; จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี, 2550)

2.6 ภาวะเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในเรื่องความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการดำเนินโรค ในผู้ที่มีความเครียดอยู่เป็นประจำจะมี Sympathetic hyperactivity อยู่ตลอดเวลา ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งภาวะเครียดจากงานเนื่องจากความทะเยอทะยานสูงโดยขาดการยับยั้งใจ จะทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจของซ้ายโต ปัจจัยดังกล่าวยังส่งผลให้การพยากรณ์โรคไม่ดี (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอยู่เสมอ อาจจะเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมหรือเป็นบุคลิกภาพเฉพาะตัวก็ตามตรวจพบว่าระดับของ Cholesterol สูงกว่าปกติ เนื่องจากการหลั่งของ Catecholamine เพิ่มขึ้นเป็นผลให้เกิด Lipolysis ภาวะเครียดยังส่งผลให้เกิด Blood Coagulation ผิดปกติ จากสาเหตุทั้ง 2 นี้ มีผลต่อปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลง ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจวายได้ บางทฤษฎีกล่าวว่าการมีภาวะเครียดเรื้อรังจะทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ การที่ความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะทำให้เกิดความผิดปกติของผนังหลอดเลือด คือ ทำให้เกิดรอยแยกและฉีกขาดได้ ความขรุขระของหลอดเลือดทำให้เป็นที่เกาะของไขมัน การพอกของไขมัน เป็นผลให้ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแคบลงเพิ่มความต้านทานต่อการไหลเวียน ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นจนในที่สุดเกิดหัวใจโตและหัวใจวายได้ (สุจินดา ริมศิริทอง และคณะ, 2550)

3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ

การผ่อนคลายเป็นสภาพที่อยู่ตรงกันข้ามกันกับสภาพที่ตึงเครียด เมื่อมีการผ่อนคลายจะทำให้จิตใจรู้สึกสงบ เยือกเย็น เบาสบาย แจ่มใส ปราศจากความวิตกกังวลและความเครียด (มารยาท รุจิวิทย์, 2548) การผ่อนคลายมีผู้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

3.1 ความหมายของการผ่อนคลาย

Jacobson (1976) กล่าวว่า การผ่อนคลาย คือ ภาวะที่กล้ามเนื้อคลายตัวตามธรรมชาติ ร่างกายอยู่ในสภาพปราศจากความตึงเครียดเมื่อยล้าและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

Walker (1981) กล่าวว่า การผ่อนคลาย คือ วิธีการหรือเทคนิคที่นำมาใช้เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล โดยการฝึกให้บุคคลสามารถบังคับกล้ามเนื้อให้อยู่ได้อานาจได้ เป็นการฝึกเพื่อช่วยลดเฉพาะอาการที่เกิดจากความเครียด โดยไม่มุ่งแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด

Dossey & Guzzetta (1992) กล่าวว่า การผ่อนคลาย (relaxation) เป็นสภาวะทางสรีรจิตที่มีลักษณะการทำงานของระบบประสาท Parasympathetic ที่เด่น เป็นการตอบสนองการ

ทำงานทั้งอวัยวะภายในและภายนอก เป็นสภาวะที่ปราศจากความกดดัน ทางร่างกายจิตใจและอารมณ์

สรุปได้ว่า การผ่อนคลาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาวะที่ปราศจากความกดดัน ทั้งจากทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม โดยปราศจากความตึงเครียดและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

3.2 เทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเผชิญความเครียด

ความสามารถของคนในการปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ เมื่อตกอยู่ในภาวะเครียด รวมทั้งจัดการกับความเครียดอย่างถูกต้องตามหลักวิธีการ และการนำเทคนิคการจัดการความเครียดมาใช้ที่เหมาะสม จะช่วยให้บุคคลมีความอดทนต่อความเครียดได้ การผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด จะเป็นประโยชน์ในการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มากระทบเพื่อที่จะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2547; มารยาท รุจิวิทย์, 2548) เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธี ได้แก่

3.2.1 การแก้ไขพฤติกรรม เช่น มองโลกทางด้านดี สร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ลดความริษยาอาฆาตตำรางตนให้มีคุณธรรม รวมทั้งยึดถือการดำเนินชีวิตตามหลักของพระพุทธศาสนา จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและโรคทางจิตเวชที่ร้ายแรงยิ่งขึ้น เช่น โรคซึมเศร้าและโรคจิตหวาดระแวง นอกจากนี้จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.2.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วิธีออกกำลังกายมีต่าง ๆ กัน เช่น เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ เล่นกีฬา ทำสวนและทำงานบ้าน จะส่งผลดีอย่างมากต่อหลอดเลือด หัวใจ การหายใจ รูปร่าง เพิ่มความแข็งแรงในผู้สูงอายุ ช่วยรักษาโรคทางจิตเวช เช่น โรคกังวล โรคซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต

3.2.3 ทำกิจกรรมที่ให้ความสุข การมีกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ให้ความเพลิดเพลินจะช่วยผ่อนคลายความเครียดลงได้มาก กิจกรรมที่ดีและนิยมปฏิบัติกันโดยทั่วไป เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ทำงานฝีมือ ทำสวน ทัศนอาจร และเล่นกีฬา

3.2.4 การฝึกหายใจแบบช่องท้องเป็นการฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ โดยใช้กะบังลมขณะหายใจเข้าหน้าท้องจะขยาย และหายใจออกหน้าท้องจะแฟบ ปอดจะขยายตัวมากขึ้น ทำให้ได้รับออกซิเจนเพิ่ม ร่างกายจะสดชื่น ทำให้เกิดการผ่อนคลายและลดความเครียดได้

3.2.5 ปรับวิธีคิดให้ถูกต้อง แนวความคิดที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ เช่น มองโลกทางด้านลบ ขาดความคิดสร้างสรรค์ มีวิธีการแก้ไขปัญหาคิด ๆ รวมทั้งคิดว่าตนมีความสำคัญมากกว่าความเป็นจริง ความคิดดังกล่าวจะทำให้ขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น สะสมปัญหา มีอารมณ์ หงุดหงิดง่ายและมีความวิตกกังวลสูง ดังนั้นจึงต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ โดยการมองโลกใน

ด้านดี มีความเอื้ออาทรรวมทั้งให้อภัยต่อผู้อื่น มีความคิดสร้างสรรค์ หาแนวทางใหม่เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และไม่ยึดติดกับความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไป

3.2.6 การทำสมาธิ (meditation) เป็นการเพ่งความสนใจจดจ่อไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทำให้จิตสงบ ความสุขจะค่อย ๆ ปรากฏขึ้น จิตใจเป็นอิสระ ช่วยลดความเครียดได้มาก และยังช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจช้าลง อัตราของเมตาบอลิซึมลดลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; มารยาท รุจิวิทย์, 2548)

3.2.7 การนวดกดจุดสะท้อน (reflexology) เป็นรูปแบบหนึ่งของการนวด ซึ่งใช้นิ้วหัวแม่มือ หรือในบางกรณีใช้นิ้วอื่น ๆ กดที่ตำแหน่งซึ่งทำให้มีการตอบสนอง พบได้ทั้งเท้าและมือ การนวดจุดตอบสนองนี้ สามารถรักษาส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ เนื่องจากทุก ๆ ส่วนของเท้าและมือสัมพันธ์กับส่วนอื่นของร่างกายที่จำเพาะ ทำให้เกิดความสบาย ผ่อนคลายความเครียด ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544)

3.2.8 การนวดกดจุด (acupressure) เป็นการนวดหัวแม่มือกดคลึงไปตามกล้ามเนื้อและกระดูก เพื่อการผ่อนคลาย เป็นการเยียวยาเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูก ตามจุดต่าง ๆ (สมพร เตรียมชัยศรี, 2546)

3.2.9 ศิลปะบำบัด (art therapy) เป็นวิธีการทางศิลปะ การจินตนาการขบวนการสร้างสรรค์งานศิลป์ เพื่อให้เกิดการโต้ตอบระหว่างผู้สอนและผู้ปฏิบัติ ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถผลิตผลงานที่สะท้อนพัฒนาการของแต่ละบุคคล ความสามารถต่าง ๆ ความสนใจ ความคับข้องใจ ความคิดคำนึง ตลอดจนบุคลิกภาพ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ (สมพร เตรียมชัยศรี, 2546)

3.2.10 การใช้ปฏิกิริยาป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) เป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของร่างกาย โดยใช้ข้อมูลจากเครื่อง Biofeedback เป็นสัญญาณในการติดตามสภาพและควบคุมการทำงานตามหน้าที่ของร่างกายโดยอัตโนมัติ เช่น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต โดยอาศัยเครื่องมือนี้บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภายในที่ต้องการควบคุมและป้อนข้อมูลให้บุคคลทราบ เมื่อกล้ามเนื้อมีความตึงตัว โดยผ่านทางสัญญาณเสียงหรือภาพเพื่อให้บุคคลทราบและควบคุมตนเองได้ (มารยาท รุจิวิทย์, 2548)

3.2.11 การบำบัดด้วยเครื่องหอม (aromattherapy) เป็นวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ในการใช้สารสกัดจากธรรมชาติจากน้ำมันหอมระเหยที่สกัดจากพืช ในการเยียวยาร่างกายต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ ความผิดปกติของผิวหนัง จากการมีภูมิคุ้มกันต่ำและความเครียด

3.2.12 ธาราบำบัด (hydrotherapy) เป็นวิธีการใช้น้ำในรูปแบบต่าง ๆ เช่น น้ำแข็ง ไอน้ำ ความร้อน ความเย็น จากแหล่งต่าง ๆ เช่น น้ำพุที่มีอยู่ตามธรรมชาติ แช่น้ำเค็ม อาบน้ำโคลน

เพื่อการรักษา หรืออาจใช้วิธีการอื่น ๆ เช่น การประคบน้ำแข็ง ประคบน้ำร้อน อาบน้ำอุ่น อบไอน้ำ และแช่น้ำอุ่น วิธีการนี้ใช้รักษาโรคเครียด ปวดศีรษะ เป็นต้น (สมพร เตรียมชัยศรี, 2546)

3.2.13 ดนตรีบำบัด (music therapy) ดนตรีมีผลช่วยผ่อนคลายความเครียด คลายความเจ็บปวด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานดีขึ้น ทำให้อารมณ์ดี สดชื่น แจ่มใส ซึ่งเป็นการรักษาทั้งทางกายและจิต (สมพร เตรียมชัยศรี, 2546)

3.2.14 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ (progressive muscle relaxation) การทำให้กลุ่มของกล้ามเนื้อแต่ละมัดมีความตึงตัวแล้วผ่อนคลายต่อเนื่องกันไป การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะลดความตึงเครียดทางสรีรวิทยา และทำให้ความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

3.3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ

Snyder (1998) กล่าวว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ หมายถึง การทำให้กลุ่มของกล้ามเนื้อแต่ละมัดมีความตึงตัวแล้วผ่อนคลายต่อเนื่องกันไป แสดงถึงความตั้งใจของบุคคลที่สามารถแยกความรู้สึกระหว่างเมื่อกำลังมีการคลายตัวกับกล้ามเนื้อที่มีการหดเกร็ง เมื่อมีการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง จะทำให้บุคคลสามารถที่จะรู้สึกถึงความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องมีการเกร็งแล้วผ่อนคลายในกลุ่มกล้ามเนื้อแต่ละมัด

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายที่ละส่วน เป็นเทคนิคการผ่อนคลายวิธีหนึ่งที่มีหลักสำคัญ คือ ให้มีการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละมัด เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็งกับการผ่อนคลาย เมื่อได้รับการฝึกอย่างสม่ำเสมอ ผู้ฝึกสามารถรู้ตนเองได้ทันทีเมื่อกำลังเกิดเกร็งขึ้นมา จะสามารถควบคุมให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อได้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526) การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิตลดลงเนื่องจากลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจึงทำงานเด่นขึ้น เนื่องจากการผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hypothalamus และ Reticular Formation ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและอัตราการเผาผลาญ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอาการอ่อนเพลีย ลดอัตราการใช้ออกซิเจน อัตราการหายใจ การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อที่มากพอสามารถนำมาใช้ในการลดความเครียดได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; Kneisl, 1996) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบต่อเนื่อง (progressive muscle relaxation) เป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะในการเกร็งกล้ามเนื้อแล้วผ่อนคลาย จุดมุ่งหมายของเทคนิคนี้เพื่อสนับสนุนถึงความตระหนักและการ

ควบคุมในการทำงานของกล้ามเนื้อ ผลของการรับรู้ถึงความแตกต่างในช่วงระยะเวลาของการเกร็ง แล้วผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เมื่อบุคคลต้องเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลจะมีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อก็จะช่วยผ่อนคลาย ช่วยลดอาการแสดงของภาวะเครียด

Jacobson (1929) ได้แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟเป็นการลดความตึงเครียดทางสรีรวิทยา การผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจ ระดับความดันโลหิตและการขับเหงื่อ รวมถึงผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะได้รับผลดีต่อร่างกาย โดยอาศัยสมมติฐานที่ว่า ร่างกายจะตอบสนองต่อความคิดหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วยความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ดังนั้นการผ่อนคลายของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องจะลดความตึงเครียดทางสรีรวิทยาและทำให้ความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟ จะช่วยทำให้ทราบว่ากล้ามเนื้อที่จำเพาะหรือกลุ่มกล้ามเนื้อส่วนใดมีความตึงเครียดและยังช่วยให้เห็นความแตกต่างระหว่างความรู้สึกของความตึงเครียด และความผ่อนคลายที่ลึก การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อครอบคลุมกล้ามเนื้อบริเวณ เท้า น่อง ต้นขา มือ แขน ต้นแขน หัวไหล่ หน้าอก หน้าท้อง คอ หน้าผาก คิ้ว ตา แก้ม และปาก ตามลำดับ ซึ่งต้องปฏิบัติพร้อมกับ กำหนด จิต อารมณ์ ให้สงบนิ่ง พังจิตตรงจุดที่เกร็ง และคลายให้นานพอ จึงจะควบคุมความดันโลหิตได้

การฝึกให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟ สามารถทำได้ทั้งในท่านอนหรือทำนั่งในเก้าอี้ที่มีที่รองศีรษะ พยายามให้ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลายและสบายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลับตาทั้งสองข้าง กำหนดจิตไว้ที่ปลายจมูก หายใจเข้า หายใจออกลึก ๆ เวลาหายใจเข้า ให้นึกในใจว่า "เข้า" เวลาหายใจออก ให้นึกในใจว่า "ออก" หายใจเข้าหายใจออกไปเรื่อย ๆ เมื่อรู้สึกว่าจิตใจเริ่มสงบและร่างกายเริ่มผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแต่ละมัดหรือแต่ละกลุ่มถูกทำให้เกิดความเครียด เป็นเวลา 5-7 วินาที หรือโดยการนับ 1-10 ซ้ำ ๆ และต่อมาถูกทำให้เกิดความผ่อนคลายเป็นเวลา 20-30 วินาที วิธีการนี้จะต้องทำซ้ำอย่างน้อยห้าครั้ง เมื่อปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวจนชำนาญแล้ว ควรหลับตาและมุ่งความใส่ใจไปที่กล้ามเนื้อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (จำลอง ดิษยวณิช และพรวิมลพร ดิษยวณิช, 2545; Snyder, 1998)

ข้อแนะนำและข้อควรระวังในการฝึกเทคนิคนี้ คือ ควรหลีกเลี่ยง ในผู้ที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและไขสันหลัง ผู้ที่ไม่สามารถเกร็งบริเวณคอและกล้ามเนื้อหลัง เนื่องจากการเกร็งบริเวณนี้รวมทั้งเท้าและเท้าที่มากเกินไปอาจจะเกิดภาวะตะคริวขึ้นได้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดควรหลีกเลี่ยงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก เพราะจะทำให้เพิ่มช่วงเวลาเจ็บหลังการผ่าตัดมากขึ้น (Snyder, 1998)

3.4 องค์ประกอบที่จำเป็นในการฝึกผ่อนคลาย

องค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นในการฝึกผ่อนคลาย คือการจัดบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการฝึกผ่อนคลาย ซึ่งมีเงื่อนไข ดังนี้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526; Titlebaum, 1988)

3.4.1 สถานที่ใช้ฝึกควรเป็นสถานที่เงียบสงบ มีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด อากาศเย็นสบาย แสงสว่างไม่จ้าตา เพื่อมิให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปสู่สิ่งกระตุ้นภายนอกที่อยู่รอบตัว

3.4.2 ใส่เสื้อผ้าหลวมสบาย ถอดรองเท้าและเครื่องประดับต่าง ๆ ออก

3.4.3 ท้องไม่อิ่มหรือหิวจนเกินไป เนื่องจากการรับประทานอิ่มจนเกินไปอาจจะทำให้แน่นท้อง และถ้าหิวจัดบางคนหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ

3.4.4 ท่าที่สบาย ควรจัดท่าที่เหมาะสมและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โดยสามารถใช้ท่านั่งเอนหลังหรือนอนก็ได้ สำหรับท่านอนควรถนนอนบนพื้นที่ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป มีอวางหงายห่างลำตัวเล็กน้อย อาจใช้หมอนเล็ก ๆ หนุนให้พอดีกับส่วนคอและท้ายทอยและใช้หมอนรองใต้เข่าทั้งสองข้าง จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้น

3.4.5 ให้ผู้ฝึกมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่ง โดยใช้เครื่องมือหรือสิ่งเร้า เช่น การใช้เสียง ถ้อยคำ วลีซ้ำ ๆ การฟังเสียงจากเทปบันทึกเสียง ให้ผู้ฝึกหลับตาเพื่อรวบรวมจุดสนใจได้ดีขึ้น

3.4.6 ความรู้สึกที่ไม่ต่อต้านหรือขัดแย้งกับตัวเองมากเกินไป เพราะความมุ่งมั่นเข้มงวดตนเองฝึกให้ประสบผลสำเร็จมากเกินไป จะยังทำให้เกิดความเครียดไม่สามารถผ่อนคลายได้อย่างแท้จริง การผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจอย่างสมบูรณ์และไม่ควรฝึกในเวลาที่ยาวหรืออึดเกินไป ง่วงนอนหรือร่างกายไม่พร้อม

3.5 ผลของการผ่อนคลาย

ผลของการผ่อนคลายที่เกิดขึ้นต่อร่างกายแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ ด้านกายภาพและด้านจิตใจและอารมณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; มารยาท รุจิวิทย์, 2548; Benson & Crassweller, 1977)

3.5.1 ด้านกายภาพ

3.5.1.1 ลดความเจ็บปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เพิ่มความสบาย ลดความทุกข์ทรมาน เนื่องจากการผ่อนคลายจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในระดับสมอง ทำให้เกิดกลไกปิดกั้นการควบคุมประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีการควบคุมประตู (the gate theory) ความเจ็บปวดจึง

ลดลง นอกจากนี้การผ่อนคลายยังช่วยขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง

3.5.1.2 ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจึงทำงานเด่นขึ้น เนื่องจากการผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hypothalamus และ Reticular Formation ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและอัตราการเผาผลาญ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอาการอ่อนเพลีย

3.5.1.3 ลดอัตราการใช้ออกซิเจน อัตราการหายใจและปริมาณ Lactate ในเลือดเนื่องจากพบว่าในภาวะเครียดและวิตกกังวลปริมาณ Lactate ในเลือดจะสูงขึ้น ซึ่งจากการลดสิ่งเร้าต่อระบบ Reticular Formation ส่งผลให้ศูนย์ควบคุมการหายใจใน Medulla Oblongata ลดลง การใช้ออกซิเจนลดลง การคั่งของกรดแลคติกจึงลดลง

3.5.1.4 ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เนื่องจากการผ่อนคลายจะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งมีผลช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

3.5.1.5 ส่งเสริมการนอนหลับให้ดีขึ้น เพิ่มคลื่นแอลฟาซึ่งเป็นคลื่นสมองขณะผ่อนคลาย เนื่องจากลดต่อสิ่งกระตุ้นของสมองทำให้สามารถเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการนอนได้ดีขึ้น

3.5.1.6 ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากการผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยจึงมีสภาพร่างกายและจิตใจกลับสู่ภาวะปกติได้ดี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดลง

3.5.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

การผ่อนคลายสามารถลดความเครียด และความวิตกกังวลได้ โดยในขณะที่มีการผ่อนคลาย การตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลง ระบบประสาทลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง สภาพจิตใจและอารมณ์สงบไม่เกิดอารมณ์ในเชิงลบ เช่น ความเครียดความโกรธหงุดหงิด ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข สงบ แจ่มใส เบิกบาน นอกจากนี้การผ่อนคลายจะทำให้เกิดสมาธิ จิตใจสงบ มีความตั้งมั่น มีสติ สามารถหาเหตุผลหาทางออกแก่จิตใจ จึงไม่เกิดความเครียดตามมาจากการเจ็บป่วยของตน

3.6 ผลของการผ่อนคลายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในทางสรีรวิทยาการผ่อนคลายมีผลโดยตรงต่อไฮโปทาลามัส ซึ่งนำไปสู่การลดการกระตุ้นของระบบประสาทส่วนกลาง ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและไปกระตุ้น

ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้ทำงาน การผ่อนคลายที่เกิดขึ้นทางสรีระชั้นที่ คือ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อเวลาของการผ่อนคลายเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของการลดการทำงานของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยสมองหยุดส่งสัญญาณที่ทำให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะเกิดการคลายตัวเลือดที่มาสร้างพลังงานสำรองให้กล้ามเนื้อจะไหลกลับสู่ระบบย่อยอาหาร เป็นแหล่งพลังงานสำรองดั้งเดิม ช่วยลดปริมาณการไหลเวียนเลือดในร่างกาย

โดยทั่วไปแล้วการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้สภาวะของการผ่อนคลาย เป็นการช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายกลับสู่ภาวะปกติภายหลังผ่านภาวะตึงเครียดมาแล้ว โดยเส้นใยประสาทของพาราซิมพาเทติกจะขึ้นจากก้านสมองและส่วนของกระดูก Sacral Region ของไขสันหลัง ภายหลังจากรับสัญญาณจากศูนย์กลางประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ก้านสมอง เส้นใยประสาทพาราซิมพาเทติกที่หัวใจและร่างแหหลอดโลหิตทั่วร่างกายจะมีการหลั่งสารสื่อประสาท Acetylcholine ที่บริเวณรอยต่อประสาท ซึ่งในภาวะผ่อนคลาย Acetylcholine ที่หลั่งนี้ถูกทำลายอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังหยุดการสร้างใหม่ของ Norepinephrine ที่สร้างมาจากต่อมหมวกไตชั้นใน ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นที่มากเกินไปของระบบ Sympathetic nerve และในขณะที่ร่างกายผ่อนคลายนั้นจะมีการหลั่ง Opioid ซึ่งเป็นสารชนิดหนึ่งที่มีฤทธิ์คล้ายกับฝิ่นออกมาต่อต้านการสนองต่อความเครียดของร่างกาย ผลคือกล้ามเนื้อหลอดเลือดทั่วร่างกายคลายตัว ทำให้แรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงการบีบตัวของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง สุดท้ายคือระดับความดันโลหิตจึงลดลง (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; Jacob & Pelham, 2000)

3.7 การประเมินภาวะผ่อนคลาย

การประเมินภาวะผ่อนคลายสามารถทำได้หลายรูปแบบ ซึ่งสามารถสรุปหลักในการประเมินได้ดังนี้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; มารยาท รุจิวิทย์, 2548; Aiken & Henrichs, 1971)

3.7.1 จากการบันทึกของผู้รับการฝึกผ่อนคลาย การผ่อนคลายจัดได้ว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ทำให้รู้สึกเบาเนื้อตัว รู้สึกสบายใจ โปร่งใจ คล่องตัวและสบายตัว ดังนั้นสภาวะด้านอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลบันทึกได้ด้วยตัวเองถือว่าเป็นการประเมินที่เชื่อถือได้

3.7.2 การใช้เครื่องมือตรวจจับ มีหลายประเภท เช่น แบบทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องฟังการเต้นของหัวใจ เครื่องตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าสมองและใช้เครื่องมือป้อนกลับทางชีววิทยาไบโอฟีดแบค (Biofeedback)

ชนิดต่าง ๆ เช่น การใช้เทปสี การวัดอุณหภูมิของผิวหนัง และการวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยแสดงให้เห็นในรูปของสัญญาณ เสียง แสง กราฟ หรือสเกล เช่น ถ้าต้องการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในอยู่ในระดับปกติ สามารถทำได้โดยใช้อุปกรณ์ป้อนกลับทางชีวภาพที่ช่วยวัดและแสดงระดับของความดันโลหิต ด้วยวิธีการนี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติเรียนรู้ได้ว่าระดับความดันโลหิตลดลงได้มากน้อยเพียงไร และสามารถควบคุมให้อยู่ในระดับที่ต้องการได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบรายงานผลการฝึกฝนคลาย ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการผ่อนคลายของ สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ประเมินโดยใช้ความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ปฏิบัติ และการผ่อนคลายก่อนและหลัง โดยใช้มาตรวัดการประเมินค่าด้วยตนเอง (visual analog scale) เนื่องจากผู้ปฏิบัติสามารถบันทึกได้ด้วยตัวเอง

4. การให้ความรู้

ความหมายของความรู้ มีผู้ให้คำนิยามไว้ ดังนี้

4.1 ความหมายของความรู้

Good (1973) ให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง (Fact) ความจริง (truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ต่าง ๆ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (อ้างถึงในอักษร สวัสดิ์ 2542) ได้ให้คำอธิบายว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ไขปัญหา

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายว่า ความรู้ คือ สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ องค์วิชาในแต่ละสาขา

สรุป ความรู้ คือความเข้าใจในเรื่องบางเรื่อง หรือสิ่งบางสิ่ง ที่ได้จากการศึกษาเล่าเรียน ค้นคว้าหรือจากประสบการณ์ อาจจะไปถึงความสามารถในการนำสิ่งนั้นไปใช้เพื่อเป้าหมายบางประการ

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้

การให้ความรู้เป็นกระบวนการสอน ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การบรรยาย การสาธิต กรณีศึกษา การแสดงบทบาท การจำลองสถานการณ์ เกม การแบ่งกลุ่มย่อย การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม เพื่อนสอนเพื่อน เป็นต้น แต่ละวิธีจะมีจุดเด่น จุดอ่อนของการสอนแต่ละวิธี (สมคิด

อิศระวัฒน์, 2543) ซึ่งในกระบวนการสอน ต้องคำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องของประสบการณ์ เจตคติ การรับรู้ ของแต่ละบุคคล ต้องมีการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยอาศัยหลักในการสอน รูปแบบการสอน ตลอดจนการใช้สื่อในการสอนและมีการประเมินผลการเรียน ในการวิจัยนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) ในการให้ความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูงอย่างมีแบบแผน ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ ได้รับความรู้ที่ชัดเจน ครอบคลุมและ นำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ของ Knowles (1980)

การเรียนรู้ของผู้ใหญ่แตกต่างจากการเรียนรู้ของเด็ก เป็นการยากที่จะให้ผู้ใหญ่มาสนใจเนื้อหา และยอมเปิดใจรับฟังเรื่องที่ผู้สอนจะพูด หรืออบรม จึงควรที่จะเข้าใจว่าธรรมชาติของผู้ใหญ่นั้นเป็นอย่างไร เพื่อให้ตอบสนองต่อการต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่ การทำงานจึงจะง่ายขึ้น สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ นั่นคือต้องรู้หลักการศึกษาค้นคว้าของผู้ใหญ่ ซึ่ง Knowles (1980) ได้เรียกวิชาการศึกษาผู้ใหญ่นี้ว่า Andragogy โดยให้คำนิยามไว้ว่าเป็น “ศิลป์และศาสตร์ในการช่วยให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้” มีขั้นตอนวิธีการสอน (อรรถชัย ศักดิ์สูง, 2543; Knowles, 2005) ดังนี้

4.3.1 มโนทัศน์ของผู้เรียน (self – concept) ประกอบด้วย

4.3.1.1 การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ การจัดสภาพศูนย์การเรียนรู้ให้ดึงดูดใจอำนวยความสะดวกสบาย มีโต๊ะนั่ง วัสดุอุปกรณ์ แสงสว่างที่เหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกายของผู้ใหญ่ เป็นการสร้างบรรยากาศที่จูงใจและยังเป็นการเลี่ยงภาวะความเครียดของผู้เรียน สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง มีความเป็นมิตร ยอมรับประสบการณ์และรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก จะต้องไม่ทำให้ผู้ใหญ่รู้สึกว่าเขาด้อยความสามารถและสูญเสียความเป็นส่วนตัว

4.3.1.2 การวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ ผู้ใหญ่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ในสิ่งที่เขาเห็นว่ามีความหมาย และมีความจำเป็น ความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะเปลี่ยนแปลงควบคู่ไปกับภารกิจตามวัย โดยจัดกิจกรรมให้สัมพันธ์กับฐานะบทบาทของผู้เรียน สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้เรียน และนำไปใช้ได้จริง

4.3.1.3 การวางแผนการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้สอนและผู้เรียนจะวางแผนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยผู้สอนจะเป็นผู้คอยให้การชี้แนะ และเป็นแหล่งวิทยากรให้ ในกรณีที่จำนวนผู้เรียนในกลุ่มมีน้อย ทุกคนจะมีส่วนร่วมในการวางแผนโดยตรง แต่ถ้าผู้เรียนมีจำนวนมาก ผู้สอนอาจใช้วิธีการผ่านคณะกรรมการ หรือตัวแทนกลุ่ม

4.3.1.4 การดำเนินการเรียนการสอน ผู้สอน และผู้เรียนจะรับผิดชอบร่วมกัน ผู้สอนเป็นเพียงผู้ที่คอยช่วยให้ผู้ใหญ่เรียน และจะรับผิดชอบ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียน มีการ

ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความรู้ ความรับผิดชอบ ตลอดจนการทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการเรียนรู้

4.3.1.5 การประเมินผลการเรียนรู้ ผู้สอนจะต้องส่งเสริมให้เกิดการประเมินผลตนเองในตัวผู้เรียน ผู้ใหญ่ไม่ชอบการที่ผู้อื่นมาตัดสินว่าเขาเป็นอย่างนั้นเป็นอย่างนี้ ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนวิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ของตนอีกครั้งหนึ่ง หากไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้สอนต้องแนะแนวให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้เรียนได้ตระหนักในจุดเด่น จุดด้อยของตน ตลอดจนการวางแผนแก้ไขปรับปรุงด้วยตนเอง

4.3.2 ประสบการณ์ของผู้เรียน (experience) ประกอบด้วย

4.3.2.1 การนำประสบการณ์ของผู้เรียนมาใช้ในการเรียนการสอน ผู้สอนใช้เทคนิคการสอนต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เข้ามามีส่วนร่วม ได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ เน้นการให้โอกาสผู้เรียนได้ใช้ประสบการณ์ของตนมาแลกเปลี่ยน และแสดงความคิดเห็น เป็นการสนองความต้องการด้านสังคม ให้ความรู้สึภาคภูมิใจ เป็นที่ยอมรับ เป็นผู้นำ

4.3.2.2 มุ่งเน้นการนำประสบการณ์การเรียนรู้ไปสู่การประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้ใหญ่จะสนใจการเรียนรู้สิ่งที่เขามองเห็นประโยชน์ สามารถนำไปใช้ หรือเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

4.3.2.3 ส่งเสริมให้ผู้เรียนพัฒนาและปรับปรุงตนเอง โดยพิจารณาจากความสามารถของตนเองเป็นที่ตั้ง หลีกเลี่ยงเทคนิคการสอนที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการแข่งขันกันเอง

4.3.3 ความพร้อมที่จะเรียน (readiness) ประกอบด้วย

4.3.3.1 การกำหนดเวลาและกิจกรรมการเรียนรู้ ในการจัดหลักสูตรของกิจกรรมจะต้องสอดคล้องกับบทบาทภารกิจของบุคคลในวัยหรือเวลานั้น

4.3.3.2 การกำหนดกลุ่มผู้เรียนและกิจกรรมการเรียนรู้ บทบาทภารกิจทางสังคมเหมือนกันนั้นเป็นการเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงเพราะผู้เรียนมีความสนใจ ความต้องการที่จะเรียนรู้ในสิ่งเดียวกัน

4.3.3.3 การให้การเสริมแรง วิธีเสริมแรงที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่ ได้แก่ การชมเชย การสนับสนุน แสดงการยอมรับ

4.3.3.4 การกำหนดเวลาพักในการสอนผู้ใหญ่ ผู้สอนควรได้คำนึงถึงช่วงพักหรือช่วงเวลาในการเรียนและการฝึกให้เหมาะสม ควรพักประมาณ 10 ถึง 15 นาที

4.3.4 แนวทางการเรียนรู้ (orientation to learning)

การเรียนรู้ของผู้ใหญ่เป็นการเรียนรู้เพื่อปัจจุบัน เพื่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้สอนควรได้คำนึงถึงแนวทางต่อไปนี้

4.3.4.1 ปฐมนิเทศหรือให้การอบรมผู้ที่จะสอนผู้ใหญ่ สภาพการเรียนรู้ของผู้ใหญ่แตกต่างไปจากการเรียนรู้ของเด็ก ผู้สอนผู้ใหญ่ควรได้รับการอบรม นิเทศให้เข้าใจถึงความแตกต่างดังกล่าว รวมทั้งการคำนึงถึงผู้เรียนเป็นหลัก

4.3.4.2 หลักสูตรเรียนการสอนควรมุ่งเน้นประโยชน์การนำไปใช้จริง ผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่ยึดการแก้ปัญหาเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้มากกว่าเนื้อหาวิชาการ

4.3.4.3 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ ควรยึดปัญหาและกระบวนการแก้ปัญหาเป็นหลัก ผู้สอนควรคำนึงถึงหลักการ ความสามารถที่จะเรียนรู้ จัดสภาพการเรียนรู้ที่เหมาะสมและการใช้วิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพ

สรุป หลักการศึกษาผู้ใหญ่ มีความเชื่อว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ไม่เหมือนเด็ก เพราะมีความแตกต่างหลายอย่าง เช่น มโนทัศน์ของผู้เรียน ประสบการณ์ของผู้เรียน ความพร้อมในการเรียนรู้ และแนวทางในการเรียนรู้ หลักการศึกษาผู้ใหญ่จะนำมาเป็นประโยชน์ ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้เรียน วิธีการเรียนจะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมได้แสดงออกและนำตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการสอนที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี การเรียนรู้ของ Knowles (1980) ที่ยึดหลักมโนทัศน์ของผู้เรียน ประสบการณ์ของผู้เรียน ความพร้อมในการเรียนรู้ และแนวทางในการเรียนรู้ โดยศึกษาความต้องการและความสนใจของผู้เรียน เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้เรียน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพราะประสบการณ์เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่าและมีการสร้างแรงจูงใจ สร้างสื่อประกอบการสอนทำให้มองเห็นภาพและเข้าใจเนื้อหาที่ให้อย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้ฝึกฝนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยได้สร้างสื่อที่ใช้ประกอบการสอน คือ ภาพพลิกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

5. การโทรศัพท์ติดตาม

โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว ปัจจุบันได้นำโทรศัพท์มาใช้ติดตามประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโครงการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Rice, 2000)

5.1 ความหมายของการโทรศัพท์ติดตาม

มีผู้นิยามการโทรศัพท์ติดตามไว้จำนวนมาก ซึ่งคำจำกัดความและความหมายที่ใช้กันอยู่เป็นการแสดงตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล สามารถสรุปได้ดังนี้

วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2547) ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ หมายถึงการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค อธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนและการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกระตุ้นผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

Shu, Mermina & Nystrom (1996) กล่าวว่า การโทรศัพท์ติดตามเป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสภาพผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

Rice (2000) กล่าวว่า การโทรศัพท์ติดตามเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้การปรึกษา และปรับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ การโทรศัพท์ติดตาม หมายถึง การให้ความรู้ กระตุ้น แนะนำ และให้คำปรึกษา รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

5.2 ขั้นตอนในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์

การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากเป็นระบบที่ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ช่วยในการติดตามอาการ การประเมินและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น เพื่อให้การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพ (สุนันทา คำพอ, 2540; Shinn, 1986 อ้างถึงใน นพดล เวชสวัสดิ์, 2548) จึงควรคำนึงถึงขั้นตอนในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ ดังนี้

5.2.1 ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ตามแบบรุ่นที่มีอยู่ให้เข้าใจ และเตรียมข้อมูล วางแผน เรียงลำดับหัวข้อการสนทนา ที่ต้องการสอบถามไว้ล่วงหน้า จัดวางกระดาษและปากกาให้อยู่ใกล้มือ

5.2.2 เลือกเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรต่อโทรศัพท์ไปแต่เช้ามืด เพราะผู้รับอาจจะยุ่งอยู่ไม่พร้อมที่จะคุย หรือไม่มีสมาธิพอที่จะคุยให้รู้เรื่อง

5.2.3 เริ่มต้นการสนทนาด้วยคำว่า สวัสดี บอกรายชื่อ นามสกุล สถานที่ทำงาน น้ำเสียง ชัดเจนและนุ่มนวล ควบคุมอารมณ์และบรรยากาศในการสนทนาในทางบวกเสมอ เรียกชื่อผู้ป่วย แทนคำสรรพนาม

5.2.4 สอบถามผู้รับสายว่าสะดวกพอจะพูดคุยได้หรือไม่ เพื่อจะได้รับความร่วมมือ หากผู้รับสายยังไม่ว่างให้สอบถามถึงเวลาที่เหมาะสม เมื่อต่อสายโทรศัพท์กลับมาใหม่ จะได้รับความร่วมมือ

5.2.5 บอกรายละเอียดที่โทรศัพท์มาและประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยใช้คำถามปลายเปิดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ข้อความสั้นและกระชับ

5.2.6 ในระหว่างที่พูดโทรศัพท์ควรจะสอดแทรกคำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องที่สมควรหรือนัดหมายการโทรศัพท์ครั้งต่อไป

5.2.7 ใช้เวลาในการโทรศัพท์พอสมควร อย่างนานจนหน้าเบื่อ หรือรีบร้อนเกินไป

5.2.8 ทบทวนเหตุผลที่โทรศัพท์มาและสรุปแผนการพยาบาล ทบทวนความเข้าใจของผู้ฟังให้ตรงกัน ถ้ามีข้อสงสัยหรือมีความเข้าใจไม่ถูกต้องให้แก้ไข

5.2.9 ยุติการสนทนาโดยใช้คำว่า “สวัสดี”

5.2.10 วางหูโทรศัพท์ลงบนแท่นอย่างแผ่วเบา ไม่ควรจะกล่าวคำลาแล้วกระแทกหู โทรศัพท์ในทันที รอประมาณ 2 วินาที ก่อนจะวางหูโทรศัพท์ลงอย่างแผ่วเบา

5.3 ระยะเวลาในการโทรศัพท์ติดตาม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลาในการโทรศัพท์ติดตามไม่ได้กล่าวไว้ อย่างชัดเจนมีเพียงงานวิจัยที่ศึกษาไว้มีลักษณะดังนี้

รัชนี ศรีธีรวิทย์ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่าย ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ ทั้งหมด 12 ครั้ง ใช้เวลาแต่ละครั้งนาน 15-20 นาที พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นวรรตน์ สมเพชร และคณะ (2549) ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสะเท็ดดอย จำนวน 62 คน กลุ่มทดลองได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ โดยโทรศัพท์เตือนจำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรกหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อีก 2 สัปดาห์ต่อมา ครั้งที่ 3 หลังวันที่มารับยาตามนัดแล้ว 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อีก 2 สัปดาห์ต่อมา ใช้เวลาครั้งละ 1-5 นาที พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่ม

ทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ SBP ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะกลุ่มทดลองเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน

Shu, Mermina & Nystrom (1996) ศึกษาโปรแกรมการโทรศัพท์ในการสร้างความมั่นใจในผู้สูงอายุหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า โปรแกรมนี้สามารถกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุและสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่ออย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการติดตามทางโทรศัพท์ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยอื่น

Wong et al., (2005) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลต่อสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน โดยการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ครั้งแรกในวันที่ 3-7 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 ในวันที่ 14-20 แต่ละครั้งใช้เวลา 10-20 นาที โดยโทรศัพท์ให้ความรู้ตามโปรแกรมและรวบรวมข้อมูลในวันที่ 29-35 ทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ดีกว่ากลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกการโทรศัพท์ติดตาม 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาแต่ละครั้งนาน 10-15 นาที โดยให้ข้อมูลตามขั้นตอนของการติดต่อทางโทรศัพท์ตามที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้ความรู้ กระตุ้น แนะนำ และให้คำปรึกษา รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

6. การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยการสำรวจ ประเมินภาวะสุขภาพและค้นหาปัญหาสุขภาพของประชาชน สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพและให้การพยาบาลรักษาเบื้องต้น ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน (วราพร วันไชยธนวงศ์, 2552)

6.1 ความหมายของความการเยี่ยมบ้าน

ไพเราะ ผ่องโชค (2550) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้าน เป็นการบริการอย่างหนึ่งของพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการคือผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาสุขภาพ ขณะอยู่ที่บ้าน

การดูแล ครอบคลุมทั้งการรักษา ฟันฟู การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตามสภาพแวดล้อมที่บ้าน ในการดูแลแบบองค์รวมเพื่อพัฒนาสุขภาพ คุณภาพชีวิต และศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง

พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์ (2547) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้าน หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งควรจะมีรูปแบบและวิธีการเพื่อให้เกิดผลคุ้มค่ามากที่สุด

วราพร วันไชยธนวงศ์ (2552) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้าน เป็นการนำบริการสาธารณสุขเชิงรุกไปสู่ประชาชนทั้งคนที่มีภาวะเจ็บป่วย พิกการและภาวะปกติ การเยี่ยมบ้านต้องอาศัยความชำนาญทางคลินิก ผสมผสานกับทักษะทางสังคมและการบริหารจัดการ เพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของประชาชน ภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน

สรุป การเยี่ยมบ้าน (home visiting) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับผู้รับบริการตามบ้าน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและแก้ไขความพิการ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพของประชากรเป้าหมายทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย และการได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย ทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

6.2 วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามให้บริการที่ต่อเนื่องในกลุ่มผู้ใช้บริการที่เสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพในการเยี่ยมบ้านของพยาบาลอนามัยชุมชนแต่ละครั้งมีวัตถุประสงค์หลายประการ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรอง, 2549; วราพร วันไชยธนวงศ์, 2552) ได้แก่

6.2.1 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและร่วมกับครอบครัววางแผนแก้ไขปัญหา และความต้องการ ได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

6.2.2 เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

6.2.3 เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องให้อย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย รวมทั้งสอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกครอบครัวได้

6.2.4 เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพ แก่สมาชิกแต่ละวัยของครอบครัว รวมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง อันจะทำให้มีพละานามัยที่สมบูรณ์

6.2.5 เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันโรค สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ

6.2.6 เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องในกรณีที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อ และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

6.2.7 เพื่อช่วยเหลือในการจัดระเบียบความเป็นอยู่ภายในครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของสมาชิกแต่ละคน

6.2.8 เพื่อแนะนำครอบครัวในเรื่องการสร้างบุคคล เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพอันจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

6.2.9 เพื่อแนะนำประชาชนให้รู้จักและใช้แหล่งบริการสาธารณสุข และแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ของชุมชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับความจำเป็น

6.2.10 เพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ใช้บริการและครอบครัว ในกลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

6.3 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน

พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านจะต้องมีการผสมผสานการบริการ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลหรือกิจกรรมดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประสานกับสมาชิกทีมสุขภาพ เพื่อจัดบริการให้มีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมายของการบริการสุขภาพที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2549; ไพเราะ ผ่องโชค และคณะ, 2550; วราพร วันไชยธนวงศ์, 2552) ดังนั้นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนในงานเยี่ยมบ้าน พอสรุปได้ดังนี้

6.3.1 บทบาทในการเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (health care provider) การให้บริการตามบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชนมีหน้าที่ให้บริการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้ที่อยู่ในระยะพักฟื้นหรือผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้การพยาบาลที่จำเป็น เช่น การทำแผล การวัดปรอท การวัดความดันโลหิต เป็นต้น พร้อมทั้งสอนผู้ป่วยและญาติให้สามารถปฏิบัติการบางอย่างได้เอง ในบทบาทนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะทางคลินิกพื้นฐาน เพื่อให้สามารถตัดสินใจให้การพยาบาล หรือนำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัติการ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการที่บ้านและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

6.3.2 บทบาทในการเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) โดยให้สุขศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

6.3.3 บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา (counselor) ในการเยี่ยมบ้านพยาบาลมักจะได้รับฟังปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และปัญหาด้านด้าน

อื่น ๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี รับฟังปัญหาต่าง ๆ ด้วยความสนใจ พร้อมทั้งทำหน้าที่เพียงผู้ชี้แนะแนวทางเลือกหลาย ๆ วิธี ส่วนการตัดสินใจเลือกวิธีใดนั้น ครอบครัวจะเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง

6.3.4 บทบาทในการเป็นผู้ประสานงาน (coordinator) โดยทำหน้าที่เป็นคนกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับแพทย์หรือประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่จะส่งผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น นักสังคมสงเคราะห์ สถานสงเคราะห์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวขอรับการช่วยเหลือเมื่อจำเป็น เช่น เมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ พยาบาลอนามัยชุมชนจะช่วยประสานงานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ได้รับการตามความเหมาะสม และควรคิดตามประเมินผลการช่วยเหลือด้วย

6.3.5 บทบาทในการเป็นผู้ให้ความร่วมมือ (collaborator) โดยทำหน้าที่ให้ความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่จะช่วยกันพัฒนาชุมชน เช่น ทางการศึกษา ทางฝ่ายการเมืองการปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พัฒนาการ ผู้นำชุมชนกลุ่มต่าง ๆ

6.3.6 บทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) กระตุ้นหรือทำให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ทราบสถานะความเป็นอยู่ของชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมเสี่ยงของชุมชน เช่น ชุมชนขาดการออกกำลังกายประจำ พยาบาลอาจจะเป็นผู้กระตุ้นให้ชุมชนมีชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น

6.3.7 บทบาทในการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ (advocator) ให้ประชาชนได้มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองในด้านสุขภาพ เช่น สิทธิขั้นพื้นฐานในการรับบริการ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง การรักษาของแพทย์ การตัดสินใจเลือกวิธีรักษา หรือเปลี่ยนผู้รักษา เป็นต้น ตลอดจนการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อให้บริการได้อย่างทั่วถึงและเสมอภาค

6.3.8 บทบาทในการเป็นผู้บริหาร (administration) พยาบาลผู้ให้บริการจะต้องจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เพียงพอในการออกเยี่ยมบริการประจำวันและจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์สำรองไว้ เพื่อการให้หน่วยงานมีของใช้อย่างเพียงพอและอยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งานได้ทันที

6.3.9 บทบาทในการเป็นผู้นำ (leader) การมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่ชุมชนเชื่อถือ เป็นผู้นำด้านสุขภาพช่วยชี้แนะแนวทางให้ชุมชนในการตัดสินใจในโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ครอบครัวหรือบุคคล

6.3.10 บทบาทในการเป็นนักวิจัย (researcher) การทำงานของพยาบาลอนามัยชุมชน ต้องมีการค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุข จึงต้องมีการทำวิจัยหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยและการเก็บ

รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องตลอดจนสนับสนุนช่วยเหลือ ร่วมมือในกลุ่มพยาบาลเพื่อจะดำเนิน การวิจัย มีการเผยแพร่ผลงานวิจัย และนำผลงานวิจัยมาใช้ในการบริการที่มีประสิทธิภาพ

6.4 เป้าหมายการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

การประเมินสมาชิกในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำมาใช้ในการดูแลครอบครัว ได้ดียิ่งขึ้นนั้น การประเมินจะต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้แนวทาง Immobility Nutrition Housing Other people Medication Examination Services Safety Spiritual หรือ INHOMESSS (พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์, 2547; วราพร วันไชยธนวงศ์, 2552) เป็นแนวทางในการประเมินดังนี้

การเคลื่อนไหว (immobility) ได้แก่ การประเมินกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ได้แก่ การอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การกินอาหาร และการปัสสาวะและอุจจาระ ประเมินว่าต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามีการช่วยเหลือ เรียกว่า มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน หรือประเมินการใช้เครื่องมือในกิจวัตรประจำวัน (instrumental activities of daily living) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การรับประทานยา การไปตลาด ชำระบิล เตรียมอาหาร และทำงานบ้าน เพื่อพบว่ามีปัญหาในการพึ่งพาสามารถที่จะแก้ไขปัญหาลงให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้

อาหาร (nutrition) ได้แก่ การประเมินลักษณะอาหาร ชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับประทานเหมาะสมกับโรคหรือภาวะที่เป็นหรือไม่ ประเมินการเก็บอาหาร เป็นต้น

สภาพบ้าน (housing) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้าน ว่าเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นวัณโรคควรอยู่ในห้องที่มีหน้าต่าง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมควรที่จะนอนอยู่ชั้น 1 ของบ้านไม่เดินขึ้นบันได เป็นต้น

คนอื่น ๆ (other people) ได้แก่ การประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว การประเมินดูแลเพื่อนบ้าน ดูความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเป็นอย่างไร เมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหาเพื่อนบ้านสามารถให้การช่วยเหลือได้หรือไม่

การใช้ยา (medication) ได้แก่ ประเมินวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ ภาวะที่บรรจยาเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ หรือเหมาะสมกับยานั้นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคข้ออักเสบจากชองยาทำได้ยากต้องบรรจยาไว้ในขวดยา ยาบงอย่างไม่ให้ถูกแสง เป็นต้น

การตรวจร่างกาย (examination) ได้แก่ การประเมินจากการตรวจร่างกายของสมาชิกในครอบครัว

แหล่งให้บริการ (services) ได้แก่ การประเมินว่ามีแหล่งบริการอะไรบ้างที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยภายในครอบครัวหรือในชุมชนได้ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข บ้านประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

ความปลอดภัย (safety) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วย ตัวบ้านเฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เป็นต้น ว่ามีความปลอดภัยเพียงพอสำหรับครอบครัวในการอยู่อาศัยหรือไม่ เช่น สายไฟที่เดินในบ้านใช้มานานควรจะเปลี่ยนหรือไม่ พื้นห้องน้ำลื่นเกินไปหรือไม่บันไดบ้านชันหรือมีราวให้จับหรือไม่ เป็นต้น

จิตวิญญาณ (spiritual) ได้แก่ การประเมินในเรื่องของการค้นหาความหมาย วัตถุประสงค์และความจริงในชีวิต ความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่ เรื่องของความรู้สึก รวมถึงสิ่งที่บุคคลแสดงออกมาจากความเชื่อทางจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล ส่วนของจิตวิญญาณจะมีผลต่อสุขภาพได้ เช่น นิกายในศาสนาบางนิกายห้ามดื่มเลือดจากผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยท่านนั้นจำเป็นต้องผ่าตัดอาจต้องเตรียมการใช้เลือดของผู้ป่วยเองเมื่อจำเป็น เป็นต้น

วัยสูงอายุ (old age) ผู้ที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) เป็นวัยที่โครงสร้างอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมตามธรรมชาติ มีกำลังถดถอย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการเอาใจใส่ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาหลาย ๆ ด้าน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ การพึ่งพาตนเอง ปัญหาสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือ การเจ็บป่วยทั้งเรื้อรังและฉับพลัน เนื่องจากสมรรถภาพการทำงานที่ของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลง ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้สูงอายุ และครอบครัวด้วย ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงา ว้าเหว่ วิตกกังวล สูญเสียความภูมิใจ ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้น ในวัยนี้จึงมีความต้องการการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกด้านทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ดังนั้นการบริการสุขภาพที่บ้านจึงมีความจำเป็นสำหรับการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรอง, 2549; ไพเราะ ฝ่องโชค และคณะ, 2550; วราพร วันไชยธนวงศ์, 2552) เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ ดังนี้

- 1) ประวัติสุขภาพในอดีต เคยป่วยด้วยอุบัติเหตุ หรือผ่าตัด ด้วยโรคอะไร
- 2) ประวัติครอบครัวทางสังคมและสุขภาพ มีใครอยู่ในบ้านเดียวกันบ้าง ใครหารายได้ให้ครอบครัว ใครมีหน้าที่รับผิดชอบอะไรในครอบครัว การติดต่อกับบุคคลอื่นภายนอก ด้านสุขภาพมีโรคติดต่อหรือโรคพันธุกรรมอะไรบ้าง
- 3) ประวัติสุขภาพปัจจุบันมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง มีภาวะเสี่ยงต่อโรคอะไรบ้าง

4) การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ภาวะสุขภาพเป็นอย่างไรและมีการดูแลเพื่อการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพอย่างไรบ้าง เช่น มีการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจรักษาฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น

5) อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร อาหารและเครื่องดื่ม น้ำดื่มที่บริโภคประจำวัน มีอะไรบ้าง หลีกเลี่ยงสิ่งเจอบน หรือสิ่งที่เสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไร หรือไม่ เช่นบริโภคอาหารประเภทไขมันต่ำ เช่น ปลา อาหารที่ไม่ใส ไม้ใส่ผงชูรส ปรงสุกใหม่ ๆ อาหารปรุงเองสุกและสะอาด ใช้น้ำมันพืชประจำ เลือกรอาหารที่ไม่มีโคเลสเตอรอลสูง ผลไม้ผักล้างสะอาดจากสารกำจัดศัตรูพืช หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัด แอลกอฮอล์ ในผู้สูงอายุที่ฟันหักหรือใช้ฟันปลอม ส่วนใหญ่บริโภคอาหารอ่อน ๆ ผัก ผลไม้เลือกบริโภคได้ไม่กี่ชนิด ทำให้ขาดสารอาหารหรือประเภทกาใยหรือไม่

6) การขับถ่าย ปัสสาวะอุจจาระปกติ หรือไม่มีปัญหาท้องผูก ท้องเสีย ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อยครั้ง กลั้นปัสสาวะไม่ได้จนทำให้ไม่เดินทางออกจากบ้าน

7) กิจกรรมและการออกกำลังกาย ทำงานอะไร ลักษณะงานต้องออกกำลังใช้แรงหรือไม่ เวลาว่างทำอะไร ออกกำลังกายบ้างหรือไม่ วิถีใด สัปดาห์ละกี่ครั้ง ครั้งละนานเท่าไร

8) การพักผ่อนนอนหลับแต่ละวัน ได้พักผ่อนกี่ชั่วโมง หลับได้ดี พักผ่อนเพียงพอหรือมีปัญหา ผู้สูงอายุอาจมีงีบหลับบ่อย ๆ ในช่วงกลางวันด้วยทำให้มีปัญหานอนไม่หลับตอนกลางคืน

9) สถิติปัญญาและการรับรู้ การรับรู้ทั้งการเห็น การได้ยินกับการรับรู้ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ มีการใช้เครื่องช่วยฟัง การใช้แว่นตาหรือผ่าตัดแก้ไขปัญหา อะไรบ้าง ผู้สูงอายุมีปัญหาการจำไม่ได้ ลืมง่ายหรือไม่ อย่างไร

10) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ คิดว่าตนเองเป็นอย่างไร มีอะไรที่พอใจ ภูมิใจ ไม่พอใจในตนเองบ้างและที่ส่วนไม่พอใจจะแก้ไขอย่างไร ผู้สูงอายุบางคนคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ช่วยงานอะไรไม่ได้ ไม่มีรายได้

11) บทบาทและสัมพันธภาพ ตนเองมีบทบาทอะไรบ้างในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีหรือไม่ ดีกับใครบ้างหรือไม่ในครอบครัว หรือสนิทสนมรักใคร่กันดี ควรให้ความสนใจความ คิดเห็นในบทบาทสัมพันธภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นพิเศษ

12) เพศและการเจริญพันธ์ อาจสอบถามจากประวัติในอดีต เช่น เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา การเจ็บปวดขณะร่วมเพศ การสูญเสียความรู้สึกทางเพศและการเปรียบเทียบความรู้สึกทางเพศในปัจจุบันกับอดีตที่ผ่านมา ประเมินปัญหาทางเพศว่ามีสาเหตุทางกายหรือจิตใจ การชักประวัติก็ควรระมัดระวังในการใช้คำถาม ซึ่งไม่ควรจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นสิ่งผิดปกติที่ไม่ควรกระทำ (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2551)

13) การปรับตัวและเผชิญต่อความเครียด มักจะมีความเครียดเกี่ยวกับอะไร มีวิธีคลายเครียดอย่างไร ที่ได้ผลดี และไม่ได้ผลดี

14) ค่านิยมและความเชื่อ เห็นว่าการมีสุขภาพดีสำคัญอย่างไรหรือไม่กับชีวิต หรือมีอะไรที่คิดว่าสำคัญบ้าง ที่ทำให้มีความสุข ความพอใจ ฯลฯ

15) การตรวจสุขภาพทุกระบบ เพื่อค้นหาความผิดปกติและแก้ไข รวมทั้งการวัดความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ น้ำหนัก ส่วนสูง ประเมินค่า BMI ตรวจจวัดสายตา ทดสอบการได้ยิน เป็นต้น

7. บทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในการดำเนินชีวิต การปรับตัวเมื่อมีความขัดแย้งในจิตใจ ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้บุคคลสามารถรักษาสมดุลของจิตใจได้หรือไม่ การรู้เท่าทันกับสาเหตุที่ก่อความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะทำให้สามารถควบคุมระดับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและช่วยสร้างสรรคสุขภาพจิตให้สมบูรณ์ ในวัยสูงอายุจะประสบกับปัญหาสำคัญหลายอย่าง เช่น ความเศร้าโศกเสียใจ การสูญเสียหน้าที่การทำงานหรือหน้าที่ในสังคมและปัญหาทางด้านสุขภาพหลาย ๆ อย่าง ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้และเข้าใจในผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยสอนแนะวิธีแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; สมภพ เรืองตระกูล, 2547; จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี, 2550) ดังนี้

7.1 การมองโลกและบุคคลอื่นในแง่ดี จะทำให้บุคคลไม่มีความโกรธ หรือความอิจฉา ริษยาผู้อื่น ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

7.2 การยอมรับตนเองและมองตนเองอย่างมีคุณค่า ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และเมื่อทำผิดพลาดก็จะให้อภัยตนเองและพยายามปรับปรุงแก้ไขตลอดจนพัฒนาตนเอง

7.3 การจัดการกับความโกรธอย่างเหมาะสม การที่บุคคลมีความโกรธอย่างรุนแรงจะทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยปราศจากความยับยั้งชั่งใจ นอกจะมีผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ยังส่งผลต่อบุคลิกภาพและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น หากบุคคลไม่สามารถจัดการกับความโกรธอย่างเหมาะสมแล้ว จะนำไปสู่ความเครียดได้ง่าย

7.4 การเรียนรู้ที่จะปลดปล่อยและการระบายความรู้สึกออกมาอย่างเหมาะสม ช่วยลดความกดดันและลดความเครียด ดังนั้นการเลือกบุคคลที่เราไว้วางใจและเข้าใจ ก็จะสามารถช่วยปลดปล่อยความรู้สึกทางลบออกมา ทำให้ลดความกดดันภายในจิตใจลงได้

7.5 การดำเนินชีวิตด้วยความยืดหยุ่น รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา ผ่อนสั้นผ่อนยาว และรู้สึกว่ามีเวลาได้ครบถ้วน เมื่อใดควรแพ้ เมื่อใดควรชนะ หรือเมื่อใดควรรับ หรือเป็นผู้ให้

7.6 การไม่คาดหวังผลสำเร็จสูงเกินไป เพราะมีความเสี่ยงต่อการผิดหวังและเกิดความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินชีวิตของคนเรา ย่อมมีปัญหาลักษณะและอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งทำให้ต้องพบกับความผิดหวังได้เสมอ

7.7 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การที่บุคคลเป็นคนเก็บตัวไม่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ไม่สนใจโลกภายนอก ทำให้มีความรู้สึกเหงาอ้างว้างโดดเดี่ยวและว้าเหว เพราะไม่มีใครสนใจซึ่งจะนำไปสู่ความเครียดได้

7.8 การไม่คิดหมกมุ่นอยู่กับปัญหา หรือเรื่องราวอย่างใดอย่างหนึ่งตลอดเวลา เพราะจะทำให้เกิดความเครียดซ้ำ ๆ กลายเป็นผู้ที่มีความฟุ้งซ่าน จะก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย

7.9 การใช้เหตุผลและความเป็นจริงในการพิจารณาที่จะเลืกตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ การที่บุคคลใช้เวลาเพื่อพิจารณาหาเหตุผล ใช้สติปัญญาพิจารณาอย่างรอบคอบตามความเป็นจริงในการการแก้ปัญหา ย่อมนำไปสู่ความถูกต้อง มากกว่าการตัดสินใจโดยใช้อารมณ์หรือการเข้าข้างตนเอง

7.10 การหลีกเลี่ยงในการเผชิญกับสถานการณ์ที่รุนแรงเลวร้าย เพราะจะนำไปสู่ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล หรือความโกรธ จึงควรหาแนวทางคลี่คลายสถานการณ์ที่รุนแรงและเลวร้ายอย่างเหมาะสม

7.11 การหาแนวทางในการผ่อนคลายเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ การหาความเพลิดเพลิน การทำงานอดิเรกต่าง ฟังเพลง เดินเล่น เล่นกีฬา เล่นดนตรี ดูหนังดูละคร และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่สร้างความพึงพอใจ

7.12 การหาที่พึ่งทางใจ การยึดมั่น และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลสามารถคลายความเครียดได้ เนื่องจากคำสอนแต่ละศาสนา จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้และเข้าใจสภาวะความเป็นจริงของชีวิต ทำให้บุคคลยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนมองเห็นแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ทำให้จิตใจสงบ สะอาดและสว่าง ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้

7.13 การเปลี่ยนแปลงบรรยากาศรอบตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนสถานที่พัก และที่ทำงานให้สวยงาม เช่น ทำความสะอาดห้อง จัดห้องทำงานใหม่ ซึ่งจะช่วยให้คลายเครียด

7.14 การนอนหลับให้เพียงพอ เป็นสิ่งจำเป็น คนเราต้องการนอนหลับคืนละประมาณ 8 ชั่วโมง หากเรานอนไม่พอจะทำให้มีความเครียด หงุดหงิด สมองมึนงง คิดอะไรไม่ออกและทำให้ร่างกายอ่อนเพลียได้ง่าย

7.15 การได้รับสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และผู้ดูแล สำหรับผู้ซึ่งมีอายุมาก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะต้องมีชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีบุตรหลาน นอกจากนี้ร่างกายยังอ่อนแอและเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหลาย ๆ อย่าง จึงควรได้รับการดูแลในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับผู้ซึ่งไม่มีครอบครัวดูแลการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคมจะช่วยลดความรุนแรงของความเครียดหรือปัญหา ผู้สูงอายุซึ่งมีเครือข่ายการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจะผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตได้ดีกว่าผู้ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว

7.16 การขอคำปรึกษาจากผู้ซึ่งช่วยคลายเครียดมีความสำคัญ เพราะนอกจากจะได้ระบายความคับข้องใจโดยการพูดออกมาแล้ว ยังช่วยให้ตนเองได้สำรวจและเข้าใจปัญหา ที่ทำให้เกิดเครียด ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน ผู้บังคับบัญชา จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล เป็นต้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นวนลทิพย์ ทูวิรัตน์ (2544) ศึกษา ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อกับการฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 18 คน ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกโปรแกรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวแนวซิง มีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวแนวซิงมีระดับความดันโลหิตลดลงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนันทา บุญรักษา (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 20-59 ปี จำนวน 40 คน ระยะเวลาศึกษา 4 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่าง ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบนและระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สว่างจิตต์ จันทร์ (2544) ศึกษาผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มละ 22 คน โดยการสอน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ศึกษาผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากตัวแบบที่ได้รับการฝึก เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิมลทิพย์ แก้วถา (2546) ศึกษาผลของการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการฝึกผ่อนคลายเพียงอย่างเดียว ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบค เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความเครียดลดลง เมื่อเทียบกับก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความดันในหลอดเลือดแดงเฉลี่ยลดลง เมื่อเทียบกับก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองมีระดับความดันในหลอดเลือดแดงเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาสนา มากผาสุก (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยการให้ความรู้ตามโปรแกรม 4 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที 3 ครั้ง และ 60 นาที 1 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงภายหลังได้รับโปรแกรมการจูงใจ เพื่อป้องกันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

รัชนี ศรีธีรภัฏ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 12 ครั้ง ใช้เวลาแต่ละครั้งนาน 15-20 นาที พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Stephoe & Marmot (2005) ศึกษาการสูญเสียความสามารถของหลอดเลือดหัวใจ จากภาวะเครียด ในระยะเวลา 3 ปี ในกลุ่มตัวอย่าง 209 ราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 45-59 ปี ที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษาพบว่า ความเครียดมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทั้ง Systolic Bp และ Diastolic Bp อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระยะเวลา 3 ปี หากยังไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถาวร

Dusek et al. (2008) ศึกษาการจัดการความเครียด กับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 122 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ในการศึกษาพบว่าความดันโลหิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกผ่อนคลาย Systolic Bp ลดลง 9.4 มม.ปรอท และ Diastolic Bp ลดลง 1.5 มม.ปรอท ส่วนในกลุ่มควบคุมที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตพบว่า Systolic Bp 8.8 มม.ปรอทและ Diastolic Bp ลดลง 2.4 มม.ปรอท ถึงแม้ว่าทั้ง 2 กลุ่มจะมีการลดลงของ Systolic Bp อย่างมีนัยสำคัญแต่ในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลาย จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า

Gasperin et al. (2009) ศึกษา ผลของความเครียดทางจิตใจที่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นการศึกษาแบบ Meta-analysis โดยทำการศึกษาใน 2,043 รายงาน ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง 34,556 ราย ค่าเฉลี่ยในการติดตามศึกษา 11.5 ปี ในการศึกษาพบว่า ความเครียดมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงให้คำแนะนำการควบคุมความเครียดทางจิตใจ ซึ่งเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา ในการจัดการกับภาวะความดันโลหิตสูง

9. โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุนำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนเลือด โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ การดูแลรักษาที่สำคัญอีกอย่างคือ ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ในด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับการรักษาและมีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดและควบคุมระดับความดันโลหิต ในระยะยาวได้ ร่วมกับการให้ความรู้ที่มีแบบแผน ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ ได้รับความรู้ที่ชัดเจนครอบคลุม และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ได้มีประสิทธิภาพ (ลัดดา อะโนศรี, 2545) ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟตามแนวคิดของ Jacobson (1929) ที่ดัดแปลงโดย สมบัติ ตาปัญญา (2526) ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) ในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้คลายตัว ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีขั้นตอนกิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง มีความเป็นมิตร ชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม เพื่อลดภาวะเครียดของผู้เรียน ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ และการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ โดยการสอนและสาธิต ซึ่งการสอนผ่อนคลายของกล้ามเนื้อครอบคลุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ที่สำคัญ
3. ฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ โดยการฝึกปฏิบัติตามแผ่นซีดีบันทึกเสียงแนะนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน
4. การอภิปรายร่วมกันถึงผลและปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ ให้การยกย่องชมเชยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น
5. การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
6. ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหาแนวทางแก้ไข เมื่อพบว่ามีข้อบกพร่องนำมาปรับปรุงและตรวจสอบกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

7. การโทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นเตือน ติดตามความก้าวหน้า ให้คำแนะนำ ชักถามปัญหา สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

8. การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อ ตรวจเยี่ยมอาการ ส่งเสริมสุขภาพ และทำแบบประเมิน ความเครียด

การประเมินผลโปรแกรม ฯ โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อตรวจร่างกาย ตรวจวัดชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ ดูข้อมูลการฝึก บันทึก แบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านและทำแบบประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรม ฯ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก

ใช้แนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟของ (Jacobson, 1929) และแนวคิดการเรียนรู้ของ (Knowles, 1980)

1. สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม
2. การให้ความรู้ตามโปรแกรมและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ
3. ฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยฝึกการปฏิบัติตามแผ่นซีดีบันทึกเสียงแนะนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ร่างกายที่ละส่วน โดยฝึกพร้อมกับผู้วิจัย
4. การอภิปรายร่วมกันถึงผลและปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึก ให้การยกย่อง ชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น
5. การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
 - 5.1 ให้ความรู้ ในกลุ่มทดลอง ครั้งละประมาณ 25 นาที
 - 5.2 ใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ คือ ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย
 - 5.3 คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
6. ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหาแนวทางแก้ไข
7. การโทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นเตือน ติดตามความก้าวหน้า และซักถามปัญหา
8. การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อตรวจเยี่ยมอาการ ส่งเสริมสุขภาพ และทำแบบประเมินความเครียด

ความเครียด

ความดันโลหิต

- ความดันโลหิตตัวบน
- ความดันโลหิตตัวล่าง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 5 สัปดาห์ โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

X คือ การได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้

O1 คือ ระดับความดันโลหิตและระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม

O2 คือ ระดับความดันโลหิตและระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

O3 คือ ระดับความดันโลหิตและระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

O4 คือ ระดับความดันโลหิตและระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ Primary Care Unit (PCU) แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU แผนก

ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 โดยไม่จำกัดเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ มีคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น
2. ไม่มีภาวะหลงลืมหรือสมองเสื่อม คัดกรองโดยใช้ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง ไทย (Mini-Mental State Examination) อยู่ในเกณฑ์ปกติ แบ่งตามระดับการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ได้คะแนน > 16 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนน > 20 และ ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน > 23
3. มีความดันโลหิตอยู่ในระดับ Grade 1 hypertension (mild) คือ มี Systolic BP อยู่ในช่วง 140-159 มม.ปรอท และ Diastolic BP อยู่ในช่วง 90-99 มม.ปรอท หรือได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
4. มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป คัดกรองโดยใช้แบบประเมินและ วิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2541) ที่มีคะแนน ตั้งแต่ 18 คะแนน ขึ้นไป
5. เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก คัดกรองโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) ที่มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป
6. กลุ่มตัวอย่างต้องมีเครื่องเล่นแผ่นซีดี
7. ไม่เคยได้รับการฝึกการผ่อนคลาย
8. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะสำหรับการวิจัยกึ่ง- ทดลอง อย่างน้อยที่สุดควรมี 30 ราย และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมี จำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ราย (บุญใจ ศรีสถิตยีนรากุล, 2550) ดังนั้นเพื่อความเหมาะสมและความ เป็นไปได้ในการวิจัยครั้งนี้ และเพื่อป้องกันการมีกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอหากมีการออกจากงาน วิจัยของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันโดย กำหนดเกณฑ์การเลือกจับคู่เข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม (matched pair) โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1. เพศเดียวกัน
2. อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี
3. ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของหลอดเลือดแดง (Mean Arterial Pressure: MAP) แตกต่างกันไม่เกิน 5 มม.ปรอท

4. ยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มเดียวกัน
5. มีความเครียดอยู่ในระดับเดียวกัน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination) เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของ คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2546) มีคำถามจำนวน 11 ข้อ การแปลผลผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม แบ่งตามระดับการศึกษา คือ

ผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ได้คะแนน ≤ 16

ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนน ≤ 20

ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน ≤ 23

หากพบว่าสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยส่งต่อแพทย์เพื่อทำการรักษา และการศึกษา นี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ไม่มีความบกพร่อง

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Research Unit of the Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics Society, 1992 อ้างใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แปลผลโดย

0-4 คะแนน แสดงว่าผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด

5-8 คะแนน แสดงว่ามีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับมาก

9-11 คะแนน แสดงว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง

12 คะแนน ขึ้นไป แสดงว่าพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพาน้อยมาก คือ ระดับคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนน

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้การทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสฟิพร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสฟิพของ Jacobson (1929) โดยประยุกต์รูปแบบและท่าทางการฝึกผ่อนคลาย

คลายกล้ามเนื้อ และประยุกต์แนวทางการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1) ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) จากตำรา วารสาร วิชาการและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟของ Jacobson (1929) จากตำรา วารสาร วิชาการ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) สร้างโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟพร้อมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงต่อความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ

3.1) สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม

3.2) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟตามแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟโดยการสอนและสาธิต

3.3) ฝึกทักษะฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการฝึกปฏิบัติตามเทปบันทึกเสียงแนะนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน โดยฝึกพร้อมกับผู้วิจัย 20 นาที

3.4) การอภิปรายร่วมกันถึงผลและปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ ให้การยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น

3.5) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม ใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ คือ ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง ครั้งละประมาณ 20 นาที

3.6) ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหาแนวทางแก้ไข

3.7) การโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10-15 นาที เพื่อซักถามปัญหา และติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.8) การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต และทำแบบประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรม ฯ

2.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ (digital blood pressure) ที่มีการตรวจสอบมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ

2) แผ่นซีดีบันทึกเสียง แนะนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ว่างกายที่ละ ส่วน ของ สมบัติ ตาปัญญา (2526) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย- เชียงใหม่ มีความยาวของเนื้อหาประมาณ 20 นาที

3) คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก 1 เครื่อง สำหรับเปิดแผ่นซีดีบันทึกเสียง

2.3 แผนการสอน ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพ- เกรสลิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.4 สื่อที่ใช้ประกอบการสอน ประกอบด้วย ภาพพลิกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โพเกรสลิฟ และคู่มือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสลิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง การสร้างสื่อได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสลิฟของ Jacobson (1929) และทฤษฎีการเรียนรู้ของ Knowles (1980)

ส่วนที่ 3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการผ่อนคลายของ สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ที่ประเมินโดยใช้ความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ปฏิบัติและการผ่อนคลาย ก่อนและหลัง โดยใช้มาตรวัดการประเมินค่าด้วยตนเอง (visual analog scale) ที่มีลักษณะเป็น เส้นตรงแนวนอน มีความยาว 10 เซนติเมตร ปลายซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 0 มีความ หมายถึงว่า “ไม่รู้สึกละผ่อนคลาย” ปลายด้านขวาสุดแทนคะแนน 10 คะแนน มีความหมายว่า “ผ่อนคลายมากที่สุด”

3.2 แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผู้วิจัยดัดแปลงจากตารางบันทึก การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ของ สุนันทา บุญรักษา (2548) มีรายละเอียด คือ วัน เดือน ปี เวลาที่ฝึกในแต่ละวันและอาการที่สังเกตได้หลังการฝึก โดยบันทึกเป็นอาการหรือความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละครั้ง เช่น รู้สึกสมองโล่ง สบาย ง่วงนอน โดยบันทึกทุกครั้งที่มีการ ฝึก เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความจำให้ผู้ป่วยฝึกตามโปรแกรมที่กำหนด โดยมีการโทรศัพท์ สอบถามและกระตุ้นเตือนให้มีการบันทึกเมื่อมีการฝึกผ่อนคลาย

ส่วนที่ 4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการ

วินิจฉัยโรค ความดันโลหิต ซ้ำพจร อัตราการหายใจ น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ชนิดและขนาดของยาที่ได้รับ

4.2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาขึ้นโดย สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนรวมไม่เกิน 60 คะแนน มีลักษณะ Rating Scale การให้คะแนน ให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วสำรวจดูว่า ในระยะ 2 เดือน ที่ผ่านมา มีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

ไม่เคยเลย = 0 คะแนน

เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน

เป็นบ่อย ๆ = 2 คะแนน

เป็นประจำ = 3 คะแนน

การแปลผลคะแนน ความเครียดแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนน 0-5 หมายถึง ระดับความเครียดต่ำกว่าปกติอย่างมาก

คะแนน 6-17 หมายถึง ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คะแนน 18-25 หมายถึง ระดับความเครียดอยู่สูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย

คะแนน 26-29 หมายถึง ระดับความเครียดอยู่สูงกว่าเกณฑ์ปกติปานกลาง

คะแนน 30-60 หมายถึง ระดับความเครียดอยู่สูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ได้นำไปรับการตรวจสอบมาตรฐานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์โรงพยาบาลราชวิถี โดยเทียบมาตรฐานมีค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน ± 2 มิลลิเมตรปรอท

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิต ซ้ำพจร อัตราการหายใจ น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ชนิดและขนาดของยาที่ได้รับ โดยผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ จากข้อคำถามเดิม 22 ข้อ ปรับข้อคำถามใหม่ 8 ข้อ ได้แก่ ไม่ควรเขียนชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เพราะไม่ได้ใช้ประเมินอะไร ผู้ตอบเกรงจะถูกเปิดเผยเรื่องส่วนตัว และไม่ได้นำมาสรุปผลการวิจัย เพิ่มข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานมี

รศเค็ม เช่น น้ำปลา กะปิ ซีอิ๊ว ผักดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีความสำคัญ และจำเป็นต้องใช้สำหรับเป็นข้อมูลเพื่อการประเมินผลเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

3. แผ่นซีดีบันทึกเสียงแนะนำการฝึกผ่อนคลาย ของ สมบัติ ตาปัญญา (2526) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการหาความตรงและความเที่ยงจากการทำวิจัยทางด้านจิตวิทยาหลายครั้ง จนถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ได้ โดยไม่ได้มีการดัดแปลงแก้ไข

4. แผนการสอนประกอบด้วย

4.1 แผนการสอนเรื่อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแผนการสอนเรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูง อายุโรคความดันโลหิตสูง

4.2 ภาพหลักการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4.3 คู่มือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
แผนการสอนทั้งหมดผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น เสนอแนะให้ปรับปรุงในเรื่อง ความถูกต้องของเนื้อหา เนื้อหาไม่ควรมากเกินไปในเรื่องความเหมาะสมของภาษา ปรับแก้ภาษาให้เข้าใจง่ายและเหมาะสม ไม่ควรเขียนละเอียดยาวเกินไป ทำให้หนักท่าออกกำลังกายไม่ได้ ควรแยกเป็นขั้นตอน 1, 2, 3 และระวังศัพท์ทางการแพทย์และภาษาอังกฤษ ส่วนในเรื่องการจัด ลำดับเนื้อหา ได้ปรับเนื้อหาไม่ให้มากเกินไป ให้เหมาะสมกับระยะเวลาสอน และปรับแก้วัตถุประสงค์กับเกณฑ์ประเมินผลให้สอดคล้องกัน และได้นำแผนการสอน ภาพพิก และคู่มือการฝึกผ่อนคลายดังกล่าว ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ณ ห้องตรวจประกันสุขภาพ โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 3 คน โดยให้ทดลองปฏิบัติ พบว่า ภาษาที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบและขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมชัดเจน เข้าใจง่าย ส่วนปัญหาที่ประเมินได้จากการทดลองใช้ คือ ระยะเวลาที่ใช้เวลานานเกินไป จึงได้ปรับแก้เนื้อหาในแผนการสอนให้สั้นลง

5. แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย ดัดแปลงจากแบบประเมินการผ่อนคลายของ สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ประกอบด้วยส่วนที่ประเมินโดยใช้ความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ปฏิบัติ และการผ่อนคลายก่อนและหลังโดยใช้มาตราวัดการประเมินค่าด้วยตนเอง (visual analog scale) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับเพิ่มให้มีคำชี้แจง เช่น “การผ่อนคลาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาวะที่ปราศจากความกดดัน ทั้งจากทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม โดยปราศจากความตึงเครียด และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ” เป็นต้น

6. แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นแนวทางในการสังเกตและการบันทึก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการหรือความรู้สึกผ่อนคลายของตนเองพร้อมทั้งบันทึกได้ง่ายขึ้น โดยได้เพิ่มเนื้อหาให้บันทึกเป็นอาการหรือความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละครั้ง ด้านจิตใจ รู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง คลายกังวล ความคิดไม่สับสน ไม่หงุดหงิด ไม่กลัว ด้านอารมณ์ อารมณ์เย็นขึ้น สบายใจ เป็นสุข ด้านร่างกาย ปวดเมื่อยตัวน้อยลง ไม่ปวดไม่ตึงที่แขน ขา หลัง ศีรษะ

7. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พัฒนาโดย สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนรวมไม่เกิน 60 คะแนน มีลักษณะ Rating Scale มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งค่าที่ได้เท่ากับ .80

การเตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเข้ารับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ จาก นายแพทย์วีระ นิยมวัน ผู้เชี่ยวชาญ สาขาส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย หลังจากนั้นฝึกตามคำแนะนำในคู่มือพร้อมคำแนะนำในแผ่นซีดีบันทึกเสียง ใช้เวลาประมาณ 40 นาที หลังจากนั้นทำแบบประเมินการผ่อนคลายซ้ำอีกครั้งผู้วิจัยฝึกปฏิบัติ จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและเกิดการผ่อนคลายหลังการฝึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคนบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล และหัวหน้าห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือ

3. ผู้วิจัยสำรวจผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจจากห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) คือ เพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ยา

ที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงแตกต่างกันไม่เกิน 5 มม.ปรอท

4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสร้างสัมพันธภาพ ให้มีความเป็นกันเองกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยประเมินความเครียดอยู่ในระดับเดียวกัน โดยประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนเข้าร่วมโครงการ

6. ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทุกรายมายังสถานที่จัด เตรียมไว้สำหรับทำกิจกรรม โดยรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จแล้ว จึงดำเนินการในกลุ่มทดลองต่อไป

7. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ๗ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ หลังการเข้าร่วมโครงการ

8. นำข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นสรุปผลการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย

ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรส-สิฟ โดยฝึกปฏิบัติจากการฟังแผ่นซีดีบันทึกสคริป “การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ” โดยใช้เวลาฝึกประมาณ 15 ชั่วโมง และได้รับความกรุณาจากท่าน นายแพทย์ วีระ นิยมวัน เป็นผู้ให้คำแนะนำในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ และเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่เข้าใจ จนสามารถปฏิบัติได้จริง เกิดการผ่อนคลาย โดยประเมินจากแบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย

1.2 การเตรียมเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้องดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

1.3 ขออนุญาตหัวหน้าห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU เพื่อศึกษาข้อมูล ประวัติและการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากเวชระเบียน

1.4 การเตรียมสถานที่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี ขออนุญาตใช้ห้องประชุมในการให้โปรแกรมฯ

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 สัปดาห์ที่ 1

2.1.1.1 เมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาตรวจ ที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วย ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและตรวจชีพจร ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.1.1.2 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการสนทนาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั่วไป และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมิน ADL และแบบประเมินความเครียด

2.1.1.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงและคำแนะนำจากแพทย์

2.1.1.4 พยาบาลประจำห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ได้และคำแนะนำหลังพบแพทย์เกี่ยวกับวันนัด การเตรียมตัวก่อนตรวจครั้งต่อไป เช่น การงดน้ำและอาหารก่อนเจาะเลือด เป็นต้น

2.1.1.5 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง นั่งรอรับยา

2.1.1.6 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อเยี่ยมบ้าน วัดความดันโลหิตและทำแบบประเมินความเครียด

2.1.2 สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มตัวอย่างมี 2 ราย ที่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้เนื่องจากไม่สะดวกในการให้ข้อมูลจึงขอลงตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2 ราย เข้ามาในกลุ่มควบคุม ในการติดตามเยี่ยมบ้านพูดคุย สอบถามข้อมูลโดยทั่ว ๆ ไป และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียด แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงผลของความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียด และความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยมอบแผ่นซีดีบันทึกเสียงแนะนำการฝึกผ่อนคลาย และคู่มือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึง

พอใจ เนื่องจากได้รับการติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 สัปดาห์ที่ 1

2.2.1.1 เมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาตรวจ ที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วย ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและตรวจชีพจร ผู้วิจัยผู้วิจัยสำรวจข้อมูล แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2.1.2 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการสนทนาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั่วไป และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมิน ADL และแบบประเมินความเครียด

2.2.1.3 กลุ่มตัวอย่างรับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงและคำแนะนำจากแพทย์

2.2.1.4 พยาบาลประจำห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ได้และคำแนะนำหลังพบแพทย์ เกี่ยวกับวันนัดและการเตรียมตัวก่อนตรวจครั้งต่อไป

2.2.1.5 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ขณะ ที่กลุ่มตัวอย่างนั่งรอรับยา ซึ่งจะใช้เวลา ประมาณ 40 นาที

2.2.1.6 ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ ที่ห้องประชุม แยกจากห้องตรวจ เป็นห้องที่เงียบสงบมีเครื่องปรับอากาศในการฝึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้ง โดยให้ความรู้ตามโปรแกรมประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ

- 1) สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม
- 2) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ตามแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟโดยการสอนและสาธิต ผู้วิจัยให้คำแนะนำตามแผนการสอนและใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยาย

- 3) ฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกปฏิบัติตามแผ่นซีดีบันทึกเสียง แนะนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน ของ สมบัติ ตาปัญญา (2526) โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งเก้าอี้ที่จัด เตรียมไว้ ผู้วิจัยเปิดแผ่นซีดีบันทึกเสียงและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟตามคำแนะนำจากแผ่นซีดี มีความยาวประมาณ 20 นาที โดย

ผู้วิจัยทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมด้วย ในระหว่างการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสังเกตและประเมินข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการฝึกการผ่อนคลาย เช่น การวางเท้าในขณะเกร็งและผ่อนคลายไม่ถูกต้อง การวางมือขณะเกร็งและผ่อนคลายไม่ถูกต้อง เป็นต้น ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนกลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการผ่อนคลายภายหลังฝึก

4) การอภิปรายร่วมกันถึงผลและปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ ให้การยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ช่วยมีความเชื่อมั่น ในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจะฝึกให้อีกครั้งจนสามารถปฏิบัติได้จริง

5) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม ใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ คือ ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง ครั้งละประมาณ 20 นาที แผนการสอนและใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยาย ร่วมกับให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลตัวเอง เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด เป็นต้น

6) ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหาแนวทางแก้ไข ประเมินปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยยึดการแก้ปัญหาเป็นศูนย์กลางมากกว่าเนื้อหาวิชาการ ให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาโดยผู้วิจัยช่วยชี้แนะเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ได้หาแนวทางในการดูแลตัวเองใหม่ที่เหมาะสม พร้อมทั้งพูดคุย ชี้แนะ และให้กำลังใจ ในการดูแลตนเอง ให้ความรู้เพิ่มเติม ใช้เวลา 5 นาที ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ตรวจชีพจรและอัตราการหายใจ ภายหลังการฝึก และให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินการผ่อนคลาย ผู้วิจัยมอบแผ่นซีดีบันทึกเสียงแนะนำการฝึกผ่อนคลาย คู่มือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพรเกสสึฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย และแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านให้กลุ่มทดลองไปฝึกที่บ้าน โดยเน้นให้ฝึกตามแผ่นซีดีบันทึกเสียงอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เมื่อครบ 1 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 2-4 รวม 3 ครั้ง และแจ้งว่าจะติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5

7) การโทรศัพท์ติดตาม โดยหลังจากที่มีมีการให้โปรแกรม ๗ แก่กลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10-15 นาที เพื่อซักถามปัญหา และติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตาม ตามสคริปที่ได้เตรียมไว้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามปัญหา แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และข้อสงสัยในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

8) การติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยได้โทรศัพท์นัดหมาย วันและเวลาเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ขณะเยี่ยมบ้านผู้วิจัยได้กล่าวสวัสดิทักทายกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการต้อนรับเป็นอย่างดี ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ทราบถึงสภาพปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย บางรายมีฐานะดีแต่อยู่บ้าน 2 คน ทำให้เกิดความว่าเหว่ บางรายอยู่ในชุมชนแออัดริมคลองสาธารณะ สภาพแวดล้อมไม่ดี มีความเครียดกับฐานะความเป็นอยู่จึงไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพเท่าที่ควร มีบางรายเสนอให้มีพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นบริการที่ดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยและญาติทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้วิจัยได้ตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต และทำแบบประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรม ฯ

2.2.2 สัปดาห์ที่ 2

2.2.2.1 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สอบถามความพร้อมของผู้ป่วยก่อนพูดคุยและซักถามเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านหรือข้อสงสัย ที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ เพื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ในการโทรศัพท์ติดตามผู้วิจัยจะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการฝึกผ่อนคลายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้บันทึกในแบบประเมินการผ่อนคลาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด เป็นต้น

2.2.2.2 ผู้วิจัยจะสรุปผลที่ได้จากการพูดคุย แล้วให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที แล้วนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3

2.2.3 สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 และโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ในการโทรศัพท์ติดตามครั้งสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยได้นัดผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมบ้าน โดยปฏิบัติตามกิจกรรมเหมือนการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1

2.2.4 สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยได้โทรศัพท์นัดหมาย วันและเวลาเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ขณะเยี่ยมบ้านผู้วิจัยได้กล่าวสวัสดิทักทายกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการต้อนรับเป็นอย่างดี ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ทราบถึงสภาพปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ในกลุ่มตัวอย่างมี 2 ราย ที่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้เนื่องจากไม่สะดวกในการให้ข้อมูลจึงขอถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2 ราย เข้ามาในกลุ่มทดลอง ในการติดตามเยี่ยมบ้านเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามข้อสงสัย ตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต ทำแบบประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรม ฯ และขอข้อมูลจากแบบรายงานการฝึกผ่อนคลาย แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลาย

กล้ามเนื้อที่บ้าน และให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงผลของความดันโลหิต ซีพีอาร์ อัตราการหายใจ ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ อยากให้มีเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน เนื่องจากได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ ได้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม เช่น เข้าใจเรื่องอาการเจ็บป่วย และเข้าใจเรื่องยาที่รับประทานมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย การรวบรวมข้อมูลดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

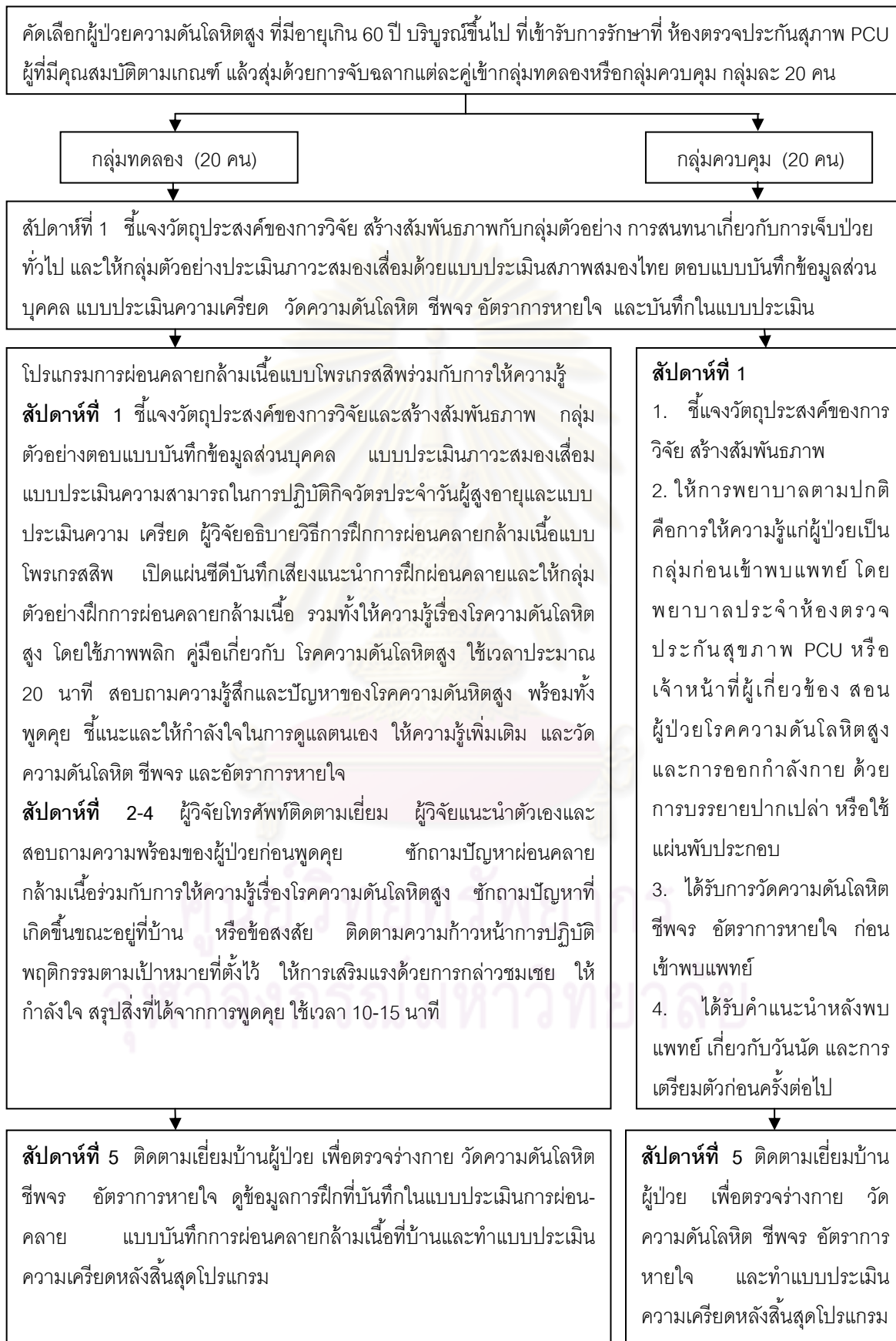
3. ชั้นสรุปผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โดยทำแบบประเมินความเครียดและวัดความดันโลหิต ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง จากนั้นนำค่าคะแนนความเครียดและระดับความดันโลหิตที่วัดได้ มาวิเคราะห์ประเมินผลและนำมาเป็นข้อมูลสรุปผลการวิจัยครั้งนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 3 แสดงขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ยื่นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลราชวิถี ได้รับการอนุมัติ วันที่ 22 เมษายน 2553 เพื่อพิจารณาว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ รูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ระหว่างทำการวิจัย โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาลงรหัสและตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา เป็นต้น นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ สถิติ Independent t-test
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ สถิติ Paired t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตาราง ประกอบด้วยคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด แสดงในตารางที่ 4-5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต แสดงในตารางที่ 6-9

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
ชาย	4	20.0	4	20.0	4	20.0
อายุ						
60-69 ปี	11	55.0	8	40.0	19	47.5
70-79 ปี	7	35.0	11	55.0	18	45.0
80 ปี ขึ้นไป	2	10.0	1	5.0	3	7.5
สถานภาพสมรส						
โสด	4	20.0	4	20.0	8	20.0
คู่	10	50.0	8	40.0	18	45.0
หม้าย	4	20.0	6	30.0	10	25.0
หย่า	1	5.0	-	-	1	2.5
แยก	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ศาสนา						
พุทธ	19	95.0	20	100.0	19	95.0
คริสต์	1	5.0	-	-	1	5.0
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง						
น้อยกว่า 1 ปี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
1 ปี	1	5.0	3	15.0	4	10.0
2 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
3 ปี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
4-5 ปี	14	70.0	12	60.0	26	65.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนชนิดยาที่ใช้						
1 ชนิด	1	5.0	1	5.0	2	5.0
2 ชนิด	6	30.0	9	45.0	15	37.5
3 ชนิด	9	45.0	6	30.0	15	37.5
4 ชนิด	4	20.0	4	20.0	8	20.0
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	15.0	4	20.0	7	17.5
ประถมศึกษา	14	70.0	14	70.0	28	70.0
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	1	5.0	2	10.0	3	7.5
อนุปริญญา/เทียบเท่า	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	1	5.0	-	-	1	2.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.0	-	-	1	2.5
สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน						
ไม่ได้ทำงาน	11	55.0	10	50.0	21	52.5
ข้าราชการบำนาญ	-	-	2	10.0	2	5.0
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	2	10.0	-	-	2	5.0
รับจ้าง	4	20.0	2	10.0	6	15.0
อื่น ๆ	3	15.0	6	30.0	9	22.5
ที่มาของรายได้						
จากการประกอบอาชีพปัจจุบัน	4	20.0	6	30.0	10	25.0
บำเหน็จบำนาญ	-	-	2	10.0	2	5.0
เบี้ยยังชีพ	20	100.0	18	90.0	38	95.0
ลูกหลาน	11	55.0	9	45.0	20	50.0
เงินเก็บ เงินออม ค่าเช่า ดอกเบี้ย	1	5.0	2	10.0	3	7.5
อื่น ๆ	4	20.0	1	5.0	5	12.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้โดยเฉลี่ย						
น้อยกว่า 5,000 บาท	5	25.0	9	45.0	14	35.0
5,001-10,000 บาท	9	50.0	5	25.0	14	35.0
10,001-15,000 บาท	1	5.0	3	15.0	4	10.0
15,001-20,000 บาท	2	10.0	1	5.0	3	7.5
20,001-25,000 บาท	2	10.0	1	5.0	3	7.5
25,001 บาท ขึ้นไป	-	-	1	5.0	1	2.5
รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย หรือไม่						
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	9	45.0	12	60.0	21	52.5
เพียงพอ และเหลือเก็บ	8	40.0	5	25.0	14	35.0
ไม่เพียงพอ	2	10.0	2	10.0	4	10.0
ไม่เพียงพอ และเป็นหนี้	1	5.0	-	-	1	2.5
อาหารที่รับประทานมีรสเค็ม เช่น น้ำปลา กะปิ						
ไม่เคยรับประทานเลย	3	15.0	4	20.0	7	17.5
รับประทานเป็นครั้งคราว	9	45.0	9	45.0	18	45.0
รับประทานบ่อย	6	30.0	6	30.0	12	30.0
รับประทานเป็นประจำ	2	10.0	1	5.0	3	7.5
อาหารที่รับประทานมีไขมันสูง เช่น อาหารผัด ทอด เนื้อสัตว์						
ไม่เคยรับประทานเลย	-	-	2	10.0	2	5.0
รับประทานเป็นครั้งคราว	11	55.0	10	50.0	21	52.5
รับประทานบ่อย	6	30.0	5	25.0	11	27.5
รับประทานประจำ	3	15.0	3	15.0	6	15.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
พฤติกรรมสูบบุหรี่						
ไม่เคยสูบ	19	95.0	18	90.0	27	67.5
ปัจจุบันสูบ	1	5.0	-	-	1	2.5
เคยสูบ	-	-	2	10.0	2	5.0
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เหล้า, เบียร์, ฯลฯ)						
ไม่เคยดื่ม	17	85.0	16	80.0	23	57.5
ปัจจุบันดื่ม	1	5.0	-	-	1	2.5
เคยดื่ม	2	10.0	4	20.0	6	15.0

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุในช่วงระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 45 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 4 ปี-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 รับประทานยารักษาความดันโลหิตจำนวน 2 ชนิด และ 3 ชนิด เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 ในปัจจุบันไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 52.5 มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ คิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคือจากลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และประมาณ 5,001-10,000 บาท จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 52.5 รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา กะปิ เป็นครั้งคราว คิดเป็นร้อยละ 45 รับอาหารที่รับประทานมีไขมันสูง เช่น อาหารผัดทอด เนื้อสัตว์ เป็นครั้งคราว คิดเป็นร้อยละ 52.5 ไม่เคยสูบบุหรี่และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เหล้า เบียร์ ฯลฯ) คิดเป็นร้อยละ 92.5, 82.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=40)

ระดับ ความเครียด	N	\bar{X}	S.D	t-test	df	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	20	22.40	5.471			
				.835	19	.414
หลังการทดลอง	20	21.60	6.012			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	20	24.75	5.720			
				7.402	19	.000*
หลังการทดลอง	20	14.85	5.204			

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 22.40 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 21.60 เมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 24.75 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 14.85 เมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และลดระดับจากความเครียดระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อยไปเป็นระดับเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ระดับ ความเครียด	N	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	20	22.40	5.471			
กลุ่มทดลอง	20	24.75	5.720	-1.328	38	.192
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	20	21.60	6.012			
กลุ่มทดลอง	20	14.85	5.204	3.796	38	.001*

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 22.40 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 24.75 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 21.16 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 14.85 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง

ระดับ ความดันโลหิต ตัวบน	\bar{X}	S.D	t-test	df	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	147.20	9.73	-.198	38	.844
กลุ่มทดลอง	147.85	10.975			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	141.55	12.976	3.147	38	.003*
กลุ่มทดลอง	128.30	13.646			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 147.20 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน 147.85 มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 141.55 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 128.30 มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาทดสอบด้วยเปรียบเทียบโดยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ ความดันโลหิต ตัวล่าง	\bar{X}	S.D	t-test	df	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	78.75	10.784	-1.780	38	.083
กลุ่มทดลอง	84.10	8.026			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	83.35	12.529	2.758	38	.009*
กลุ่มทดลอง	73.70	9.376			

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 78.75 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง 84.10 มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 83.35 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 73.70 มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับ ความดันโลหิต ตัวบน	\bar{X}	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	147.20	9.731			
หลังการทดลอง	141.55	12.976	1.615	19	.123
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	147.85	10.974			
หลังการทดลอง	128.30	13.636	5.421	19	.000*

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 147.20 มิลลิเมตรปรอท และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 141.55 มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 147.85 มิลลิเมตรปรอท และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 128.30 มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-Test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนภายหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับ ความดันโลหิต ตัวบน	\bar{X}	S.D	t-test	df	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	78.75	10.784			
หลังการทดลอง	83.35	12.529	-1.362	19	.189
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	84.10	8.026			
หลังการทดลอง	73.70	9.376	3.551	19	.002*

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 78.75 มิลลิเมตรปรอท และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 83.35 มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 84.10 มิลลิเมตรปรอท และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 73.70 มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างภายหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟร่วมกับการให้ความรู้ ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิต ที่มารับการตรวจรักษาที่ ห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือน เมษายน 2553 ถึงเดือน ตุลาคม 2553

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ Primary Care Unit (PCU) แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 โดยไม่จำกัดเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น
2. ไม่มีภาวะหลงลืมหรือสมองเสื่อม คัดกรองโดยใช้ แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination) อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีความดันโลหิตอยู่ในระดับ Grade 1 hypertension (mild) คือ Systolic BP อยู่ในช่วง 140-159 มม.ปรอท และ Diastolic BP อยู่ในช่วง 90-99 มม.ปรอท หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
4. มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป คัดกรองโดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2541)
5. เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก คัดกรองโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index)
6. กลุ่มตัวอย่างต้องมีเครื่องเล่นแผ่นซีดี
7. ไม่เคยได้รับการฝึกการผ่อนคลาย
8. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกันโดยกำหนดเกณฑ์การเลือกจับคู่เข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม (matched pair) โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1. เพศเดียวกัน

2. อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี
2. ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของหลอดเลือดแดง (Mean Arterial Pressure: MAP) แตกต่างกันไม่เกิน 5 มม.ปรอท
3. ยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มเดียวกัน
4. มีความเครียดอยู่ในระดับเดียวกัน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
 - 1.1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination)
 - 1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index)
2. เครื่องมือที่ใช้การทดลอง ได้แก่
 - 2.1 โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟพร้อมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 สื่อที่ใช้ในการสอน ได้แก่ ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย แผนการสอนเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.3 คู่มือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่
 - 3.1 แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย
 - 3.2 แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน
4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 4.2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2553 ถึง เดือน ตุลาคม 2553 ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลหัวหน้าห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือ

3. ผู้วิจัยสำรวจผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจจากห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน คือ เพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงแตกต่างกันไม่เกิน 5 มม.ปรอท ยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มเดียวกัน มีความเครียดอยู่ในระดับเดียวกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทุกรายมายังสถานที่จัดเตรียมไว้สำหรับทำกิจกรรม โดยรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จแล้ว จึงดำเนินการในกลุ่มทดลองต่อไป

4. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ๗ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ หลังการเข้าร่วมโครงการ

5. นำข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มควบคุม

1.1 สัปดาห์ที่ 1

1.1.1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจ ที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วยซึ่งนำหนัก วัดความดันโลหิตและตรวจชีพจร ผู้วิจัยสำรวจข้อมูล แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.1.2 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการสนทนาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั่วไป และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมิน ADL และแบบประเมินความเครียด

1.1.3 กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์

1.1.4 พยาบาลประจำห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ได้และคำแนะนำหลังพบแพทย์เกี่ยวกับวันนัดและการเตรียมตัวก่อนตรวจครั้งต่อไป

1.1.5 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง นิ่งรอรับยา

1.1.6 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ 5 เพื่อเยี่ยมบ้าน วัดความดันโลหิต และทำแบบประเมินความเครียด

1.2 สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง พูดคุย ชักถามโดยทั่ว ๆ ไป ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียด และให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียด และความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยมอบแผ่นซีดีบันทึกเสียงแนะนำการฝึกผ่อนคลาย และคู่มือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2. กลุ่มทดลอง

2.1 สัปดาห์ที่ 1

2.1.1 ผู้วิจัยสำรวจข้อมูล แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ขณะมาตรวจที่ห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.1.2 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการสนทนาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั่วไป และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมิน ADL และแบบประเมินความเครียด

2.1.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์

2.1.4 พยาบาลประจำห้องตรวจประกันสุขภาพ PCU หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ได้และคำแนะนำหลังพบแพทย์ เกี่ยวกับวันนัดและการเตรียมตัวก่อนตรวจครั้งต่อไป

2.1.5 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างนิ่งรอรับยา

2.1.6 ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ เป็นห้องที่เงียบสงบ เหมาะในการฝึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้ง

2.1.7 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวิธีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ

2.1.8 เปิดแผ่นซีดีบันทึกเสียงแนะนำการฝึกผ่อนคลายของ สมบัติ ตาปัญญา (2526) และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับผู้วิจัยตามคำแนะนำจากเทป

2.1.9 อภิปรายร่วมกันถึงผลและปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ ให้กำลังใจผู้ป่วย

2.1.10 ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

2.1.11 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความรู้สึก และปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งพูดคุย ชี้แนะ และให้กำลังใจ ในการดูแลตนเอง ให้ความรู้เพิ่มเติม

2.1.12 ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ตรวจชีพจรและอัตราการหายใจ ภายหลังจากการฝึก และให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินการผ่อนคลาย

2.1.13 ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนกลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.1.14 ผู้วิจัยมอบแผ่นซีดีบันทึกเสียง แนะนำการฝึกผ่อนคลาย คู่มือการฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบโพรเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย และแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านให้กลุ่มทดลองไปฝึกที่บ้าน โดยเน้นให้ฝึกตามแผ่นซีดีบันทึกเสียงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เมื่อครบ 1 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 2-4 รวม 3 ครั้ง และแจ้งว่าจะติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5

2.2 สัปดาห์ที่ 2

2.2.1 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สอบถามความพร้อมของผู้ป่วยก่อนพูดคุยและซักถามเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านหรือข้อสงสัย ที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ เพื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง

2.2.2 ผู้วิจัยจะสรุปผลที่ได้จากการพูดคุย แล้วให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที แล้วนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3

2.3 สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 และโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ในการโทรศัพท์ติดตามครั้งสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยได้นัดผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมบ้าน โดยปฏิบัติกิจกรรมเหมือนการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1

2.4 สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง พูดคุย ซักถามโดยทั่ว ๆ ไป ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ฯ และขอข้อมูลจากแบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุในช่วงระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 45 และนับถือศาสนาพุทธคิด เป็นร้อยละ 95 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 4 ปี - 5 ปี ร้อยละ 65 รับประทาน ยารักษาความดันโลหิตจำนวน 2 ชนิด และ 3 ชนิดเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.5

2. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนความเครียด

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต

3.1 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุ แขนงผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดภายหลังการทดลองต่ำกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ลดจาก 24.75 คะแนน ไปเป็น 14.85 คะแนน ลดลงไป 9.9 คะแนน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการผ่อนคลายลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hypothalamus ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจลดลงและลดความเครียดได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; Kneisl, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลทิพย์ แก้วดา (2546) ที่ศึกษาผลของการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผลการทดลอง พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความเครียดลดลง เมื่อเทียบกับก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ความรู้ ซึ่งเป็นการสอนที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์การสอนและการประเมินผล ต้องมีการค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ฝึกฝนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยอาศัยหลักในการสอน รูปแบบการสอน ตลอดจนการใช้สื่อในการสอนที่เหมาะสม (Knowles, 1980; Eggenberger & Huntly, 1999) การให้ความรู้อย่างมีแบบแผน จะทำให้ได้รับความรู้ที่ชัดเจน ครอบคลุม เกิดการเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ลัดดา อะโนศรี, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช ศรีตระบุตร (2545) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีผสมผสานและการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้จากกลุ่ม ผลการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ซีพจร การหายใจ ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มก่อนเข้าพบแพทย์ โดยพยาบาลประจำห้องตรวจประกันสุขภาพ ให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหัวใจ การออกกำลังกาย หรือการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยพยาบาล หลังผู้ป่วยพบแพทย์ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด เป็นต้น ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ถึงแม้จะพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดต่ำลงกว่าก่อนการทดลองจาก 22.40 คะแนน ไปเป็น 21.60 คะแนน โดยลดลงไป 0.80 คะแนน ซึ่งลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากมีประชาชนมาใช้บริการเป็นจำนวนมากในแผนกผู้ป่วยนอกทำให้แพทย์และพยาบาลต้องทำงานหนัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่

สามารถซักถามข้อสงสัย และมีความกังวลเกี่ยวกับการตรวจประกอบกับบางครั้งคำแนะนำที่ได้ไม่สอดคล้อง หรือไม่สามารถนำไปปฏิบัติหรือประยุกต์เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ (โสภิตา ชันแก้ว, 2546)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยสูง แขนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนลดจาก 147.85 มม.ปรอท ไปเป็น 128.30 มม.ปรอท ลดลงไป 19.55 มม.ปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างลดจาก 84.10 มม.ปรอท ไปเป็น 73.10 มม.ปรอท ลดลงไป 10.40 มม.ปรอท ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวคิดเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟเป็นการลดความตึงเครียดทางสรีรวิทยา การผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยทำให้มีการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ระดับความดันโลหิตลดลงและลดความเครียดได้ และทำให้ความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก เป็นการช่วยให้บุคคลจำแนกถึงความแตกต่าง ระหว่างความรู้สึกเกร็งของกล้ามเนื้อกับความรู้สึกผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ครอบคลุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ มือ แขน ศีรษะ หน้า คอ ไหล่ หน้าอก ท้อง ส่วนหลัง หน้าขา น่อง เท้า (สมบัติ ตาปัญญา, 2526; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) สอดคล้องกับของ Dusek et al. (2008) พบว่า ศึกษาการจัดการความเครียดกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ความดันโลหิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกผ่อนคลายความดันโลหิตตัวบนลดลง 9.4 มม.ปรอท และความดันโลหิตตัวล่างลดลง 1.5 มม.ปรอท ส่วนในกลุ่มควบคุมที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตพบว่าความดันตัวบนลดลง 8.8 มม.ปรอท และความดันตัวล่าง ลดลง 2.4 มม.ปรอท ถึงแม้ว่าทั้ง 2 กลุ่มจะมีความดันโลหิตตัวบนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า สอดคล้องกับ นวลทิพย์ ทูวิรัตน์ (2544) ที่ศึกษา ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อกับการฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ลดลงไป 26.21 มม.ปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงไป 24.00 มม.ปรอท และการให้ความรู้เป็นวิธีที่ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เกิดการเรียนรู้วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟอย่างเหมาะสม โดยฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ที่ละส่วนตามคำแนะนำในสคริปการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟและมีคู่มือผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งมีการประเมินภาวะผ่อนคลายที่เกิดขึ้นขณะฝึก อภิปรายผลร่วมกันถึงปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกและให้การยกย่องชมเชย เพื่อให้เกิดกำลังใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป และให้ผู้ป่วยได้ไปฝึกเองที่บ้าน พร้อมกับให้บันทึกการฝึกลงในแบบบันทึกทุกครั้ง เป็นการบันทึกความก้าวหน้าและปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ส่วนการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลการปฏิบัติและปัญหาอุปสรรคในการฝึกของผู้ป่วย เพื่อจะได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย (สุนันทา บุญรักษา, 2548)

ผู้วิจัยยังได้โทรศัพท์ติดตาม ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม (Shu, Mermina & Nystrom, 1996) ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งละ 10-15 นาที จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ เนื่องจากการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นระบบที่ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ช่วยในการติดตามอาการ การประเมินและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น (วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวรัตน์ สมเพชร และคณะ (2549) ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะกลุ่มทดลองเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน และผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการบริการช่วยเหลือผู้ป่วย ตรวจสอบอาการเจ็บป่วย ช่วยเหลือให้การพยาบาล ติดตามโรคต่าง ๆ เพื่อตรวจสอบสถานภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย (วราพร วันไชยธนวงศ์, 2552) และเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมักจะมีการใช้ยาจำนวนมาก ดังนั้นจึงควรมีการประเมินการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในบ้านที่อาจ จะถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุหรือเด็ก รวมทั้งประเมินร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อการดูแลนั้น ๆ เกินความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะดูแลผู้ป่วยได้ (พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลณิกา ศรีวงค์วรรณ (2547) ที่ศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดียุติโทษ พบว่า ค่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดียุติโทษ หลังได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ คือ พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน โดย ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ลดลงไป 5.56 มม.ปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง เพิ่มขึ้นไป 4.60 มม.ปรอท อาจเป็นเหตุผล เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันนั้น พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองจะเป็นผู้ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลในกรณีที่ผู้ป่วยมีการซักถาม หรือในผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จึงทำให้บางรายมีความดันโลหิตลดลงด้วย ส่วนในผู้ที่มีแนวโน้มว่าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจเนื่องมาจากมีประชาชนมาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก การให้ความรู้หรือคำแนะนำในขณะที่อยู่โรงพยาบาลมีระยะเวลาค่อนข้างจำกัด เนื้อหาที่จำเป็นอาจจะไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่สามารถจำเนื้อหาที่แนะนำได้ทั้งหมดภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยถูกจำกัดไปด้วย คำแนะนำที่ได้รับจึงไม่สามารถนำไปปฏิบัติหรือประยุกต์เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ (โสภิตา ชันแก้ว, 254; สุนันทา บุญรักษา, 2548; Buls, 1995)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิต มีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟอย่างถูกวิธี ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พร้อมได้รับการให้กำลังใจและการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะเกิดการส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ มีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟอย่างถูกวิธี มีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้คลายความเครียดและความดันโลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรนำโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ขณะนั่งรอก่อนรับการตรวจ หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดความดันโลหิตและลดความเครียด

2. ด้านการเรียนการสอน พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรมีความรู้ความเข้าใจในหลักการ การปฏิบัติ สามารถสอนและถ่ายทอดแก่ผู้ที่สนใจ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาและฝึกปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนนำไปใช้ และควรมีการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนก่อน เพื่อสามารถปรับกิจกรรมในโปรแกรมให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

3. ด้านการศึกษาวิจัย โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก เป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเครียด ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและลดความดันโลหิตร่วมกับการใช้ยา ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในการนำไปประยุกต์ใช้ ในกลุ่มประชากรวัยอื่น หรือสถานที่ อื่น ๆ รวมทั้งขยายระยะเวลาในการติดตามผลให้นานขึ้น เพื่อดูความคงทนของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก มีผลต่อการลดความเครียดและควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี ซึ่งนับเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. การสอนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก สถานที่ค่อนข้างคับแคบ ไม่สะดวกในการสอนกลุ่มตัวอย่าง จึงควรเลือกห้องที่จะสอนหรือสถานที่ให้คำแนะนำที่สะดวกและมีขนาดกว้างเพียงพอต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ เป็นวิธีการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ค่อนข้างมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุเพราะไม่ต้องออกแรงมาก ช่วยคลายเครียด และช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ แต่ควรคำนึงถึงความแตกต่างและความหลากหลายในแต่ละบุคคล ที่อาจมีวิธีการเรียนรู้และการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน จึงควรใช้ความพยายามและประยุกต์ใช้วิธีการต่าง ๆ ให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล

3. ในการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเพื่อเป็นการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและได้เห็นถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ได้รู้จัก เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น แต่อาจจะมี ความยากลำบากในการเข้าถึงผู้ป่วยในบางคนที่ต้องการความเป็นส่วนตัวสูง ดังนั้นสิ่งสำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

4. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ อาจเพิ่มการทดลองเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผลการวิจัยนี้มีความน่าเชื่อถือ และมีความชัดเจนขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กัณนิกา ศรีวงศ์วรรณ. (2547). การศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพต่อการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคดีในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี. (2552). **สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.**
กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลราชวิถี กระทรวงสาธารณสุข.

จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และรัชนี เมฆมณี. (2550). **เภสัชวิทยา เล่ม 1.** (พิมพ์ครั้งที่ 4).

กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี. (2550). **สุขภาพจิต.** สงขลา: นำศิลป์โฆษณา.

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช .(2545). **ความเครียด ความวิตก กังวล และ
สุขภาพ.** เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2546). โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ,
ตำราอายุรศาสตร์ 4. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

จันทนา รณฤทธิชัย. (2548). พยาธิสรีรภาพของการไหลเวียนเลือด. ใน ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ
คณะ บรรณาธิการ, **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล.** (พิมพ์ครั้งที่ 6).
กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

ทิตนา เขมมณี. (2545). **กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน.**

กรุงเทพมหานคร: นิซินแอดเวอร์ไทซิ่ง กรุ๊ป.

นงค์เยาว์ ภูริพัฒน์กุล วิลาวรรณ ทิพย์มิ่งคล และกาญจนา วงษ์เสียง. (2550). ผลการให้ความรู้
ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกพีเมอร์หักระยะพักฟื้น.
สงขลานครินทร์เวชสาร. 25(1): 19-27.

นงนุช ศรีตระบุตร. (2545). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีผสมผสานและ
การฝึกผ่อนคลายต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นพดล เวชสวัสดิ์. (2548). **บุคลิกภาพสู่ความเป็นผู้นำ = Leadership Development**. กรุงเทพมหานคร: ส. เอเชียเพรส (1989).
- นวลทิพย์ ทวีรัตน์. (2544). **ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
นรรัตน์ สมเพชร และคณะ. (2549). ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา
ลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 25(2): 89-97.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2547). **ความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. ใน วิไลพั วไล และ
ชาญชาญ ดีโรจนวงศ์ บรรณาธิการ, **Hypertension 2004 Preserve target organs
damage from hypertension**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูง
แห่งประเทศไทย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญศรี นุกฤต ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา และคณะ. (2545). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. นนทบุรี:
ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ประกิจ วาทีสาธกกิจ. (2551). **พิษของบุหรี่: ภัยที่พึงระวัง ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ และคณะ
บรรณาธิการ, การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ**. กรุงเทพมหานคร:
มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประโยชน์ บุญสินสุข. (2544). **รีเฟล็กซ์โซโลยี: วิธีทางสู่สุขภาพที่ดีขึ้น**. กรุงเทพมหานคร:
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**.
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนครีเอชั่น.
- ปราณี ทัพพะเวระ. (2550). **คู่มือยา Handbook of Drugs**. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: N P
Press Limited Partnership.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2543). **คู่มือการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม**.
(พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. (2547). **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
พ.ศ. 2546**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร. เจ.เอส.การพิมพ์.
- พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์. (2547). **การเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Home
visit by family physician)**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www.elearning.medicine.
swu.ac.th/.../1home-visit-by-family-physician.doc](http://www.elearning.medicine.swu.ac.th/.../1home-visit-by-family-physician.doc), [10 ตุลาคม 2553]

- ไพเราะ ผ่องโชค สมบูรณ์ จัยวัฒน์ และเฉลิมศรี นันทวรรณ. (2550). **การพยาบาลอนามัยชุมชน**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฑาทอง.
- มารยาท รุจิวิทย์. (2548). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ**. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- ราตรี มณีขัติย์. (2550). **ผลของการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิทยาชัยเชียงใหม่.
- รัชนี้ ศรีหิรัญ. (2544). **ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังษฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2547). **ความดันโลหิตสูงกับภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน วิไล พัวิไล และ ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ บรรณาธิการ, Hypertension 2004 Preserve target organs damage from hypertension**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ. (2548). **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ลัดดา อะโนศรี. (2545). **ผลของการให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโลหิตจางอะพลาสติก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา ชนะพลพัฒน์. (2548). **ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลทิพย์ แก้วถา. (2546). **ผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ใบไผ่ปิดแผลต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิทยาชัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). **โภชนาบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง**. สงขลา: โรงพิมพ์ خانเมือง.

- วิไล พัววิไล และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2547). Hypertension 2004 Preserve target organs damage from hypertension. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- วิไล พัววิไล. (2549). Hypertension 2006. ใน สมศักดิ์ ลัพธิกุลธรรม สุดสวาท เลหาวิณีจ ทัศนีย์ กิตอำนวยพงษ์ กำธร ลีลามะลิ และสูงชัย อังธารารักษ์ บรรณาธิการ, **อายุรศาสตร์ 2006 Current Concepts and Update Treatment (1)**. กรุงเทพมหานคร: ชีตีพรีนธ์.
- วราพร วันไชยธนวงศ์. (2552). **การให้บริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care**. เชียงใหม่: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). หลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา. ใน สุภาพร ชินชัย วรรณนิภา บุญระยอง และจันัญญา ปัญญาณี, **หลักเบื้องต้นทางกิจกรรมบำบัด**. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริณี บันคำ สรัญญา มาลาโรจน์ สุวารภรณ์ จิตต์พลีชีพ และธัญญาณัฐ น้อยก้อม. (2543) **รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียดกับ ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง**. เชียงราย: โรงพยาบาลป่าแดด.
- ศิริพันธ์ุ สาสต์ย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธาณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2541). **ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธาณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2546). **คู่มือคลายเครียด**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข .
- สาธาณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). **การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2548). แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ. **Evidence - based clinical practice guideline ทางอายุรกรรม 2548**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2544). ยามืดลดความดันโลหิต. ใน วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ. **คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรม: ดัชนีค้นหาชื่อยา พ.ศ. 2544**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมคิด อิศระวัฒน์. (2543). **การสอนผู้ใหญ่**. กรุงเทพมหานคร: จรัลสนิทวงศ์ การพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง, **ใน หนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: ชุมชน สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมบัติ ตาปัญญา. (2526). **คู่มือคลายเครียด ความรู้เรื่องความเครียด การป้องกันและแก้ไข**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เจริญบุญการพิมพ์.
- สมพร เตรียมชัยศรี. (2546). การเฝ้าระวังตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์. ใน สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, **การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). **ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สว่างจิตต์ จันทร์. (2544). **ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา เอมอัมธรรม. (2543). ประสบการณ์การเรียนรู้การสอนแบบใช้ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์. ใน **อำพร ไตรภักทร บรรณาธิการ, การคิดวิเคราะห์วิจารณ์**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุจินดา ริมศรีทอง สุดาพรรณ ัญญาจิรา และอรุณศรี เตชัสหงส์. (2550). **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สุจินดา ริมศรีทอง สุดาพรรณ ัญญาจิรา และอรุณศรี เตชัสหงส์. (2551). **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา คำพอ. (2540). การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์. ใน **ชนิตา มณีวรรณ บรรณาธิการ, คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน**. กรุงเทพมหานคร: บรรณศิลป์พรินติ้ง.

- สุนันทา บุญรักษา. (2548). **ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟร่วมกับ การติดตามเยี่ยมบ้านต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล วนิดา พุ่มไพศาล และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2545). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. **วารสารสวนปรง**. 13: 1-20.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตีร์ตรง. (2549). **การบริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care Service**. (พิมพ์ครั้งที่ 2).สงขลา; ชานเมืองการพิมพ์.
- โสภิตา ชันแก้ว. (2546). **การศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). **การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2542). **การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). รายงานการวิจัย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชาติ สุนทรธรรม์. (2547). การดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่. ใน วิไล พัววิไล และ ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ บรรณาธิการ, **Hypertension 2004 Preserve Target Organs Damage from Hypertension**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- อรรถัย ศักดิ์สูง. (2543). **การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างทฤษฎี แอนดราโกจี (Andragogy) ของ มัลคอล์ม โนลส์ กับวิธีการสอนในหลักสูตรผู้บริหารสถานศึกษา ระดับสูงของสถาบัน พัฒนาผู้บริหารการศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อักษร สวัสดิ์. (2542). **ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย : กรณีศึกษาในเขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร**. ภาควิชาปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- Aiken, L. H., and Henrich, T. F. (1971). Systematic relaxation as a nursing intervention technique with open heart surgery patients. **Nursing Research**. 20(3): 212-217.

- Aviv, A., and Aviv, H. (1999). Telomeres and essential hypertension. **American Journal of Hypertension**. 11: 427-432.
- Benson, H., Kotch, J. B., and Crassweller, K. D. (1977). The relaxation response: A bridge between psychiatry and medicine. **Medical Clinic of North America**. 61(4): 929-938.
- Bertrand, W. (2007). A stepped diagnostic examination for nonpharmacological treatment of people with hypertension. **Journal of the Council on Nutrition of the American Chiropractic Association**. 30(1): 26-31.
- Bullock, B. L., and Rosendahl, P. P. (1992). **Pathophysiology adaptation and alterations in function**. (3rd ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Buls, P. (1995). The effect of home visit on anxiety levels of client with a coronary artery bypass graft and of the family. **Home Healthcare Nurse**. 13(1): 22-29.
- Buttran, C., and Wright, J. (2006). Perspective on the new terminology and definition of hypertension and intervention with lifestyle measures. in Raymond, R., and Emile, R. M. **Advanced therapy in hypertension and vascular disease**. Canada: Bc Decker.
- Davidyan, A. (2007). **The role of the nervous system in blood pressure**. [Online] Available from <http://www.severehypertension.net/hbp/>, [3 June 2009]
- Dossey, B. M., and Guzzetta, C. E. (1992). Biobehavioral interventions. In B. M. Dossey and C. E. Guzzetta. **Cardiovascular nursing: Holistic practice**. St. Louis: Mosby.
- Dusek, J. A., et al. (2008). Stress management versus lifestyle modification on systolic hypertension and medication elimination. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**. 14(2): 129-138.
- Ebersole, P., and Hess, P. (2005). **Towards health aging**. (6th ed). Mosby: Affiliate of Elsevier.
- Eggenberger, S. K., and Huntleg, M. I. (1999). Envisioning health care using a story Teach process with contrinuing education participant. **The Journal of Continuing Education in Nursing**. 30(6): 246-266.
- Fields, L. E., Burt, V. L., Cutler, J. A, Hughes, J., Roccella, E.J., and Sorlie , P. (2004). The burden of adult hypertension in the United States 1999 to 2000: A rising tide. **Hypertension**. 44(4): 398-404.

- Gasperin, D., Netuveli, G., Dias-da-Costa, J. S., and Pattussi, P. M. (2009). Effect of psychological stress on blood pressure increase: A meta-analysis of cohort studies. *Stress and Hypertension*. 25(4):715-726.
- Good, C. V. (1973) *Dictionary of Education*. New York : McGraw Hill.
- Graham, L. E. and Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patient. *Nursing Research*. 20(2): 113-122.
- Huang, J., Wildman, R. P., Gu, D., Muntner, P., Su, S., and He, J. (2004). Prevalence of isolated systolic and isolated diastolic hypertension subtypes in China. *American Journal of Hypertension*. 17: 955-962.
- Jacob, R. G., and Pelham, W. H. (2000). Behavior therapy. In B. J. Sadock and W. A. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry: Volume II*. 7th ed. Philadelphia: Lippicott Williams and Wilkins.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, E. (1976). *You must relaxation*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Jelovsek, F. R. (2009). Weight gain, fluid retention and the pill. [Online] Available from <http://www.wdxcyber.com/ncontr11.htm>, [30 May 2010]
- Khan, M. G. (2006). *Encyclopedia of heart diseases*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kneisl, C. R. (1996). Stress management. In H. S. Wilson and C. R. Kneisl (Eds.). *Psychiatric Nursing*. (5th ed). (pp. 696-710). California: Addison-Wesley.
- Knowles, M. S. (2005). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. (6th ed). Boston: Elsevier.
- Lazarus, S., and Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Mathur, R. K. (2010). Role of diabetes, hypertension, and cigarette smoking on atherosclerosis. *Journal of Cardiovascular Disease Research*. 1(2): 64-68.
- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. (2002). *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adult (Adult Treatment Panel III)*. Maryland; NHLBI.
- Ohkubo, T., Kikuya, M., Metoki, H., Asayama, K., Obara, T., Hashimoto, J., Totsune, K.,

- Hoshi, H., Satoh, H., and Imai, Y. (2005). Prognosis of “masked” hypertension and “white-coat” Hypertension Detected by 24-th ambulatory blood pressure Monitoring. **Journal of the American College of Cardiology**. 46(3): 508-515.
- O’ Malley K, McCormack P, O’ Brien E. (1988). Isolated systolic hypertension: Data from the european working party on high blood pressure in the elderly. **J Hypertens**. 6: S105-S108.
- Panagiotakos, D., Lionis, C., Anastasiou, F., Zeimbekis, A., Lioliou, E., Tsiligianni, I., Papoutsou, S., Vlysmas, K., Metallinos, G., and Polychronopoulos, E. (2008). Prevalence of risk factors for cardiovascular disease by socio-economic status among the elderly from Mediterranean islands. **CVD Prevention and Control**. 3: 153–162.
- Parks, R. (2007). **High blood pressure (Hypertension)**. [Online] Available from <http://health.yahoo.com/bloodpressure-overview/high-blood-pressure-hypertension/healthwise>, [26 May 2010]
- Peters, J., Kubzansky, L., McNeely, E., and Schwartz, J. (2007). Stress as a potential modifier of the impact of lead levels on blood pressure: The normative aging study. **Environment Health Perspectives**. 115 (August): 1154-1159.
- Rice, R. (2000). Telecaring in home care: Making a telephone visit. **Geriatric Nursing**. 21(1): 56-57.
- Salonen, P. H., Arola, H., Nygard, C., and Huhtala, H. (2008). Long-term associations of stress and chronic disease in ageing and retired employees. **Psychology Health and Medicine**. 13(1): 55-62.
- Selye, H. (1976). **The stress of life**. New York: Mcgraw-hill book.
- Shu, E., Mermina, Z., and Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for Elderly home care clients after discharge. **Home Healthcare Nurse**. 14(3): 155-161.
- Snyder, M. (1998). Progressive muscle relaxation. **Complementary / alternative Therapies in Nursing**. (3rd ed). New York: springer.
- Strandberg T.E., Salomaa V.V., Vanhanen H.T., et al. (2002). Isolated diastolic hypertension, pulse pressure, and mean arterial pressure as predictors of mortality during a follow-up of up to 32 years. **Journal of Hypertension**.

20(3):399–404.

Steptoe , A., and Marmot, M. (2005). Impaired cardiovascular recovery following stress predicts 3-year increases in blood pressure. **Journal of Hypertension**.

23(3): 529-536.

Swales, J. D. (1994). **Textbook of hypertension**. Great Britain: Blackwell.

The seventh report of the Joint National Committee on Prevent, Detect, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (2003). The Joint National Committee 7

Report. **JAMA**. 289: 2560-2572.

Titlebaum, H. (1988). Relaxation. In Zahourek, R. P. **Tool for the therapeutic communication and intervention**. Philadelphia: W.B. Saunders: 28-52.

Tucker, S. P., Canobbio, M. M., Paquette, E. V., and Wells, M. F. (1996). **Patient care standards collaborative practice planning guides**. (6th ed). United States of America: Von Hoffmann.

Varon, J. (2008). Treatment of acute severe hypertension current and newer agents. **Drugs**. 68 (3): 283-297.

Vogele, C. (2002). Psychosomatic pathway to essential hypertension: The combined effect of anger and family history of cardiovascular disorders on cardiovascular reactivity. **Internal Congress Series**. 1241. 87-89.

Walker, C. E. (1981). Relaxation training. In **Clinical procedures for behavior therapy**. San Diego: Prentice-Hall. 64-80.

World Health Organization-International Society of Hypertension. (1999). Guidelines for the management of hypertension. **J Hypertens**. 17: 151-183.

Wong, J. and Wong, S. (2005). Evidence-based care for the elderly with isolated systolic hypertension. **Nursing and Health Sciences**. 7: 67-75.

Wong, K. W., Wong, F. K. Y. (2005). Effect of nursing-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Advanced Nursing**. 49 (2): 210-222.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

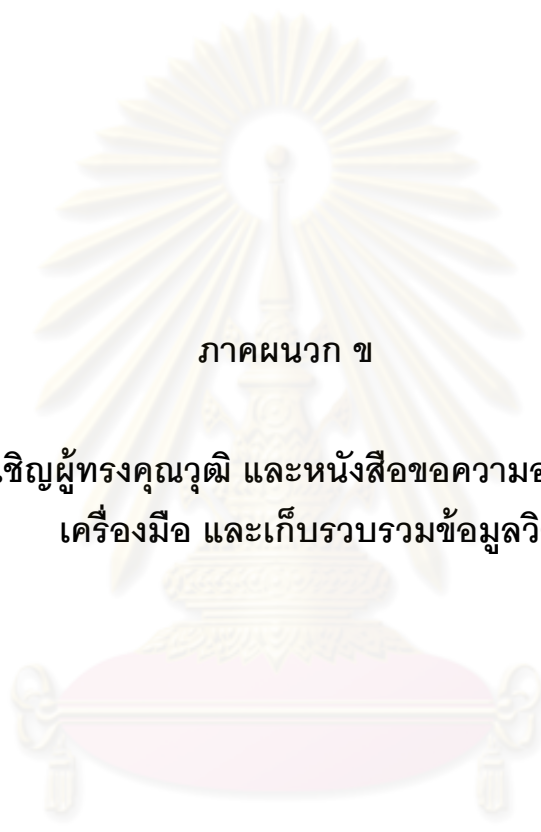
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด
1. นพ. วีระ นิยมวัน	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (นายแพทย์ 10 ด้านสาธารณสุข) กรมอนามัย
2. นพ.ปรีวัตร เพ็งแก้ว	นายแพทย์ 7 งานโรคหัวใจ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
3. ผศ. ดร.พิชญภรณ์ มุลศิลป์	อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นาง วราภรณ์ เกตุศรีเมฆ	หัวหน้าห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี เลขานุการคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและ จริยธรรมองค์กร โรงพยาบาลราชวิถี

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้
เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0312



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑ มีนาคม 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ วีระ นิยมวัน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชาติ จุติตรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตยสารสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นายชาติ จุติตรี โทร. 08-9772-3485

ที่ ศษ 0512.11/0๓๓๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชาติ จูติตรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพรเกรสซีฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ ปรีวัตร เพ็งแก้ว นายแพทย์ 7 งาน โรคหัวใจ กลุ่มงานอายุรศาสตร์
2. นางวราภรณ์ เกตุศรีเมฆ หัวหน้าห้องตรวจจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ ปรีวัตร เพ็งแก้ว และนางวราภรณ์ เกตุศรีเมฆ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นายชาติ จูติตรี โทร. 08-9772-3485



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/0442

วันที่ ๑ มีนาคม 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มุลศิลป์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชาติ จุติตรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโทรเกรสตีฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นายชาติ จุติตรี โทร. 08-9772-3485



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/0472

วันที่ 9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชาติ จุติตรี นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นายชาติ จุติตรี โทร. 08-9772-3485

ที่ ศธ 0512.11/01003



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
๗ มีนาคม 2553

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ
ที่ 1053
รับ วันที่ 7 มี.ย. 2553
เวลา 14.30 น.

10501
2 มี.ย. 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นายชาติ จูติตรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ห้องตรวจโรคอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน แบบบันทึกข้อมูลทางกายภาพของผู้ป่วยระหว่างฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับผู้วิจัย แผนการสอนเรื่อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนการสอนเรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คู่มือ เรื่อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และภาพพลิก เรื่อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายชาติ จูติตรี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

① 1. ระเบียบ ระเบียบของคณะกรรมการบริหาร
เห็นโปรดทราบ

2. เห็นการเสนอของกลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ ไม่จําเป็น

นายชาติ จูติตรี

-5 มี.ย. 2553

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ประธานคณะกรรมการระเบียบวิธีวิจัย

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

นายชาติ จูติตรี โทร. 08-9772-3485 ② สำนึกใจ = สำนึกบุญคุณ

ขอแสดงความนับถือ

Dr. Chanaporn

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ภาคผนวก ค

เอกสารจริยธรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/0416



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๖ มีนาคม 2553

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นายชาติรี จุติตรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเรสตีฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นายชาติรี จุติตรี โทร. 08-9772-3485

**เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี**

รหัสโครงการวิจัยที่ 53069
เอกสารเลขที่ 069 /2553

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟพร้อมกับการให้
ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
แผนกผู้ป่วยนอก”

(ภาษาอังกฤษ) “EFFECTS OF PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PROGRAM
WITH GIVING KNOWLEDGE ON STRESS AND BLOOD PRESSURE IN
HYPERTENSIVE ELDERLY PATIENTS, OUT PATIENT DEPARTMENT”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นายชาติรี จูดีตรี
ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 22 เดือน เมษายน พ.ศ. 2553 และจะรับรองโครงการการวิจัยเป็นระยะเวลา
2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ เมื่อวันที่ 22 เดือน เมษายน พ.ศ. 2555

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลงนาม

(รศ.คณิศร พ.ศ.ด.ม. ราชวิถี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



ลงนาม

(นางวารุณี จินารัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination)

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL

Index)

2. เครื่องมือที่ใช้การทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.2 สื่อที่ใช้ในการสอน ได้แก่ ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย แผนการสอนเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.3 คู่มือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย

3.2 แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

4.2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตน

เลขที่.....

วันที่.....

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ โดยเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริงของท่านมากที่สุดโดยในแต่ละข้อ ขอให้ตอบเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. ID

2. เพศ

 ชาย หญิง

3. อายุปี

4. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่า แยก

5. ศาสนา

 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆโปรดระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/เทียบเท่า อนุปริญญา/เทียบเท่าปริญญาตรี/เทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี

7. สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน

 ไม่ได้ทำงานข้าราชการบำนาญ เกษตรกรรม ประกอบธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง ช่วยธุรกิจครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง อื่นๆโปรดระบุ.....

8. รายได้โดยเฉลี่ย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 จากการประกอบอาชีพปัจจุบัน

จำนวน..... บาท/ เดือน

 บำเหน็จบำนาญ

จำนวน..... บาท/ เดือน

2. แบบประเมินการผ่อนคลาย

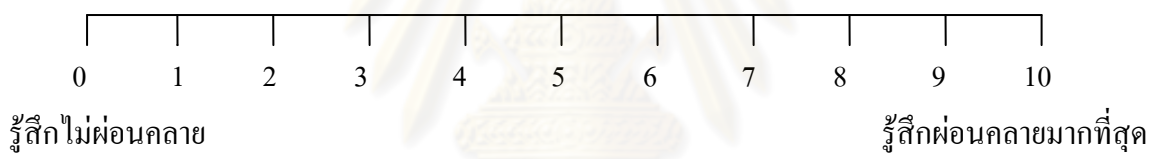
วันที่.....

เริ่มเปิดเทปเวลา.....

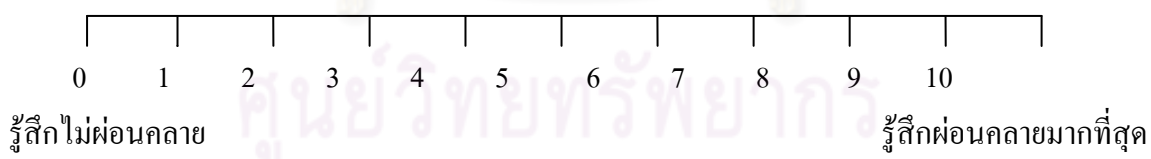
ชื่อผู้ปฏิบัติ.....

การประเมินโดยใช้ความรู้สึกล่วงหน้าของผู้ปฏิบัติการผ่อนคลายก่อนและหลังการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ โดยใช้มาตรวัดการประเมินค่าด้วยตนเอง (visual analog scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน มีความยาว 10 เซนติเมตร ปลายซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 0 มีความหมายว่า ไม่รู้สึกผ่อนคลาย ปลายด้านขวาสุดแทนคะแนน 10 คะแนน มีความหมายว่า ผ่อนคลายมากที่สุด อาการหรือความรู้สึกล่วงหน้าที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละครั้ง เช่น ด้านจิตใจ รู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง คลายกังวลความคิด ไม่สับสน ไม่หงุดหงิด ไม่กลัว ด้านอารมณ์ อารมณ์เย็นขึ้น สบายใจ เป็นสุข ด้านร่างกาย ปวดเมื่อยตัวน้อยลง ไม่ปวดไม่ตึงที่แขน ขา หลัง หัว

คำชี้แจง เส้นตรงข้างล่างนี้เป็นมาตรวัดความรู้สึกล่วงหน้าการผ่อนคลาย กรุณาขีดเส้นในแนวตั้ง (|) ทับลงบนมาตรวัด ตามความรู้สึกล่วงหน้าของท่านก่อนการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ



คำชี้แจง เส้นตรงข้างล่างนี้เป็นมาตรวัดความรู้สึกล่วงหน้าการผ่อนคลาย กรุณาขีดเส้นในแนวตั้ง (|) ทับลงบนมาตรวัดตามความรู้สึกล่วงหน้าของท่านภายหลังการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพพลิกประกอบการสอน

เรื่อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



จัดทำโดย

นายชาติรี จุติตรี

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

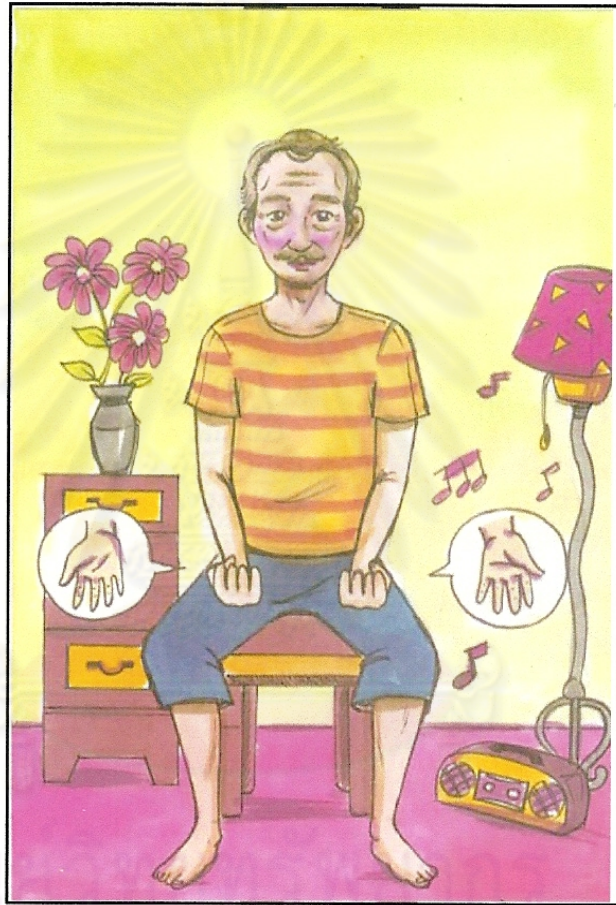
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพรเกรสสิฟ
สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



โดย

นายชาติร์ จุติตรี

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
โรคความดันโลหิตสูง	1
ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง	2
ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ	3
อาการและอาการแสดง ของโรคความดันโลหิตสูง	9
ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะภายในร่างกาย	10
การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเองสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	13
การฟ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โพรเกรสสิฟ	18
การฝึกฟ่อนคลายที่ดีควรจะทำนึ่งถึงประเด็นต่อไปนี้	19
ขั้นตอนการฟ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โพรเกรสสิฟ	21
วิธีการฝึกฟ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โพรเกรสสิฟ	22
เอกสารอ้างอิง	

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคความดันโลหิตสูง



ความดันโลหิต หมายถึง ความดันของเลือดต่อผนังของเส้นเลือดแดง เกิดขึ้นจากการที่หัวใจสูบฉีดให้เลือดไหลไปตามหลอดเลือดเพื่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความดันโลหิตค่าที่วัดได้มี 2 ค่า คือ

ระดับความดันโลหิตตัวบน หมายถึง ความดันโลหิตที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ค่าที่วัดได้คือเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงแรกจากการปล่อยแรงบีบ

ระดับความดันโลหิตตัวล่าง หมายถึง ความดันโลหิตที่เกิดจากหัวใจห้องด้านล่างซ้ายคลายตัว ค่าที่วัดได้คือเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงสุดท้ายก่อนที่จะเงียบหายไป

ความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตที่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120/80 มิลลิเมตรปรอท

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ในขณะพัก หรือในวาระที่ต่างกัน 1 - 2 สัปดาห์



การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสตีฟ

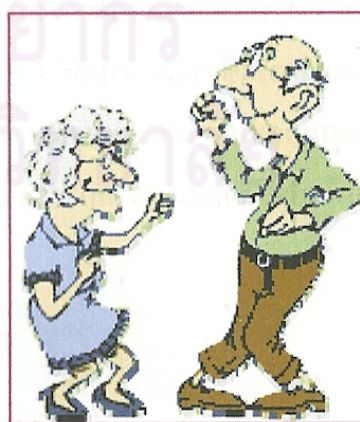


การผ่อนคลาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพที่ปราศจากความกดดันทั้งจากทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม โดยปราศจากความตึงเครียด และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสตีฟ เป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน เป็นเทคนิคการผ่อนคลายวิธีหนึ่งที่มีหลักสำคัญคือ ให้มีการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละมัด เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็งกับการผ่อนคลาย เมื่อได้รับการฝึกอย่างสม่ำเสมอ ผู้ฝึกสามารถรู้ตนเองได้ทันทีเมื่อกกล้ามเนื้อเกิดเกร็งขึ้นมา และจะสามารถควบคุมให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อได้

วัตถุประสงค์ การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจลดลง และสามารถนำมาใช้ในการลดความเครียดได้

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสตีฟ ซึ่งการสอนฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อครอบคลุมกล้ามเนื้อ บริเวณ เท้า น่อง ต้นขา มือ แขน ต้นแขน หัวไหล่ หน้าอก หน้าท้อง คอ หน้าผาก คิ้ว ตา แก้ม และปาก ตามลำดับ ซึ่งต้องปฏิบัติ พร้อมกับ กำหนด จิต อารมณ์ ให้สงบนิ่ง พังจิตตรงจุดที่เกร็ง และคลายให้นานพอ จึงจะควบคุมความดันโลหิตได้





ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงการจับคู่ตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค และจำนวนชนิดของยา รักษาความดันโลหิตสูง

คู่ที่	เพศ	อายุ		ระยะเวลาเป็นโรค		ชนิดของยา	
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	หญิง	66	67	1	1	2	2
2	หญิง	73	77	3	5	2	2
3	หญิง	68	69	2	2	3	2
4	หญิง	61	69	5	5	3	2
5	หญิง	71	74	5	5	4	3
6	หญิง	72	74	3	3	3	3
7	หญิง	65	70	5	5	3	3
8	หญิง	61	61	5	5	4	4
9	หญิง	61	61	5	5	2	2
10	หญิง	68	62	5	5	3	3
11	หญิง	63	63	5	5	4	3
12	หญิง	69	75	5	4	2	2
13	หญิง	67	75	5	5	3	4
14	หญิง	82	80	3	3	4	4
15	หญิง	62	64	5	5	3	4
16	ชาย	74	76	4	3	2	2
17	ชาย	73	71	5	5	3	2
18	หญิง	78	78	5	5	3	2
19	ชาย	78	72	2	2	1	1
20	ชาย	84	81	5	5	2	3

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1.	30	36	31	13
2.	18	22	20	18
3.	22	24	22	9
4.	24	18	30	16
5.	35	31	37	27
6.	20	22	22	12
7.	20	21	23	11
8.	24	18	30	18
9.	19	18	21	8
10.	22	16	24	19
11.	19	24	20	10
12.	35	29	36	13
13.	19	27	19	7
14.	22	18	25	14
15.	18	17	22	19
16.	16	14	18	9
17.	19	17	21	21
18.	22	18	24	15
19.	27	28	31	17
20.	17	14	19	21

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP
1.	158	75	142	115	145	80	143	84
2.	137	70	138	73	153	83	131	82
3.	146	74	130	72	139	86	115	67
4.	135	98	147	97	138	82	132	78
5.	158	78	164	85	160	100	153	62
6.	143	68	123	76	149	100	120	72
7.	145	69	125	77	142	69	124	69
8.	145	86	139	80	139	77	140	56
9.	152	82	156	80	145	77	135	82
10.	145	64	152	97	129	79	124	71
11.	166	85	113	67	137	79	106	78
12.	128	76	133	67	155	82	139	77
13.	165	100	157	100	137	71	140	78
14.	143	80	155	72	161	90	114	61
15.	146	82	146	80	140	88	120	70
16.	141	62	138	97	155	86	114	62
17.	141	82	139	85	148	90	117	75
18.	145	65	155	74	159	87	124	87
19.	158	92	135	85	150	90	156	92
20.	147	87	144	88	156	86	119	71

ตารางที่ 13 แสดงการเข้าพบผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มควบคุม

คนที่	เข้าพบที่โรงพยาบาล	เยี่ยมบ้าน
1	27 เม.ย.53	25 พ.ค. 53
2	4 พ.ค. 53	1 มิ.ย. 53
3	4 พ.ค. 53	1 มิ.ย. 53
4	17 พ.ค. 53	14 มิ.ย. 53
5	17 พ.ค. 53	14 มิ.ย. 53
6	24 พ.ค. 53	21 มิ.ย. 53
7	7 มิ.ย. 53	6 ก.ค. 53
8	7 มิ.ย. 53	6 ก.ค. 53
9	14 มิ.ย. 53	12 ก.ค. 53
10	14 มิ.ย. 53	12 ก.ค. 53
11	22 มิ.ย. 53	20 ก.ค. 53
12	22 มิ.ย. 53	20 ก.ค. 53
13	22 มิ.ย. 53	20 ก.ค. 53
14	23 มิ.ย. 53	21 ก.ค. 53
15	23 มิ.ย. 53	21 ก.ค. 53
16	29 มิ.ย. 53	28 ก.ค. 53
17	6 ก.ค. 53	3 ส.ค. 53
18	6 ก.ค. 53	4 ส.ค. 53
19	14 ก.ค. 53	11 ส.ค. 53
20	14 ก.ค. 53	11 ส.ค. 53

ตารางที่ 14 แสดงการเข้าพบผู้ป่วย โทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มทดลอง

คนที่	เข้าพบที่ โรงพยาบาล	โทรศัพท์ติดตาม	โทรศัพท์ติดตาม	โทรศัพท์ติดตาม	เยี่ยมบ้าน
1	2 ส.ค. 53	9 ส.ค. 53	16 ส.ค. 53	23 ส.ค. 53	30 ส.ค. 53
2	2 ส.ค. 53	9 ส.ค. 53	16 ส.ค. 53	23 ส.ค. 53	30 ส.ค. 53
3	9 ส.ค. 53	16 ส.ค. 53	23 ส.ค. 53	30 ส.ค. 53	6 ก.ย. 53
4	9 ส.ค. 53	16 ส.ค. 53	23 ส.ค. 53	30 ส.ค. 53	6 ก.ย. 53
5	11 ส.ค. 53	18 ส.ค. 53	25 ส.ค. 53	1 ก.ย. 53	8 ก.ย. 53
6	11 ส.ค. 53	18 ส.ค. 53	25 ส.ค. 53	1 ก.ย. 53	8 ก.ย. 53
7	16 ส.ค. 53	23 ส.ค. 53	30 ส.ค. 53	6 ก.ย. 53	14 ก.ย. 53
8	17 ส.ค. 53	24 ส.ค. 53	31 ส.ค. 53	7 ก.ย. 53	14 ก.ย. 53
9	17 ส.ค. 53	24 ส.ค. 53	31 ส.ค. 53	7 ก.ย. 53	14 ก.ย. 53
10	18 ส.ค. 53	25 ส.ค. 53	1 ก.ย. 53	8 ก.ย. 53	15 ก.ย. 53
11	19 ส.ค. 53	25 ส.ค. 53	1 ก.ย. 53	8 ก.ย. 53	16 ก.ย. 53
12	19 ส.ค. 53	25 ส.ค. 53	1 ก.ย. 53	8 ก.ย. 53	16 ก.ย. 53
13	23 ส.ค. 53	30 ส.ค. 53	6 ก.ย. 53	13 ก.ย. 53	20 ก.ย. 53
14	23 ส.ค. 53	30 ส.ค. 53	6 ก.ย. 53	13 ก.ย. 53	20 ก.ย. 53
15	30 ส.ค. 53	6 ก.ย. 53	13 ก.ย. 53	20 ก.ย. 53	27 ก.ย. 53
16	7 ก.ย. 53	14 ก.ย. 53	21 ก.ย. 53	28 ก.ย. 53	5 ต.ค. 53
17	7 ก.ย. 53	14 ก.ย. 53	21 ก.ย. 53	28 ก.ย. 53	5 ต.ค. 53
18	15 ก.ย. 53	22 ก.ย. 53	29 ก.ย. 53	6 ต.ค. 53	13 ต.ค. 53
19	15 ก.ย. 53	22 ก.ย. 53	29 ก.ย. 53	6 ต.ค. 53	13 ต.ค. 53
20	29 ก.ย. 53	6 ต.ค. 53	13 ต.ค. 53	20 ต.ค. 53	27 ต.ค. 53

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม วิธีการคลายเครียดที่ใช้
(n=40)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการคลายเครียดที่ใช้						
นอนหลับ	6	30.0	5	25.0	11	27.5
ออกกำลังกาย	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ฟังวิทยุ	4	20.0	5	25.0	9	22.5
อ่านหนังสือ	-	-	2	10.0	2	5.0
ดูทีวีอยู่กับบ้าน	7	35.0	6	30.0	13	32.5
นั่งสมาธิ	-	-	1	5.0	1	2.5
อื่นๆ	1	5.0	-	-	1	2.5

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการคลายเครียดโดยดูทีวีอยู่กับบ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาคือ การนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 27.5

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ (n=40)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ						
1. การออกกำลังกายไม่เป็นรูปแบบ- การทำงาน เช่น งานที่ใช้แรงอย่าง หนัก (ก่อสร้าง ทำไร่ ทำนา ยกของ) งานที่ใช้แรงปานกลาง (เดินขาย ของ ทำงานบ้าน)	5	25.0	4	20.0	9	22.5
2. การออกกำลังกายเป็นรูปแบบ- การ เล่นกีฬาชนิดต่าง ๆ เช่น เต้นแอโรบิค วิ่ง เดินไกล เป็นต้น	4	20.0	7	35.0	11	27.5
3. ไม่ได้ออกกำลังกาย	4	20.0	3	15.0	7	17.5
4. การออกกำลังกายไม่เป็นรูปแบบ- การทำงาน และการออกกำลังกาย เป็นรูปแบบ- การเล่นกีฬาชนิดต่าง ๆ	7	35.0	6	30.0	13	32.5

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เป็นรูปแบบ-การทำงานและเป็นรูปแบบ-การเล่นกีฬา คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาคือมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นรูปแบบ-การเล่นกีฬาชนิดต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 27.5

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม บุคคลในครอบครัวมีผู้ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือหรือไม่ (n=40)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลในครอบครัวมี						
ผู้ป่วยด้วยโรคความดัน						
โลหิตสูง						
ไม่มี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
มี	14	70.0	14	70.0	28	70.0
- บิดา	1	5.0	4	20.0	5	12.5
- มารดา	5	25.0	4	20.0	9	22.5
- สามี/ภรรยา	4	20.0	5	25.0	9	22.5
- ลูก	2	10.0	-	-	2	5.0
- อื่น ๆ	2	10.0	1	5.0	3	7.5
เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมี						
ผู้ดูแล หลักในการ						
ช่วยเหลือหรือไม่						
ไม่มีผู้ดูแลหลัก	1	5.0	-	-	1	2.5
มี	19	95.0	20	100.0	39	97.5
- คู่สมรส	6	30.0	9	45.0	6	60.0
- ลูก	8	40.0	5	25.0	8	20.0
- หลาน	4	20.0	4	20.0	4	10.0
- เพื่อนบ้าน	1	5.0	-	-	1	2.5
- อื่น ๆ	-	-	2	10.0	2	5.0

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 70 โดยเป็นมารดาและสามี/ภรรยาเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.5 และผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคิดเป็นร้อยละ 97.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือลูก คิดเป็นร้อยละ 20

แนวคำถามที่ใช้ในการโทรศัพท์ติดตาม

1. “สวัสดีครับ ผมนายชาติรี จุติตรี คุณ.....สะดวกจะพูดโทรศัพท์ขณะนี้ไหมครับ”
2. “สบายดีหรือเปล่าครับ”
3. “วันนี้คุณ....ออกกำลังกายหรือฝึกผ่อนคลายตามแผ่นซีดีที่แนะนำการฝึกผ่อนคลายหรือ
ยังครับ” “รู้สึกผ่อนคลายไหมครับ” “รู้สึกยังไงบ้างนะครับหลังผ่อนคลาย” “ได้บันทึกใน
แบบประเมินการผ่อนคลายด้วยไหมครับ” “สัปดาห์นี้ฝึกผ่อนคลายกี่ครั้งแล้วครับ”
4. “คุณ....รับประทานอาหาร (เช้า กลางวัน เย็น) หรือยังครับ” “รับประทานอะไรบ้างครับ”
“อย่ารับประทานอาหารที่มีรสเค็ม รสมัน รสหวานจัดมากนักนะครับ”
5. “นอนหลับดีไหมครับ” “ช่วงนี้มีอะไรที่ทำให้ไม่สบายใจหรือเปล่าครับ”
กรณีที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะพูดชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้
ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง แต่กรณีที่ปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยจะ
หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขร่วมกันกับผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม ก่อนสิ้นสุดการ
โทรศัพท์ผู้วิจัยจะสรุปผลที่ได้จากการพูดคุย และให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป ดังนี้
6. “คุณ.....คิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ปฏิบัติไม่ได้ครับ”
7. “คุณ....มีข้อสงสัยที่จะให้ผมแนะนำเพิ่มเติม ไหมครับ”
8. “สัปดาห์หน้า วัน...เวลา....ผมขออนุญาตโทรศัพท์มาหาอีกนะครับ” “ขอบคุณมากครับ”
“สวัสดีครับ”

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายชาติรี จุติตรี เกิดเมื่อ วันที่ 27 กรกฎาคม 2518 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลเทคนิค จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีธัญญา เมื่อปีการศึกษา 2539 และสำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2541 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหนัก โรงพยาบาลราชวิถี



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย