

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาโดยขอแนะนำหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของ โอร็ม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด)
4. ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง
5. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ ซึ่งการดูแลเป็นผลรวมจากประสบการณ์สิ่งแวดล้อมและความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง และบุคคลต้องทราบก่อนว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านั้นจะเกิดผลประโยชน์อย่างไร และสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้หรือไม่ การดูแลตนเองเป็นกระบวนการหนึ่ง ซึ่งบุคคลตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรค ตลอดจนเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองจะดีหรือไม่เพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 1991 : 117)

Orem (1991 : 117) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย และตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคร้าย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

Pender (1982) อ้างในอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545 : 17) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

Levn and Smit (1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตนเองและเพื่อตนเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นคว้าโรค และการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

Steiger and Lipson (1985) ให้ความหมายว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็มคือ

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด

2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ

3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการการเกิดโรค

4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว

5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ในแนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิดความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับในแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญ เพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายของการกระทำคือการดูแลตนเองที่จำเป็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

กล่าวโดยรวมแล้วความสามารถในการดูแลตนเองจึงหมายถึงศักยภาพในการปฏิบัติเพื่อตอบสนอง
ให้บรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณสมบัติอันซับซ้อนของบุคคล
ที่มีศักยภาพในการสนองต่อความต้องการการดูแลตามกระบวนการของชีวิต เพื่อคงไว้และ
ส่งเสริมให้โครงสร้างร่างกายสามารถทำหน้าที่ มีพัฒนาการและก่อให้เกิดความผาสุก เป็น
ความสามารถที่จะกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Orem, 1991 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536 :
31-36) โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับประกอบด้วย

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำกิจกรรมต่างๆอย่างจงใจ (Deliberate Action) ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงเพียงการกระทำเพื่อการดูแลตนเองเท่านั้น การที่บุคคลมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆได้ต่างกัน เนื่องจากบุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานเหล่านี้แตกต่างกันปัจจัยที่ทำให้ความสามารถและคุณสมบัติของแต่ละบุคคลแตกต่างกันประกอบด้วย
กรรมพันธุ์ และสภาพร่างกาย สภาวะการณ์ สังคมและองค์กร วัฒนธรรม และประสบการณ์ในชีวิต
ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองจะต้องประกอบไปด้วย
ความสามารถและคุณสมบัติของประสาทสัมผัส คือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส
และการสัมผัส ร่วมกับความสามารถที่จะเรียนรู้ รับรู้ จดจำ และนำความรู้ไปลงมือปฏิบัติ
เป็นความสามารถและทักษะในการควบคุมภาวะอารมณ์ มีความตั้งใจและมีแรงจูงใจในการกำหนด
เป้าหมายสำหรับตนเองก่อให้เกิดความสนใจห่วงใยตนเอง เกิดความเข้าใจ และตระหนักในตนเอง
รู้สึกว่าคุณค่า ยอมรับความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายตนเองและรับรู้ความต้องการ
ของตนเอง นอกจากนั้นจะต้องมีความสามารถในการรับรู้ต่อเวลา สุขภาพ บุคคล รวมถึงเหตุการณ์
ต่างๆ เป็นต้น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components) เป็นคุณสมบัติของ
บุคคลที่จะเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เป็นการกระทำที่เฉพาะเจาะจง เพื่อการดูแล
ตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ประกอบด้วย

2.1 ความสามารถในการดำรงและการปฏิบัติดูแลตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง
และเอาใจใส่ต่อภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานของร่างกาย ให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม
และลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่จำเป็น สำหรับริเริ่ม
และลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสมบูรณ์

2.4 ความสามารถในการใช้เหตุผลและผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง คือ มีเป้าหมายเพื่อการดำรงชีวิต
สุขภาพและความผาสุก

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
ไปแล้ว

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่
เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ที่นำมาลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้

2.8 มีความสามารถและทักษะในการคิด สติปัญญา การรับรู้และมีทักษะในการ
สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลเพื่อนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ
การดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรก
การดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันได้

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-Care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับใช้ในการกระทำการดูแลตนเองทั้งหมด
ในสภาพการณ์ขณะนั้นทันที ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการดังนี้

3.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบและประเมิน
สถานการณ์ รวมถึงองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการนำไปใช้ในการดูแล
ตนเองตลอดจนประเมินถึงผลที่จะได้รับ

3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ เกี่ยวกับ
สิ่งที่สามารถกระทำหรือไม่สมควรกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติ
กิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล
ตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน
กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล
(Causal Relationship) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 47) แต่ทั้งนี้การพิจารณาความสามารถในการ
ดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวซึ่งประกอบด้วย

1. อายุ อายุจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการรับรู้ แปลความหมาย การตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เช่นในเด็กเล็ก จะยังไม่สามารถในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในขณะที่เดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ผู้สูงวัย แต่ละคน จะลดลงตามความเสื่อมของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นต้น

2. เพศ จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างเสรีภาพระหว่าง เพศชายและเพศหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทแลบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งลักษณะและวัฒนธรรมของสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำในครอบครัว ส่วนเพศหญิงจะมีบทบาทเป็นผู้ดูแลครอบครัว

3. ระยะพัฒนาการ การคำนึงถึงปัจจัยด้านระยะพัฒนาการของบุคคล จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการหรือทราบถึงระยะของการพัฒนาความสามารถของการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1991)

4. สังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ การดูแลตนเองรวมทั้งสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบในระบบสังคมวัฒนธรรมจะรวมถึงศาสนา ความเชื่อ การศึกษา และเศรษฐกิจ ศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้คนมีความเชื่อและการปฏิบัติที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นยังเป็นตัวกำหนดขนบธรรมเนียมประเพณีและกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม โดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ นอกจากนั้นระดับการศึกษาเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคคลในสังคม ที่จะส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีเหตุผล การแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งองค์ประกอบของสังคมวัฒนธรรมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ อันเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเอง (Orem & Taylor, 1989 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 52) ส่วนในเรื่องของรายได้ จะเป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและการดูแลตนเอง เพราะสภาพทางเศรษฐกิจของบุคคลจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการแสวงหาแหล่งประโยชน์ ที่เป็นปัจจัยเอื้อให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ

5. สภาพที่อยู่อาศัย แหล่งที่อยู่อาศัยของบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสได้รับความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม หรือได้รับบริการสุขภาพแตกต่างกัน เช่นผู้สูงวัยที่อยู่อาศัยในถิ่นทุรกันดารห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร

ด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขได้น้อยลง นอกจากนั้นยังมีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ ต้องพึ่งพาตนเองโดยการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อ หรือภูมิปัญญาของท้องถิ่นเป็นต้น

6. ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) หากระบบบริการสุขภาพมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตามความสามารถที่มีอย่างเต็มที่ จะเป็นพื้นฐานให้มีการพึ่งพาตนเองในสังคม นอกจากนั้นระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลและขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น สามารถมารับบริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

7. ระบบครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และสามารถนำมาช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) นอกจากนั้นครอบครัวมีบทบาทในการทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเอง ของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านปริมาณความต้องการการดูแลตนเอง และกลวิธีที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 1991) เช่นคนที่สูบบุหรี่จะต้องรู้จักวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันการได้รับสารที่เป็นอันตรายจากการสูบบุหรี่หรือการแสวงหากลวิธีเพื่อเลิกสูบบุหรี่เป็นต้น

9. แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้แตกต่างกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัตถุ สิ่งของ แหล่งข้อมูล และหากบุคคลมีศักยภาพในการเลือกบริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะทำให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปในการดำรงชีวิตตามความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเอง (Orem, 1991)

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดความสามารถในการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อ

การดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ มีความสัมพันธ์ต่อกัน คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นรากฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง หากขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจงใจและมีเป้าหมาย และไม่มีความสามารถจะลงมือปฏิบัติการ เพื่อการดูแลตนเองได้ (Gast, et al., 1989 : 26-27 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

ดังนั้นในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 305-309) จึงมีผู้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่ระดับคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการ และที่ระดับของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Gast, et al., 1989) นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่ระดับพลังความสามารถ 10 ประการ มีความเชื่อว่าการดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติการดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน เครื่องมือที่วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นของ Denyes self-Care Agency Instrumrnt : DSCAI (Denyes, 1981 cited in gast et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มในระยะแรกที่ยังไม่ได้แจกแจงพลังความสามารถ 10 ประการ ในการดูแลตนเองไว้ เมื่อแยกองค์ประกอบของพลังความสามารถ พบว่า มีองค์ประกอบเพียง 6 ด้านที่ใกล้เคียงกับพลังความสามารถใน 10 ประการของโอเร็ม และเหมาะสำหรับนำไปใช้ในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองเฉพาะของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือ Perception of Self Care Agency Questionnaire ที่สร้างโดย Hanson & Bickel (1985 cited in Gast et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง แต่มีความครอบคลุมพลังความสามารถในการดูแลตนเอง เพียง 4 ด้าน ซึ่งก็เป็นด้านที่มีความสำคัญตามแนวคิดของโอเร็ม เครื่องมือนี้มีศักยภาพในการนำมาทดสอบทฤษฎีของโอเร็มได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามการที่บุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมถึงพลังความสามารถ 10 ประการ แต่หากขาดการนำมาใช้ในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองแล้ว จะไม่เกิดการลงมือ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองในขณะที่บุคคลที่ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดี ย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะความสามารถย่อมเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ให้ใกล้เคียงกับความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงน่าจะเป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 306-307) เครื่องมือที่นักวิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองมีดังต่อไปนี้

1. The Exercise of self – Care Agency (ESCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย เคอร์นีย์ และเฟลสเซอร์ (Kearney & Fleischer cited in Fast et al., 1979) สร้างจากพื้นฐานความเชื่อว่าการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง น่าจะใกล้เคียงกับการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด เครื่องมือประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 43 ข้อ แต่จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง ตามทฤษฎีของไอริมโดยไอเซนเบิร์ก (Isenberg cited in Gast et al.) กลับพบว่า มีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ จาก 43 ข้อ ที่เป็นการวัดความสามารถในการคาดการณ์หรือวัดความสามารถในการดูแลตนเองในระดับ และมีคำถามถึง 7 ข้อที่ไม่มีความชัดเจนว่าเป็นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองในระดับใด

2. The Appraisal of Self – Care Agency scale (ASA scale) เป็นเครื่องมือที่เอเวอร์ส (Evers, 1989) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยมองว่าความสามารถในการปฏิบัติดูแลการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง (Gase et al., 1989) เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเกิต (Likert Type Scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยไอริม และผู้เชี่ยวชาญ ทฤษฎีนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 303-309) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) จากค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78-0.94

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง The Appraisal of self – Care Agency Scale (ASA) ของ Ever (1989) โดยอิงแนวคิดของไอริมและดัดแปลงบางส่วนมาจาก อภินันท์ คุตรระกุล และ อรุณรัตน์ กาญจนะ

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

อ้างอิงตามแนวคิดของไอริม

เนื่องจากลักษณะของการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นลักษณะเฉพา ผลของเจ็บป่วยกระทบในวงกว้างทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ต้องรับมือกับความไม่แน่นอนต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และปรับเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเองให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ต้องดำเนินชีวิตอยู่ได้ และเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อรักษาความมีคุณค่าของตนเองได้ ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงต้องมี

การพัฒนา ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความสามารถในการดูแลตนเองแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยต้องสนใจ ดูแลเอาใจใส่ร่างกายตนเอง ต้องมีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น มีพลังความสามารถในการดูแลตนเองนั้นคือสามารถสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานยาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ เก็บรักษายาไว้ในที่ปลอดภัย หยิบใช้ได้อย่างสะดวกและไม่หาย ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย ไม่ใช่เพียงแค่ให้มีชีวิตรอดหรือควบคุมอาหารของโรคได้เท่านั้น แต่สามารถดูแลตนเองให้สามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงกับภาวะปกติ โดยสนใจอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หรือหาวิธีที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้มีการกำเริบของโรค ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง นั่นคือต้องมีความรู้ ความสามารถ ในการคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้น ให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับการดูแลให้ตรงกับความต้องการได้ เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด ตาลาย อาจเกิดจากภาวะความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เช่น สูงกว่าปกติ ดังนั้นเมื่อมีภาวะนี้ก็สามารถทราบได้ทันที ว่าเกิดจากอะไร และสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

จากงานวิจัยในครั้งนี้อิงแนวคิดของโอเร็ม ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ระดับ คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถ ในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ นั่นคือหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ลดผลกระทบต่างๆที่อาจเกิดขึ้น และยังช่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข รู้สึกตัวเองมีคุณค่า และได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976 : 300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีผู้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยกตัวอย่าง รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมนั้น

คาห์น (Kahn, 1979 : 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรอง หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่นๆ

เช่นเดียวกับ Macgurie (1983 อ้างในชุมพร รุ่งเรือง, 2542 : 15) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึก เป็นเจตคติ เป็นกิริยาที่แสดงออกมาถึงความสนใจ เมตตา กรุณาที่ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานว่าบุคคลเหล่านั้นให้ความช่วยเหลือและเกิดเป็นเครือข่าย ของการสนับสนุนทางสังคม

ต่อมา House (1981 อ้างในสุภาลักษณ์ เขียวจำ, 2543 : 28) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการรับรู้และการประเมินตนเอง

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้าง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรู้สึกว่าได้ความรัก ความเอาใจใส่ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จะช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง และมีภาวะสุขภาพที่ดีได้

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981 อ้างใน ชุมพร รุ่งเรือง, 2542 : 25) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนไว้เป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นเครือญาติ ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง และบุคคลที่คุ้นเคยใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน คนรู้จักคุ้นเคย

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วยบุคคลหรือองค์กรที่ทำให้การดูแลที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ และบุคคลหรือองค์กรอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ ได้แก่ ครู พระ สมาคมต่างๆ แม่บ้าน เป็นต้น

ทำนองเดียวกับ Phillips (1991 อ้างในสุภาลักษณ์ เขียวขำ, 2543 : 30) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ในลักษณะเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เล็กที่สุดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพิงระหว่างบุคคลกับสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ซึ่งอาจเป็นบุคคล เช่น บุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน หรือผู้ดูแลหรือสิ่งอื่นที่อาจไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ

2. การสนับสนุนทางสังคมระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพิงระหว่างบุคคลกับกลุ่มองค์กรทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางสังคมระดับเหนือระบบ (Super System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือการพึ่งพา ระหว่างบุคคลกับระบบการสนับสนุนทางสังคมในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน

จะเห็นได้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคม เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ทีมสุขภาพ และชุมชนที่อาศัยอยู่ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อิงแนวคิดของ House ซึ่งแบ่งแหล่งสนับสนุนไว้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Schcefer, cony and Lazaru (อ้างใน ดาริกา สารบัวสวรรค์, 2540 : 25) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงความผูกพันและความรู้สึกมั่นใจ ไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ จากนั้น Pender (1996 : 257 อ้างในจักรกฤษณ์ ปัญญาพงศ์, 2541 : 19) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในการซึมเศร้า

3.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไรจึงมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3.3 การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงานเพื่อให้บุคคลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่น

3.4 การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับจะช่วยให้แต่ละบุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

เช่นเดียวกับ House (1981 อ้างในชุมพร รุ่งเรือง, 2542 : 19) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้านคือ

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้คำแนะนำให้ข้อเสนอแนะ ให้แนวทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้การรับรอง การเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่อยู่ในสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะ ให้แนวทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร

4. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrument Support) หมายถึง การให้การช่วยเหลือ ให้ตรงกับความต้องการของบุคคลในเรื่องสิ่งของ การเงินและแรงงาน

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม จะประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ จากบุคคลภายในเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากงานวิจัยในครั้งนี้ อิงแนวคิดของ House และจะแบ่งการสนับสนุนเป็น 4 ด้านได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รู้สึกการได้รับความรัก ความอบอุ่นเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับรู้ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจากบุคคลภายในเครือข่ายทางสังคมของตน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะพยายามปฏิบัติตนตาม

แผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะได้รับจากครอบครัวมากที่สุด

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย ด้วยคำพูดหรือการแสดงออก เพื่อให้ผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้ไปประเมิน เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับของเพื่อนบ้านว่าขณะนี้ดูสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นหรือแย่ลง ผู้ป่วยจะนำข้อมูลที่ได้ไปประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง เทียบกับคนอื่นว่าต่างกันอย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้จากเครือข่าย เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชนเป็นส่วนใหญ่

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับความรู้ คำแนะนำต่างๆ คำปรึกษาจากบุคคลภายในเครือข่ายทางสังคมของตนเอง โดยข่าวสารที่ได้อาจนำไปสู่การดูแลตนเองหรือแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองได้มาก ซึ่งข้อมูลในเรื่องสุขภาพผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เป็นส่วนใหญ่

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน แรงงาน และเวลา เป็นการได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และสิ่งของ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมดตามมาได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้จากครอบครัวและชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด)

ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากบุคคลต้องสัมผัสสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปัจจุบันความเครียดเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจศึกษาอย่างแพร่หลาย นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด ได้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับทฤษฎีที่แต่ละคนใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษา ซึ่งมีทั้งทฤษฎีทางสรีระวิทยา ทฤษฎีทางจิตสังคม ทฤษฎีปัญญานิยม และทฤษฎีชีวิตจิตสังคม เป็นต้น จากความแตกต่างในความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับความเครียดดังกล่าว ได้มีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้หลากหลายดังนี้

เซลเย (Selye, 1976 : 74) กล่าวถึงความเครียดว่า เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไม่เฉพาะเจาะจงต่อข้อเรียกร้อง (demand) หรือสิ่งที่มาคุกคาม(stressor) ที่มากระทำต่อบุคคลโดยข้อเรียกร้องดังกล่าวมีทั้งในด้านที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์

แอปเพลบอม (Appelbaum, 1981 : 200) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม เป็นอันตราย หรือสิ่งที่มาทำร้าย

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 21) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ที่ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือขุมกำลัง (resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าจะถูกคุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อความเป็นทุกข์

พิมลพรรณ สุวรรณ โถง (2531 อ้างอิงมาจาก วรเดช ช้างแก้ว และคณะ, 2545 : 5) ได้ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง ภาวะกดดันทางจิตใจซึ่งอาจเกิดจากการงาน การเรียน การเงิน ครอบครัว สิ่งแวดล้อม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการงานมักจะเป็นเรื่องของตำแหน่งหน้าที่ วิธีหรือหลักในการปฏิบัติตน การที่ต้องรับภาระมากเกินไป ความรับผิดชอบ หรือแม้แต่การทำงานที่ไม่เหมาะสม นิสัยเดิม

บุญวดี เพชรรัตน์ (2532 อ้างอิงมาจาก วรเดช ช้างแก้ว และคณะ, 2545 : 5) ได้ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของความเครียดนั้น อาจเป็นสิ่งกระตุ้นในทางบวกหรือทางลบก็ได้ ความเครียดจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อบุคคล เมื่อสิ่งกระตุ้นนั้นเกิดขึ้นซ้ำๆ หรือบุคคลให้ความหมายกับสิ่งกระตุ้นนั้น

สุจิต สุวรรณชีพ (2532 อ้างอิงมาจาก วรเดช ช้างแก้ว และคณะ, 2545 : 5) ได้ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง ภาวะทางจิตใจที่ตื่นตัวและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ความกดดันที่หนักหรือเกินกว่ากำลังความสามารถในยามปกติของบุคคล

มนตรี นามมงคล และ คณะ (2540 อ้างอิงมาจาก วรเดช ช้างแก้ว และคณะ, 2545 : 6) ได้ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง ภาวะที่กดดันบีบคั้นทางจิตใจ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อสิ่งที่คุกคาม เพื่อปรับร่างกาย ให้อยู่ในสภาวะสมดุลตามปกติ

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจหรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาร่วมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น โดยมีความรู้สึกไม่สบายเกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ และอาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ประเภทของความเครียด

เบล (Bell, 1977 : 136-140) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความเครียดทางด้านร่างกาย หมายถึง ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายแบ่งออกเป็น

1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (emergency stress) เกิดเมื่อร่างกายถูกคุกคามอย่างทันทีทันใด

1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (continuing stress) เกิดเมื่อร่างกายถูกคุกคามอย่างต่อเนื่อง เช่นการเปลี่ยนแปลงตามวัย

2. ความเครียดทางด้านจิตใจ หมายถึง สภาพการณ์ที่เป็นผลกระทบบังให้เกิดความคับข้องใจและขัดแย้งในจิตใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อคิดว่าจะเกิดอันตราย ซึ่งอีเกิล (Engel, 1962) ได้กล่าวถึงความเครียดทางจิตใจ (psychological stress) ว่าหมายถึงกระบวนการทั้งหมดไม่ว่าจะมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือภายในร่างกายที่เป็นเหตุให้บุคคลต้องใช้พลังจิต ในการแก้ปัญหาที่อันระบบอื่นๆของร่างกายจะลงมือทำงาน

ระดับของความเครียด

ความเครียด ที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละคนแม้จะมีสาเหตุเดียวกันก็ตามจะมีผลต่อบุคคลต่างๆ ในลักษณะที่ไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานของบุคคลแต่ละคน สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมในขณะนั้น การมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะจะช่วยผลักดันบุคคลไปสู่ความสำเร็จได้ หรือถ้ามากเกินไปก็อาจมีผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพเสื่อมได้ ซึ่งโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1987 อ้างอิงมาจากวรเดช ช้างแก้ว และคณะ, 2545 : 6) ได้กล่าวว่าความเครียดขึ้นอยู่กับความรุนแรง และระยะเวลาที่เกิดความเครียดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีผลทำให้ร่างกายมีการปรับตัวและมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป อาจเป็นอยู่ชั่วคราวหรือเป็นระยะเวลานาน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล และที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด ดังนี้ เจนิส (Janis, 1952) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 3 ระดับ

1. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) ความเครียดในระดับนี้มีน้อยและสิ้นสุดลงในระยะเวลาอันสั้นอาจนานเพียงเสี้ยววินาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องอยู่กับสาเหตุหรือเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยที่เกิดในชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัดขณะไปทำงาน การพลาดเวลานัดหมาย

2. ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) ความเครียดในระดับนี้อาจอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน รุนแรงกว่าระดับแรก ผลกระทบต่อบุคคลมีมากกว่าระดับแรก เช่น ความเครียดจากภาระงานที่หนัก ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง

3. ความเครียดระดับสูง (severe stress) ความเครียดระดับนี้จะยาวนานเป็นสัปดาห์ เป็นปี ระดับที่มีความรุนแรงมาก อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การหย่า การถูกตัดสินใจถูก หรือการเจ็บป่วยในระยะรุนแรง

Frain & Valiga (1981 อ้างในวรเดช ช้างแก้ว และคณะ, 2545 : 7) ได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ความเครียดในชีวิตประจำวัน (day to day stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต มีการปรับตัวได้ด้วยความเคยชินและอัตโนมัติ เช่น การเดินทางในสภาพการจราจรที่ติดขัด การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งคุกคามพบนานๆ ครั้ง เช่น เหตุการณ์สำคัญๆ การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน ความเครียดระดับนี้ช่วยให้บุคคลากรกระตือรือร้น ตื่นตัว ปฏิกริยาที่แสดงออกมาเป็นลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว หรือความอาย

3. ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็น ความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานานและไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว อาจมีพฤติกรรมที่แสดงออกมาในลักษณะการปฏิเสธ ก้าวร้าว พุดน้อย ซึมเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามอาจควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ เช่น ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนงาน การได้รับการผ่าตัด

4. ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) ความเครียดระดับนี้ เกิดจากบุคคลประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามอยู่ตลอดเวลา บุคคลนั้นจะหมดกำลังหรือเกิดความเบื่อหน่ายในชีวิตได้

กรมสุขภาพจิต (2541 อ้างอิงมาจากวรเดช ช้างแก้ว และคณะ, 2545 : 7) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 5 ระดับ

1. ระดับ ความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพอใจกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตที่น้อยกว่าบุคคลอื่น

2. ระดับ ความเครียดเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. ระดับ ความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน

4. ระดับ ความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียด ในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหา ความขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต สังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมการดำเนินชีวิต และสิ่งที่แสดงออกอาจเป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่า บุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติหรือความขัดแย้ง ซึ่งบุคคลพยายามจัดการหรือแก้ไขด้วยความ ล้าบาก ซึ่งทราบได้ที่ความขัดแย้งยังคงมีอยู่ ลักษณะการแสดงออกต่างๆทั้งทางร่างกายหรือจิตใจ จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต

5. ระดับ ความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลตกอยู่ในภาวะเครียด หรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดในระดับนี้ยังคงอยู่มี ต่อไปโดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด

สาเหตุของความเครียดเกิดได้จากปัจจัยต่างๆมากมาย Luckman and Sorensen (1987 อ้างอิงมาจากวเรช ช้างแก้ว และคณะ, 2545 : 8) ได้แบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็น สาเหตุให้เกิดโรคได้ 10 ปัจจัย ดังนี้

1. ด้านพันธุกรรม (genetic factors) ได้แก่การทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกาย ที่ผิดปกติ เช่น ภูมิต้านทานโรคต่ำ ทำให้เกิดโรคได้ง่าย ตลอดจนไปจนถึงโรคที่ถ่ายทอดทาง กรรมพันธุ์
2. ด้านฟิสิกส์และเคมี (physical and chemical factors) แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ
 - 2.1 อันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความร้อน รังสี
 - 2.2 อันตรายจากสภาพภายในร่างกาย เช่นภาวะหมดสติ หรือร่างกายสะสม คอเรสเตอรอลไว้มากเกินไป ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็ง เป็นต้น
 - 2.3 อันตรายจากการขาดสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เช่น สารอาหาร ออกซิเจน การสูญเสียเกลือแร่ เป็นต้น
3. ด้านจุลินทรีย์และปรสิต (microganism and parasites) เช่นจุลินทรีย์ประเภท แบคทีเรีย ไวรัส พยาธิต่างๆ เป็นต้น
4. ด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ สภาพการเจริญเติบโตที่มีการ เปลี่ยนแปลงไปตามวัย Engel (1962) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจไว้ 3 ประการคือ

- 4.1 การสูญเสียหรือกลัวว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่า หรือสิ่งที่มีความสำคัญ เช่น ภาวะสำคัญขอร่างกาย บุคคลที่เป็นที่รักใกล้ชิด บทบาททางสังคม วัตถุประสงค์ เป็นต้น
- 4.2 การได้รับอันตราย หรือกลัวว่าจะได้รับอันตราย เช่น กลัวบาดเจ็บ
- 4.3 ความคับข้องใจ เมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
5. ด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม (cultural factors) เนื่องจากสภาพทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มนุษย์จะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมนั้นได้ โดยจะต้องมีทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อที่คล้ายคลึงเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อบุคลิกภาพ
6. ด้านการเผชิญกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจ (future shock) เช่น การเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เคร่งเครียด การต้องใช้ความคิดเพื่อเลือกหรือตัดสินใจต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ที่อยู่อาศัย เรื่องอาหาร เรื่องงาน เป็นต้น
7. ด้านการอพยพ (migration) เช่น การโยกย้ายสถานที่ทำงานหรือที่พักอาศัย เป็นต้น
8. ด้านเศรษฐกิจ (economic factors) ได้แก่ฐานะความเป็นอยู่ที่ขัดสน ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านสังคม เป็นต้น
9. ด้านการประกอบอาชีพ (occupational factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ได้มีผู้ศึกษาลักษณะของอาชีพที่ก่อให้เกิดความเครียด พบว่าอาชีพที่ต้องรับผิดชอบสูง มีการแข่งขันหรือมีความซ้ำซากน่าเบื่อจะทำให้บุคคลที่ประกอบอาชีพนั้นเกิดความเครียดได้ง่าย
10. ด้านเทคโนโลยีและสังคม (stressful factors within technological societies) ได้แก่เทคโนโลยีด้านอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดปัญหาด้านมลภาวะ หรือปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้น

ผลของความเครียด

ความเครียดในระดับต่ำ และความเครียดในระยะเวลาที่ไม่นานจนเกินไปมักเป็นตัวกระตุ้น ให้บุคคลทำสิ่งต่างๆอย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกปรือที่จะแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ ภาวะต่างๆในร่างกายได้มีโอกาสที่จะรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตน มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆก็กลับจะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆมากมายดังนี้

1. ผลเสียทางด้านสรีระ

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานานๆ จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกายเป็นตัวทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เนื่องจากร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุลการทำงานของระบบต่างๆภายในก็จะบกพร่อง ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บตรงนั้นตรงนี้ หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิต (Psychosomatic Disease) เช่น หนีน้ำมีด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก โรคหอบหืด โรคแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง ผมหงอก และโรคมะเร็ง หรือทำความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตได้หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ความเครียดที่รุนแรงมากๆอาจมีผลให้บุคคลเสียชีวิตได้

2. ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่เครียด จะเต็มไปด้วยการหมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ลังเล ความระมัดระวังตัวในการทำงานเสียไป เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว หงุดหงิด ขี้โมโหง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เสรีซึม กระสับกระส่าย กระวนกระวาย คับข้องใจวิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง หมดหวัง ท้อแท้ ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมากๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

3. ผลเสียทางด้านความคิด

บุคคลจะมีกระบวนการคิด ที่นอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้ว ยังเป็นโทษกับตนเองเป็นผลให้ความเครียดยิ่งทับถมทวีคูณ ในหลายกรณีความเครียดที่เกิดขึ้นจากสภาพการแรก ที่มาคุกคาม ยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดต่อมาจากบุคคล เช่น คติวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

4. ผลเสียทางด้านพฤติกรรม

บุคคลที่มีความเครียด จะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าวไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่นทำงานได้น้อยลง และบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดินยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดผลร้ายตามมาอีก

5. ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวงจากการขาดงาน ผลการทำงานลดน้อยลง และมีประสิทธิภาพด้อยลง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ดังที่ได้กล่าวถึงผลเสียที่เกิดจากความเครียด จะเห็นได้ว่าผลเสียในแต่ละด้านของบุคคล จะเชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่ และผลเสียเหล่านี้ก็ไม่ได้กระทบกระเทือนเฉพาะบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะเครียดเท่านั้น แต่จะกระทบและส่งผลไปสู่ผู้รอบข้าง ตลอดจนสังคมโดยรวมอีกด้วย ฉะนั้นการ ค้นหา วิธีการที่จะช่วยลดความเครียดในบุคคลนั้น ย่อมจะเป็นหนทางที่จะลดผลกระทบต่างๆ ในทางที่เสียหายทั้งต่อบุคคลนั่นเองและสังคมรอบข้างได้

(Powell, 1990)

การประเมินความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะของความกดดันที่เราไม่อาจสังเกตเห็นได้ แต่เมื่อบุคคลรู้สึกเครียด จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ทาง คือ ด้านความนึกคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระ ดังนั้น เราจึงสามารถจะประเมินความเครียดโดยการวัดจากปฏิกิริยาตอบสนอง เหล่านี้ซึ่งพอสรุปได้ 4 วิธี (Lazarus, 1966 : 319-390; ศรีรัตนาศุภพิทยากุล, 2534 : 20-22) ดังนี้

1. การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self-report) เช่น การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ หรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้น และมีการหาคุณภาพของแบบทดสอบเหล่านั้น ทั้งในด้านความเที่ยง และความตรง แบบทดสอบที่ใช้กัน เช่น

แบบสอบถาม SCL-90 (Symptom Check List 90) ประกอบด้วยคำถาม 90 ข้อ ชนิด 5 สเตล ใช้วัดความผิดปกติด้านจิตใจ วัดความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย (Somyazation) อาการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไวต่อผู้อื่น อาการเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความคิดหวาดระแวง ความหลงผิดและประสาทหลอน

แบบสอบถาม CMI (Cornell Medical Index) เป็นแบบสำรวจสุขภาพจิตทั่วไป ประกอบด้วยข้อความใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 195 ข้อในแบบสอบถามจะถามถึงภาวะทางจิต คือ จะถามภาวะความเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้า ความรู้สึกโกรธ และความรู้สึกเครียด ซึ่งเป็นประเภทการวัดอาการแสดงเจ็บป่วยทางจิต

แบบสำรวจ HOS (Health Opinion Survey) เป็นแบบสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพกาย มีข้อความจำนวน 20 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางร่างกาย จำนวน 18 ข้อ อีก 2 ข้อถามเกี่ยวกับจิตใจที่แสดงออกถึงผลของการปรับตัวเกี่ยวกับความเครียด

2. การใช้เทคนิคการฉายภาพ (Projective Techniques) เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้ เป็นการฉายภาพของบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่น แบบทดสอบรอร์ชัค (Rorschach) แบบทดสอบ TAT (Thematic Apperception) การวัดโดยวิธีนี้ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล ซึ่งได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษ

3. การใช้การสังเกต (Observation) เราสามารถจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียด เช่น พุดจาเกรี้ยวกราด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง หรือสังเกตจากภาษาท่าทาง เช่น ถอนหายใจบ่อยๆ สีหน้า แหวงตา น้ำเสียง หรือท่าทาง เป็นต้น

4. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Neurophysiological change) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้น ของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

ภาวะสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพร่างกาย กายและจิตใจที่มีความสัมพันธ์กันสิ่งที่เป็นผลกระทบต่อร่างกายมักจะมีผลต่อจิตใจและสิ่งที่เป็นผลต่อร่างกายด้วยเช่นกัน (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541 อ้างอิงมาจาก ธนิกานต์ เชื้อนดิน, 2545 : 2) การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายย่อมก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคคลนั้น ขณะเดียวกันความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะมีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย (Lazalus & Flokman, 1984 : 21) ผู้ที่มีภาวะของโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการเหล่านี้จะส่งผลทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีอาการแปรปรวนง่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพ และปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้ และมองโลกในแง่ร้าย

อาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง จะจดจ่อเอาใจใส่ต่ออาการที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว อ่อนเพลีย ทำให้บุคคลที่เป็นโรคมักมีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะแปลผลในทางที่ถูกคุกคาม ทำให้ต้องระมัดระวัง กลัวว่าจะมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น วิตกกังวลครุ่นคิดพะวงกับอาการของตนเอง บางคนมีอาการกระสับกระส่าย คิดมาก นอนไม่หลับ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและอาจจะเป็นปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (ธนิกานต์ เชื้อนดิน, 2545 : 22)

ความบกพร่องทางสังคม เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับชีวิตประจำวันในสังคมในผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง มักมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บางครั้งทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่นได้ ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ทำให้เป็น คนเก็บตัว แยกตัว ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ จะก่อให้เกิด ความเครียดมากยิ่งขึ้น มองโลกในทางลบ หงุดหงิดและโมโหง่าย อันจะส่งผลต่อสุขภาพจิต และ อาจเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

โรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง ความดันของเลือดแดงซึ่งวัดค่าออกมาเป็นหน่วยของมิลลิเมตรปรอท เป็นค่าที่แสดงถึงสภาพการไหลเวียนและปริมาณเลือดที่ไหลไปสู่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) เป็นความดันสูงสุดในหลอดเลือดแดง ในขณะที่หัวใจบีบตัว แล้วดันเลือดเข้าสู่หลอดเลือดแดงเอออร์ตา (aorta) เป็นค่าความดันโลหิตที่บอกระดับความสามารถ ในการยืดขยายของผนังหลอดเลือดแดงขณะรับเลือดจากหัวใจในช่วงหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) เป็นความดันต่ำสุดในหลอดเลือดแดงในขณะที่หัวใจคลายตัว ซึ่งแสดงถึงภาวะที่มีปริมาณเลือดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจพัก และบ่งชี้ถึงค่าแรงต้านต่อการบีบตัวของหัวใจในการส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกาย ถ้ามีค่าสูงจะแสดงถึงภาวะที่หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อเอาชนะความต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น (ชนิกานต์ เชื้อนดิน, 2545 : 5)

การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงนั้นมีความแตกต่างกันเล็กน้อยเกี่ยวกับเกณฑ์ในการวินิจฉัยและการแบ่งระดับความดันโลหิตสูง ที่น่าสนใจมีดังนี้

1. การวินิจฉัยตามองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee, 1999 อ้างในชนิกานต์ เชื้อนดิน, 2545 : 5) ได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงและการประเมินความรุนแรงของโรค ดังนี้

1.1 ความดันโลหิตระดับปกติ (normal) คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ / หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

1.2 ความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (mild hypertension) คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ / หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90-99 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตสูงระดับก้ำกึ่ง (subgroup borderline hypertension) มีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140-149 มิลลิเมตรปรอท และ / หรือ ความดันไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90-94 มิลลิเมตรปรอท

1.3 ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (moderate hypertension) คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 160-179 มิลลิเมตรปรอท และ / หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 100 – 109 มิลลิเมตรปรอท

1.4 ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (severe hypertension) คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท และ / หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ส่วนความดันโลหิตสูงชนิดที่มีความดันซิสโตลิกสูงเพียงค่าเดียว (isolated hypertension) คือมีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ / หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยได้กำหนดการประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไว้ 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะใดเลย

ระยะที่ 2 ตรวจพบหัวใจซ้ายโต มีหลอดเลือดแดงของเรตินาแคบลง หรือมีหน้าที่ของไตเสียปานกลาง

ระยะที่ 3 มีการทำลายของหัวใจ สมอง ไตและหลอดเลือดหลังลูกตา ดังนั้นประวัติการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะสามารถบอกได้ว่าอวัยวะใดถูกทำลายไปบ้างแล้ว

2. การวินิจฉัยตามสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health, 1997) สถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้กำหนดระดับความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดดังนี้

นิยาม	ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	< 130	< 85
สูงกว่าปกติ	130 - 139	85 - 89
ความดันโลหิตสูง		
ชั้นที่ 1	140 - 159	90 - 99
ชั้นที่ 2	160 - 175	100 - 109
ชั้นที่ 3	>180	> 110

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้คำจำกัดความตามการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ ผู้มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท

สาเหตุและกลไกการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน และที่เหลือประมาณร้อยละ 10 ที่ทราบสาเหตุชัดเจน (Sarafino, 1997) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้ระบุสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension or essential hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งไม่ทราบสาเหตุการเกิดชัดเจนแต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความอ้วน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม ไขมันและโคเลสเตอรอลสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์และความเครียด ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบได้ประมาณร้อยละ 90 (Sarafino, 1997 อ้างใน ชนิกานต์ เชื้อนดิน, 2545 : 35) ความดันโลหิตสูงชนิดนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้โดยการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา
2. ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของอวัยวะหรือระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ไต ระบบต่อมไร้ท่อในผู้ที่เบาหวาน โรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดจากการรับประทานยาคุมกำเนิดหรือยาประเภทสเตียรอยด์ (steriod) ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยแก้ไขที่สาเหตุ ความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบประมาณร้อยละ 10 (Sarafino, 1997)

ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการหดตัวของหลอดเลือด บุคคลที่มีภาวะนี้ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตบางอย่าง ซึ่งอาจทำให้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และหลอดเลือดในร่างกาย โดยผลของความดันโลหิตสูงทำให้เกิดหัวใจห้องล่างซ้ายโตอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดมากกว่าคนปกติ 6 เท่า เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดปกติ และเกิดการตายอย่างเฉียบพลัน (ชนิกานต์ เชื้อนดิน, 2545 : 8) นอกจากนี้ ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิด

โรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ จากสาเหตุที่หลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ความดันโลหิตที่สูงมากเป็นเวลานาน สามารถทำให้เกิดอาการทางสมอง(hypertensiveencephalopathy) การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ผลของความดันโลหิตสูงต่อไตทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีการตีบแข็ง (nephrosclerosis) เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง การขัดถ่ายครีอะตินิน (creatinine) ลดลง เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น ทำให้มีอัลบูมิน (Albumine) ซึ่งเป็นโปรตีนปนออกมากับปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะไตวาย แต่หากลดความดันไดเอสโตลิกลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท จะช่วยลดอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงร้อยละ 35 – 40 และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายอย่างน้อย 1 ใน 4 เท่า ภาวะความดันโลหิตสูง อาจทำให้หลอดเลือดตีบแดงตีบแข็ง (atherosclerosis) การเปลี่ยนแปลงนี้ได้แก่ การเกิดจอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ คือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง และโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดแดงโป่งพองหรือตีบ และความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น (พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2543)

2. ด้านจิตใจ ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เชื่อว่า มีความสัมพันธ์กับความเครียด (Sarafino, 1997) เนื่องจากการที่ได้รกรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลกระทบทางด้านร่างกายอาจมีผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงก่อให้เกิดความเครียด หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อาจมีผลให้บุคคลมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามมา (อัมพร โอตระกูล, 2538)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยทำงาน ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน บทบาทหน้าที่ทางสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทได้เหมือนเดิม ก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้ภายในครอบครัว สูญเสียทรัพยากรบุคคลในวัยทำงาน นอกจากนี้การรักษาด้วยการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543 ; อรสา พันธุ์กักดี, 2542)

จะเห็นได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อบุคคล โดยทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง อาจทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป ทำให้สูญเสียรายได้รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมความดันโลหิต ปังจัยเหล่านี้ ก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ทำให้มีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคล

การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

การควบคุมภาวะความดันโลหิตมีเป้าหมายในการรักษา คือ 1) ลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติและให้คงอยู่ตลอดไป 2) ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย สมศักดิ์ศรีและมีความสุข (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 82) ความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย และแผนการควบคุมภาวะความดันโลหิตของแพทย์ผู้รักษาซึ่งมีแนวทาง ดังนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยา

แนวทางการควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยา คือ ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิต ได้แก่

1.1 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับที่เหมาะสมทั้งความแรงและเวลามีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ผลของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและช่วยลดระดับกรดไขมันและหลอดเลือด (Sarafino, 1977) ทำให้สามารถลดความดันโลหิตได้ในระยะยาว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร บุคคลที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว ควรลดปริมาณอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล แต่ควรบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้ ซึ่งเป็นอาหารที่มีเส้นใยมากขึ้น ขณะเดียวกันจะต้องควบคุมปริมาณของเกลือโซเดียมที่รับประทานให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม หรือ 5.8 กรัม หรือเกลือแกง 6 กรัมต่อวัน (พีระ บูรณกิจเจริญ, 2543) และควรหลีกเลี่ยงการเติมเกลือ น้ำตาล หรือเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็มอื่นๆ แต่ควรเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม แมกนีเซียม หรือโปตัสเซียม ควรรับประทานปลาอย่างสม่ำเสมอ

1.2 หลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่

1.2.1 ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตและทำให้ประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตลดลง ซึ่งหากหยุดการดื่มสุรา 1-2 สัปดาห์ ผลเสียดังกล่าวจะหายไป ผู้ชายไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เกิน 20-30 กรัมต่อวัน และผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 10-20 กรัมต่อวัน

1.2.2 การงดสูบบุหรี่มีความสำคัญ และได้ผลที่ดีที่สุดในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2.3 การจัดการกับความเครียด ความเครียดมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้น จากการศึกษาของโรซานสกี้ (Rozanski, 2000) ที่ทดสอบผลของความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามภารกิจที่ทำให้เกิดความเครียด (stress mentally task) โคนคิดตามคู่มือการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและการไหลเวียน ผลการศึกษาพบว่า ขณะที่มีการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความเครียด กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยไม่แสดงอาการเจ็บหน้าอก จะเห็นได้ว่าความเครียดมีผลต่อการอักเสบของหัวใจและระดับความดันโลหิต ดังนั้นผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงควรมีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม

1.3 น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีระที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต (Gillum, 1983 ; Tuck, 1981 อ้างในธนิกานต์ เขื่อนดิน, 2545 : 12) มีการศึกษาพบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของบุคคลมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต และการลดลงของน้ำหนักตัวมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง

1.4 การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามประเมินผลการรักษาและตรวจคลื่นภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติ (Sybert & Gallagher อ้างในสุรางค์ เปรื่องเดช, 2533 : 6) เป็นการประเมินความรุนแรงและปรับแผนการควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสม

2. การควบคุมความดันโลหิต โดยการใช้ยา

การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยการใช้ยาจะเริ่มใช้เมื่อการควบคุมด้วยวิธีไม่ใช้ยาไม่ได้ผลและผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งยาลดความดันโลหิตแบ่งเป็นกลุ่มตามลักษณะการออกฤทธิ์ดังนี้ (พิงใจ งามอุโฆษ, 2541)

2.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะยาขับปัสสาวะเป็นยากลุ่มแรกที่ใช้ ออกฤทธิ์จึงทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ยาที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่ Hydrochlorothiazide (Dichortide) Furosemide (Lasix) Apamide (NatriliX) Amiloride (Moduretic) ยาเหล่านี้ อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เป็นตะคริว อาจเพิ่มระดับของน้ำตาลในเลือดของไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลและระดับของกรดยูริกในเลือดสูง เกิดโรคข้ออักเสบ และภาวะอเล็กโกลไลต์ ได้แก่ภาวะโปตัสเซียม เนื่องจากถูกขับออกมาทางปัสสาวะ

2.2 กลุ่มยา Beta blockers ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Propanolol (Inderal) Atenolol (Tenormin) Metoprolol (Belatoc) เป็นต้น มีข้อห้ามใช้ในผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด เนื่องจากทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง

2.3 ยากลุ่ม Angiotensin Converting enzyme inhibitor (ACE inhibitors) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยห้าม angiotensin converting enzyme ไม่ให้เปลี่ยน angiotensin เป็น angiotensinII เมื่อระดับ angiotensinII ลดลง ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดแดงส่วนปลายลดลง ทำให้ลดระดับความดันโลหิต ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด เช่น Captopril Enalapril เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีข้อควรระวัง คือ อาจทำให้เกิดการทำงานของไตบกพร่อง ไอเรื้อรัง และไม่ใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยาขับปัสสาวะที่ไม่ขับโปตัสเซียม เพราะจะทำให้เกิดโปตัสเซียมในเลือดสูงได้

2.4 ยากลุ่ม Calcium antagonists หรือ Calcium channel blockers ออกฤทธิ์ขัดขวางแคลเซียมไอออน ไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบหลอดเลือดเกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง ยากลุ่มนี้ที่ใช้อยู่ เช่น Verapamil Nifedipine Diltiazem Nicardpine Amlodipine (Norvasc) เป็นต้น

2.5 ยากลุ่ม Alpha blockers จะออกฤทธิ์ต้านที่ Alpha – receptor ซึ่งอยู่ที่ผนังหลอดเลือด ห้ามไม่ให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เป็นการลด peripheral vascular resistance จึงทำให้ ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ เช่น Prazosin (minipress) ยา alpha blockers เป็นต้น

2.6 Central alpha agonist (Central acting drugs) ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยการกระตุ้น alpha receptor ในสมอง ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดและลดแรงต้านภายในผนังของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Clonidine (Catapres) Methydoxa (Aldomet) Reserpine (Serpacil)

2.7 Vasodilators ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ เส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลอดเลือดขยายตัว จึงลดแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือด ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Hydralazine (Apresoline) Minoxidil (Loniten) Nitroprusside เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นรินารถ วิทย์โชคกิติคุณ (2534) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ จากแนวคิดของโอเร็ม พบว่าสถานภาพสมรรถนะความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

จักรกฤษณ์ พิณญาพงศ์ (2541) ได้ศึกษารูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า

คะแนนเฉลี่ยรวมของแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ

สมบัติ และคณะ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42$ $P < .001$) การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$ $P < .001$) และระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26$ และ $.25$ $P < .001$ ตามลำดับ)

ดาริกา ชารบัวสุวรรณ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกรู้ค่าในตนเองของผู้ป่วยทาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่าทุกด้านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากเช่นกัน แต่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารน้อยกว่าด้านอื่นๆ

พุมเมษา หมั่นคำแสน (2542) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ชาวกระเหรี่ยง ในเขตอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก พบว่า ผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .29$)

วิภาเพ็งเสงี่ยมและนรินทร์ ไตรรัตนากุล (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสามารถในการดูแลตนเองถึงร้อยละ 99.0 และเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองพบว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคมสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ได้ศึกษาถึงความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 291 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชุมพร รุ่งเรือง (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ระดับของการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยได้รับในระดับปานกลาง แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันในแต่ละด้าน แต่แหล่งที่มีความสำคัญมาก คือ คู่สมรส บุตร และแพทย์ พยาบาล ได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูงสุด รองลงมาคือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

ทิวาพร วงศ์หยังกุล และคณะ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง ($\bar{X}=87.16$ SD.12.34) และมีคุณภาพชีวิตสูงเช่นกัน ($\bar{X}=14.46$ SD.4.12) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43$ $P < .01$) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$ $P < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45$ $P < .001$)

ธนิกานต์ เขื่อนดิน (2545) ได้ศึกษาถึงสุขภาพจิตของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน่าน จำนวน 146 ราย โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 29.45 และไม่มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 70.55 โดยกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ร้อยละ 9.59 อาการทางกาย ร้อยละ 6.58 ด้านความบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 2.05 และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 1.37

สุมณฑา กบิลพัตร (2541) ได้ศึกษา ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย ที่พานูตรมารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ , บำราศนราดรุร, เจริญกรุงประชารักษ์ และวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่าด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์

ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุข้อ่าเื่อมในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพในระดับดี สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสามพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71$ $P < .01$) การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38$ $P < .01$) และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37$ $P < .01$) และพบว่าผู้สูงอายุข้อ่าเื่อมมีการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้การดูแลแบบพื้นบ้านร่วมด้วยร้อยละ 46.92 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประคบ / อบสมุนไพรมากที่สุด ร้อยละ 26.23