

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
กรณีศึกษา อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี
Self-Health Care Behaviours of Elderly with Hypertension
study in Watpleng District, Ratchaburi Province

จิริยา อินทนา^{1*}, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์², เยาวลักษณ์ มีบุญมาก³, ปัฐยาวัชร ปรากฏผล⁴,
ธีรนนท์ วรรณศิริ⁵ และ กนิพันธ์ ปานณรงค์⁶,

¹⁻⁵วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

84/21 ถนนคณาธร อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี รหัสไปรษณีย์ 70000

⁶คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

99 หมู่ 6 ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000

*E-mail: jiriya@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกตัวอย่างตามทฤษฎี (Theoretical sampling) การเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการสังเกต สัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกเสียง ผลการวิจัยพบว่า

1. การศึกษาบริบทชีวิตพบว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงยังจำเป็นต้องดิ้นรนทำมาหากินหา รายได้ ทั้งชายและหญิง แม้จะอยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับครอบครัวก็ตาม บางรายแม้ว่าจะมีลูกหลานญาติพี่น้อง คอยดูแล ช่วยเหลือจุนเจือเรื่องเงิน อาหาร แต่ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ก็ต้องพยายามทำงานตามกำลังความสามารถของร่างกายเพื่อให้มีรายได้นำมาใช้จ่าย

2. ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

2.1) พฤติกรรมการกิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ควบคุมอาหารเลย ส่วนน้อยที่คิดจะควบคุมอาหารแต่ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง พฤติกรรมการกินจะขึ้นอยู่กับบริบทชีวิตของผู้ป่วย เลือกกินตามความชอบของตนเอง และครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจของตนเองเป็นหลัก รวมทั้ง ประสบการณ์ สภาพร่างกาย แหล่งที่ซื้อและหาได้ แม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าจะต้องลดอาหารเค็ม แต่ผู้ป่วยก็ไม่สนใจ และผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาหารเค็มคือ น้ำปลาและเกลือ

2.2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่มีรูปแบบและวิธีการ เป็นการออกกำลังกายเล็กน้อยถึงปานกลาง การออกกำลังกายจะเน้นที่การทำมาหากินของตนเอง และครอบครัว การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตตามปกติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่มีมองว่าการออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกาย แต่ก็ไม่มีรูปแบบและวิธีการ

2.3) ความเครียดและวิตกกังวลเกิดจาก เรื่องรายได้เศรษฐกิจ ความขัดแย้งในครอบครัวและไม่มีลูกหลานเอาใจใส่ดูแลเป็นภาระของครอบครัว ในส่วนที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่าความกังวลและความเครียดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่วิตกกังวลเรื่องโรคที่เป็น

2.4) การรักษาโรค ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยรับยาที่โรงพยาบาลและสถานอนามัยใกล้บ้านสม่ำเสมอ ในขณะที่ด้วยกันผู้ป่วยมีการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ร่วมด้วยกับการรักษาแผนปัจจุบัน มีการทดลองใช้ยาสมุนไพร ยาบำรุงต่างๆ ทั้งจากการบอกต่อ การโฆษณา มีการเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ แต่ไม่ขาดยาแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยมองว่าการรับบริการจากโรงพยาบาลเป็นเรื่องยุ่งยาก หลายขั้นตอน ต้องรอนานใช้เวลานานในการไปโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ค่าแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ใช้ไม่ได้กับชีวิตจริง



ข้อเสนอแนะ ด้านการจัดการเรียนการสอน นำองค์ความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาสอดแทรกในเนื้อหาการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และออกแบบการสอนในภาคปฏิบัติให้นักศึกษาได้ศึกษาบริบทชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ก่อนวางแผนให้การดูแล ด้านการบริการ บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการควรศึกษาและทำความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อปรับการให้บริการและประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และในผู้ป่วยวัยอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมการดูแลตนเองและบริบทชีวิตของผู้ป่วยเพื่อขึ้นเป็นการพัฒนาองค์ความรู้

คำสำคัญ : พฤติกรรมดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This qualitative research was to investigate self-health care behaviours of elderly with hypertension living in in Watpleng District Ratchaburi province. Thirty elderly with hypertension were recruited theoretically to be research samples. Observation and interview were used for data collection. The results found that:

1. Context of life Elderly with hypertension still kept working although they lived alone, lived with their families or their families supported them with food and money. Almost of them worked as much as they could for getting paid to live.

2. Self-Health Care Behaviours

2.1) Consuming behavior The majority of those elderly did not control what they ate while some did it successfully. Their consuming behaviour mainly depended on many factors such as their preference, economic status, experience, health status and available places to buy. They did not care although they had to decrease consuming foods which contained salt. They perceived those foods as fish sauce and salt.

2.2) Exerted behavior Those elderly exerted mildly and moderately without styles and methods. Their exertion focused on their work and their family work because it was a part of their life styles. Although a few number of them viewed that exertion was the same as exercise, their exertion was still no styles and methods.

2.3) Stress and anxiety Those elderly were stressed and anxious because of incomes, family conflicts and depending on their families but not their illness.

2.4) Curing hypertension Almost of those elderly frequently got treatment from the hospitals and local health centres nearby. At the same time, they sought other alternative treatments and used together with orthodox treatments. They randomly tried herbs and other supplements which people suggested and advertised. They changed those alternative treatments but they continually took their orthodox treatments. They saw the difficulties from getting the hospital services such as having many complex processes and taking long waiting time. Most importantly, advices from the hospital staffs could not apply in their real life.

Research findings suggest that:

Faculties should build knowledge found from this study in class of caring elderly with hypertension. They also can design the students to explore the patients' context. Those two options will make students realise the patients' real life before providing nursing care. Health care providers should learn and understand life context of elderly with hypertension to improve their services and

apply relevantly to their needs. Two research issues need to be concerned: of self-care behaviours of patients with other chronic illness and self-care behaviours in each age group.

Keyword : Self-Health Care Behaviours, Elderly, Hypertension

1. ความเป็นมา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก และประเทศไทย พบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 6.8-7.6 ล้านคน และ 11 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2563 ตามลำดับจากผลสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ปี 2557 พบว่า ผลการสำรวจ มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด คิดเป็นชายร้อยละ 13.8 และหญิงร้อยละ 16.1 การที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น เป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขและการวางแผนครอบครัวที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไม่เพียงแต่เพิ่มจำนวนเท่านั้น แต่จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมจากรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดราชบุรีจากฐานข้อมูล DBPop ณ 20 กุมภาพันธ์ 2558 มีผู้สูงอายุรวม 10 อำเภอ จำนวน 135,808 คน จากประชากรทั้งหมด 831,165 คน คิดเป็น 16.34 % ซึ่งสูงกว่าระดับเขต (ร้อยละ 14.09) บางอำเภอเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (ร้อยละ 20) คือ อ.วัดเพลง มีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 (22.29%) อ.บางแพ อันดับ 2 (20.63%) ผลคัดกรองปัญหาสุขภาพปี 2558 พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองโรค ความดันโลหิตสูง จำนวน 90,796คน (66.86%) พบปกติ 64,580คน(71.13%) เสีย 12,928 คน(14.24%) ป่วย 17,019 คน (18.74%) ส่งต่อจำนวน 866 คน (5.09%) ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 92,319 คน(67.98 %) พบปกติ 77,194 คน (83.62 %) เสีย 8,847 คน (9.58 %) ป่วย 8,432 คน (9.13 %)

ผู้สูงอายุมีปัญหาที่ต้องเผชิญซึ่งจัดได้ 3 กลุ่มปัญหา ได้แก่ ปัญหาแรก ปัญหาสุขภาพทางกาย เนื่องจากความต้านทานต่ำ ติดโรคร่าง และมีโรคเรื้อรังซึ่งโรคเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จากการเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ไตวาย

ปัญหาที่สอง ปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์ เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาท หลงผิด ประสาทหลอนทางหู และตา มีอารมณ์แห่งการสูญเสีย เช่น เสียบุคคลในวัยเดียวกัน สูญเสียสมรรถภาพทางสังคม และสูญเสียหน้าที่การทำงาน และปัญหาที่สาม ปัญหาด้านสังคม เช่น ทัศนคติที่ต่างกัน และ มีความเห็นขัดแย้งกันของคนในครอบครัว ลูกหลานทอดทิ้งละเลย ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจไปสู่สุขภาพดี หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2550-2557 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค,2559) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง เพราะความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่หายขาด แม้ได้รับการรักษาจนความดันลดลงเป็นปกติแล้วก็ตามต้องควบคุมไปตลอดชีวิต หากทีมสุขภาพเข้าใจวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะทำให้สามารถหาแนวทางและประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างแท้จริง ผลประโยชน์เพื่อลดสาเหตุการป่วย พิการและเสียชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายภาครัฐในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกรณีศึกษา อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี เพื่อศึกษารูปแบบชีวิตผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ เป็นการพัฒนาศักยภาพในการให้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ



แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในสถานบริการสุขภาพ และในชุมชน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา อำเภอเวียงพางลม จังหวัดราชบุรี

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเวียงพางลม และอาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้นและบันทึกเก็บไว้ในแฟ้ม จากนั้นคัดเลือกผู้สูงอายุจากแฟ้มประวัติ โดยคำนึงการคัดเลือกตัวอย่างตามทฤษฎี (Theoretical sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ประกอบด้วย ผู้วิจัยและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผู้วิจัยและคณะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยรายละเอียดมีดังนี้

1. ผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยและคณะ ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ต้องมีความเข้าใจในวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และ ฟังตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน ในเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพและ

พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเป็นผู้ตรวจสอบแนวคำถาม และปรับแก้ไขตามคำแนะนำ

แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เป็นแบบบันทึกเหตุการณ์ในภาคสนาม ในขณะที่ผู้วิจัยและคณะไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในแต่ละครั้ง และนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย

แบบบันทึกส่วนตัว (Memo) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยและคณะ ใช้บันทึกความรู้สึกและความคิดเห็นที่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง และนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและสร้างแนวคำถามในครั้งต่อไปด้วย

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และ ฟังตนเองด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เป็นแนวคำถามแบบกว้างๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้รับตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในเรื่องการทำวิจัยเชิงคุณภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เป็นผู้ตรวจสอบแนวคำถาม และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำให้คำถามมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

จากนั้น ผู้วิจัยนำแนวคำถามไปทดสอบความเข้าใจในผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อปรับแนวคำถามและการใช้ภาษา ก่อนเริ่มการใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง :กรณีศึกษาอำเภอเวียงพางลม และอาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2558-เดือนกรกฎาคม 2558 จำนวน 30 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดย ขั้นตอนเริ่มจาก การเตรียมผู้วิจัย การเตรียมแหล่งและกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเตรียมผู้วิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงต้องมีการเตรียมทีมวิจัยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม

ข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีการเตรียม ดังนี้

1.1 ทบทวนแนวคิดในเรื่อง ลักษณะ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ทั้งกาย จิต สังคมและจิต วิทยาณ พหุติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดัน โลหิตสูงในผู้สูงอายุ และพหุติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประสบการณ์ส่วนตัวของผู้วิจัย ผู้เชี่ยวชาญและตำราวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิด ความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical sensitivity) เพื่อให้ สามารถเข้าใจกับสภาพที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้ ในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทบทวน เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจากตำรา งานวิจัย เชิงคุณภาพที่ผ่านมา การทบทวนวิธีการจากผู้วิจัยที่มี ประสบการณ์เกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิด การเรียนรู้และความเข้าใจในวิธีการ การดำเนินการเก็บ ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และข้อมูลที่ได้จะมีความถูกต้องตามสภาพจริงมากที่สุด

1.3 การไปเก็บ ข้อมูล ข้อมูล และ วิเคราะห์ร่วมกัน ในระยะแรก ผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ เกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพไปเก็บข้อมูลร่วมกันกับ คณะผู้วิจัย และเมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้ มาถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน เพื่อทำความเข้าใจในวิธีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากนั้น เมื่อคณะผู้วิจัยมีความเข้าใจในวิธีการจึงให้ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และนำข้อมูลการ สัมภาษณ์ที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้ ว่ามีความเข้าใจตรงกัน

2. การเตรียมแหล่งและกลุ่มตัวอย่างในการ เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมพร้อมแหล่งในการเก็บรวบรวม ข้อมูลโดยประสานงานกับโรงพยาบาลและสถานเอนามัย ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อสำรวจประชากรสูงอายุที่เป็น ความดันโลหิตสูง จากนั้น สัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามข้อมูลเบื้องต้น และบันทึกข้อมูลไว้ เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ต่อไป รวมทั้งขอความร่วมมือและการขออนุญาตเก็บ ข้อมูลวิจัยจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยพิทักษ์สิทธิ ของผู้สูงอายุ โดยหากไม่ต้องการให้เก็บข้อมูลในขณะ

ดำเนินการวิจัย สามารถที่จะขอลอนตัวจากการเป็นผู้ให้ ข้อมูลได้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะ ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้ม บันทึกรายชื่อผู้วิจัยและคณะ ได้สำรวจข้อมูลเบื้องต้น ไว้แล้ว โดยคัดเลือกในรายแรกจากลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลได้กว้างขวาง คือ มีพหุติกรรม การดูแลตนเองหลากหลายและเห็นชัดเจน เพื่อให้เกิด ข้อมูลที่เปิดกว้าง เห็นปรากฏการณ์ที่กว้างขึ้นและเป็น ประโยชน์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในรายต่อไป

3.2 เมื่อคัดเลือกได้แล้ว ผู้วิจัยและ คณะไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้านโดยแนะนำตนเอง แจ่ม ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตใน การเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ รวมถึง ความสมัครใจในการที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างต่อไป หรือไม่

เมื่อผู้สูงอายุยินยอมในการให้ สัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยและคณะ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ตามแนวคำถามที่สร้างไว้ ในการ สัมภาษณ์ในครั้งแรกนี้ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที คำถามที่สร้างไว้เป็นแนวการสัมภาษณ์แบบกว้าง ๆ ที่ผู้วิจัยสามารถเพิ่มคำถาม หรือยืดหยุ่นได้ตามคำตอบที่ ผู้สูงอายุตอบออกมา โดยให้ผู้สูงอายุตอบมาให้มากที่สุด เพื่อเปิดปรากฏการณ์ให้กว้างขวางขึ้น โดยให้ครบตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ในขณะสัมภาษณ์ บันทึกเสียงลงใน เครื่องบันทึกเสียง และบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ลงในแบบ บันทึกส่วนตัว เมื่อสัมภาษณ์จนจบแล้ว ผู้วิจัยและคณะฯ ขออนุญาตกลับและนัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

3.3 หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ใน ครั้งแรก ผู้วิจัยและคณะฯ ถอดคำสัมภาษณ์จากแถบ บันทึกเสียง และพิมพ์คำสัมภาษณ์ที่ได้ ตรวจสอบความ สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ จากนั้น คณะผู้วิจัยร่วมกัน วิเคราะห์บทสัมภาษณ์ทีละประโยคและให้รหัสใน เบื้องต้น ร่วมกับการอ่านแบบบันทึกส่วนตัวประกอบใน การวิเคราะห์ด้วย ซึ่งการให้รหัสของแต่ละคนต้อง ตรวจสอบว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันเพราะเหตุใด และสรุปเป็นรหัสที่ให้ร่วมกัน และตรวจสอบด้วยว่า คำตอบของผู้สูงอายุได้ขยายความให้เกิดความเข้าใจ

ตรงกันทั้งผู้สูงอายุและผู้วิจัยหรือไม่ ถ้ายังไม่ได้ขยายความหรือไม่ชัดเจน ให้บันทึกไว้และสร้างเป็นคำถามที่จะใช้ในการเจาะลึกในครั้งที่ 2 ต่อไป

เมื่อให้รหัสครบแล้ว ตรวจสอบว่าแบบสัมภาษณ์ที่ได้ครบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่อย่างไร หากมีส่วนใดที่ยังไม่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ให้สร้างเป็นคำถามเพิ่มเติมและร่วมกับการขยายความให้สร้างเป็นคำถามในการเจาะลึกในครั้งต่อไป

3.4 ในการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งแรก โดยเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อขยายความเข้าใจในคำตอบของผู้สูงอายุให้ตรงกับความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด ร่วมกับการบันทึกเหตุการณ์ ความรู้สึกของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นในขณะทำการสัมภาษณ์ลงในบันทึกส่วนตัวด้วย เมื่อสอบถามจนครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และแนวคำถามที่ตั้งไว้แล้ว ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์

การยุติการสัมภาษณ์ในผู้สูงอายุรายแรกต่อเมื่อ คำตอบที่ได้มีการเปิดกว้างของข้อมูลครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงแล้ว อ่านและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแล้วเกิดความเข้าใจตรงกันในขณะผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้สูงอายุรายที่ 2 ต่อไป

3.5 การคัดเลือกผู้สูงอายุรายที่ 2 มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในรายที่ 1 มาจากการคัดเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) คือ คัดเลือกตัวอย่างที่ตอบตามสมมติฐานชั่วคราวที่ตั้งไว้จากลักษณะคำตอบที่ได้ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพหรือการพึ่งตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโรคอื่นด้วยอย่างไร จากนั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติที่ได้ และดำเนินการสัมภาษณ์ตามวิธีการเดียวกับในผู้สูงอายุรายแรก วิเคราะห์ข้อมูลและสัมภาษณ์จนครอบคลุมวัตถุประสงค์

3.6 การเก็บข้อมูลจะสิ้นสุดเมื่อไม่มีข้อมูลใหม่จากการสัมภาษณ์ เรียกว่า มีความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) ในที่นี้มีผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยและคณะคำนึงถึงสิทธิในการเป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ โดยเริ่มตั้งแต่ การขออนุญาตผู้สูงอายุในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปในขณะสัมภาษณ์ และหากในขณะสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้ข้อมูลหรือขอไม่เข้าร่วมในการวิจัย สามารถมีสิทธิถอนตัวออกจากงานวิจัยนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและคณะทำการวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้งหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นโดยมีการดังต่อไปนี้

1. ประมวลผลข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง มาวิเคราะห์เนื้อหาประโยคต่อประโยค โดยขีดเส้นใต้และใส่รหัส (coding) ในแต่ละข้อมูลนั้น และแยกกลุ่มในแต่ละรหัส ไว้เป็นหมวดหมู่ เพื่อเป็นการลดทอนข้อมูลที่มีอยู่ โดยการให้รหัสคณะผู้วิจัยได้ให้ความเห็นร่วมกัน และตรวจสอบร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญ

2. การจัดหมวดหมู่ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ใส่รหัสมาเปรียบเทียบว่ารหัสที่ให้ มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันอย่างไร โดยรหัสมีความคล้ายคลึงมาจัดในกลุ่มเดียวกัน และให้ชื่อเป็นระดับที่เป็นนามธรรมมากขึ้น และตรวจสอบกับหมวดหมู่อื่น ผู้วิจัยร่วมกันตรวจสอบในการจัดหมวดหมู่ที่ได้ เขียนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและสนับสนุนกับหมวดหมู่นั้นๆ จากนั้น นำรายงานที่เขียนไปตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องจากทฤษฎีวิชาการที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้ทำการตรวจสอบว่ามีความเข้าใจตรงตามหมวดหมู่นั้นหรือไม่

3. ผู้วิจัยเขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ คุณภาพของข้อมูลที่ได้เกิดจากทักษะและความพร้อมของผู้วิจัยในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์



ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยวิธีการดังนี้

1. การควบคุมความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) โดยผู้วิจัยควบคุมโดย

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต่างกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตในขณะสัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกแบบบันทึกภาคสนาม และแบบบันทึกส่วนตัว เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ตรงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุมากที่สุด

1.2 การให้ผู้สูงอายุได้ตรวจสอบ และรับรองความถูกต้องของข้อมูล (Member check) โดยให้ผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาจำนวน 5 คนได้ตรวจสอบข้อมูลที่ทำการวิเคราะห์แล้ว ได้อ่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของตนว่าข้อมูลที่ได้เป็นจริงและตรงกับการรับรู้ของผู้สูงอายุมากที่สุด

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน ผู้วิจัยและคณะวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน และผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

1.4 การให้ผู้มีประสบการณ์ที่ไม่เกี่ยวกับงานวิจัยได้อ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้อ่านและให้ความเห็นต่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เพื่อเกิดมุมมองที่แตกต่างและป้องกันการลำเอียง

2. การยืนยันความเป็นจริงของข้อมูล (Confirmability) ตัดสินว่าข้อมูลที่ได้มีความเป็นกลางปราศจากความลำเอียง โดยวิธีการดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การบันทึกภาคสนาม การบันทึกส่วนตัว เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้นั้นมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตรงกับการรับรู้ของผู้สูงอายุมากที่สุด

2.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมสิ่งที่สัมภาษณ์ การวิเคราะห์ต่าง ๆ เก็บแยกไว้เป็นหมวดหมู่ เพื่อการตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้

4. สรุปการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย จำแนกเป็นชาย 14 ราย หญิง 16 ราย

ตารางแสดงที่ 1 จำนวน ร้อยละ เพศ และอายุของผู้ป่วยสูงอายุความดันโลหิตสูง

อายุ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
60-64	7	50.0	5	31.2	12	40.0
65-69	1	7.1	2	12.5	3	10.0
70-74	4	28.7	4	25.0	8	26.7
75-79	2	14.2	4	25.0	6	20.0
80-84	0	0	0	0	0	0
85-89	0	0	1	7.3	1	3.3
รวม	14	100	16	100	30	100

จากตาราง ผู้ป่วยสูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 30 รายจำแนก เป็นชาย 14 ราย เป็นหญิง 16 ราย มากที่สุดอายุระหว่าง 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และอายุระหว่าง 70-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 น้อยสุด อายุระหว่าง 85-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.3

1. บริบทชีวิตของผู้สูงอายุ ประเด็นการทำมาหากิน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่สุดในชีวิตคน ซึ่งส่งผลต่อปรับตัว และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นผู้วิจัยยังมุ่งประเด็นไปที่ภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยซึ่งจะเห็นว่าจะส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

1.1 การทำมาหากิน

1.1.1 กลุ่มที่มีความยากลำบาก ต้องดิ้นรนในการทำมาหากิน จากผู้ป่วยที่ทำการศึกษากลุ่มนี้จะมีช่วงอายุระหว่าง 60-79 ปี ในบริบทด้านการทำมาหากิน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องทำมาหากิน ประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว เหตุที่ทำให้ยังต้องดิ้นรนในการทำมาหากินคือ ฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวที่ค่อนข้างยากจน มีภาระค่าใช้จ่ายหลายอย่าง อย่างบางครอบครัวก็ต้องมีภาระค่าเล่าเรียนของบุตรหลาน รายได้ไม่ค่อยเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ถึงแม้บางคนจะมีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 500บาท/เดือนแต่ก็ไม่ค่อยพอใช้ ถ้าไม่ทำงานหาเงิน ที่จะใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ บางรายมีหนี้สิน

1.1.2 กลุ่มที่ทำมาหากินที่พอมีพอกิน และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคนในครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีรายได้ พอมีพอกินไม่ต้องดิ้นรนมาก เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระต่อ

บุตรหลาน แต่ก็ยังเป็นกลุ่มที่ยังได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้องหรือบุตรหลาน เช่น ให้เงินไว้ใช้จ่าย ดูแลเรื่องการทำอาหารให้

1.1.3 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและได้รับการดูแลจากครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน บางรายก็อยู่บ้านเฉยๆ บางรายต้องดูแลสามี ที่เป็นอัมพฤกษ์ซีกขวา แทน บางคน ที่ฐานะดีหน่อย ไม่ต้องประกอบอาชีพ

1.2 ช่วงที่เริ่มต้นเป็นความดันโลหิตสูง และช่วงของการปรับตัว อายุช่วงที่เริ่มเป็นความดันโลหิตสูง อาการเริ่มแรก อาการที่ตนเองสงสัยอายุช่วงที่เริ่มเป็นความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เริ่มเป็นตั้งแต่อายุ 50 ปี ช่วงอายุที่เป็น คือ อายุ 50-70 ปี อาการที่เริ่มเป็นของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการคล้ายๆกัน คือ มีอาการปวดศีรษะ มีนศีรษะ เวียนศีรษะ แต่ก็จะมีผู้ป่วยบางคนที่มีอาการที่แตกต่างกันไป คือ นอนไม่ค่อยหลับ มีอัสัน อาเจียนเลือดไหลออกทางจมูก เมื่อมีอาการผู้ป่วยบางคนจะไม่ค่อยไปโรงพยาบาล แต่ไปตรวจที่สถานอนามัย และรับยามรับประทาน ด้วยเหตุผลที่ไม่ไปโรงพยาบาล เพราะไปหาหมอแต่ละครั้งลำบาก ผู้สูงอายุ ไปโรงพยาบาลต้องขึ้นรถประจำทาง รถมอเตอร์ไซด์ลำบาก ต้องไปแต่เช้ามีที่นั่งคอยเป็นวัน ๆ วันไหนไปหาหมอเราก็ทำงานไม่ได้ ไปคนเดียว บางคนก็ขาดการรักษาไปเอง โดยให้เหตุผลว่า ตนเองไม่ได้เป็นอะไร

1.3 ความรู้สึก ความกังวล ความเครียด และระยะเวลาในช่วงของการปรับตัว สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ ความรู้สึกที่มีต่อภาวะของโรค พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลหรือความเครียด และยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

2. ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไปในพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งการวิเคราะห์ในการศึกษานี้ ไม่ได้แยกพฤติกรรมออกมาตัวเดียวโดดๆ เพราะในความจริงของชีวิต พฤติกรรมล้วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบริบทชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยทั้งสิ้น แบ่งเป็น การกินอาหาร การออกกำลังกาย ความกังวล และความเครียด พฤติกรรมการรักษา ความคิดเห็นต่อสถานพยาบาล ความเห็นต่อคำแนะนำที่ได้รับ การแสวงหาการรักษา รักษา และแสวงหาบริการ พัฒนาการของความดันโลหิตสูง ในอดีต และผลที่เกิดขึ้นกับตนเอง การป้องกันดูแล

ตนเองไม่ให้เกิดโรคมากขึ้น ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นๆ

2.1 พฤติกรรมการกินของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง

2.1.1 มีการกินตามปกติไม่ควบคุมอาหารพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำอาหาร รับประทานเองทั้งครอบครัว ทำอาหารตามความชอบของตนเองและคนในครอบครัว บางครั้งซื้ออาหารถุงตามแต่รสชาติอาหารที่แม่ค้าทำขาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้ว่าจะควรรับประทานอาหารรสเค็ม แต่ไม่ใส่ใจเรื่องความเค็มของอาหาร หรืออาหารที่ไม่ควรรับประทาน เช่น อาหารมัน อาหารกะทิ นอกจากนี้ลักษณะอาหารที่ชอบรับประทานมีความเค็มกว่าปกติ และในการปรุงอาหารจะใส่เครื่องปรุงรสที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมมาก เช่น ผักกาดดอง กุ้งแห้ง ใส่เครื่องปรุงรส น้ำมันหอย ซูรส รสดี รับประทานเหมือนเดิม

2.1.2 มีการควบคุมอาหารบ้างตามคำแนะนำ แต่เข้าใจว่าลดเค็มคือลดเกลือหรือน้ำปลาเท่านั้น ใส่ผงชูรสแทนน้ำปลา ผู้ป่วยรับประทานอาหารอื่นๆตามปกติ จะควบคุมอาหารมากขึ้นในรายที่เคยมีอาการหนัก กินอาหารตามที่ชอบมากกว่าควบคุมอาหาร บางครั้งนึกได้ก็หยุดแต่

2.1.3 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน รับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงต้องกินจิตใจไม่มันพยายามปฏิบัติตามเพราะมีตัวอย่างที่มีอาการมาก่อน หรือ ตัวเองเป็นอัมพฤกษ์จากความดัน มีการแสวงหาความรู้และพยายามควบคุมอาหารตามคำแนะนำ แต่อาหารที่ชอบรสเค็มก็ยังกินบ้างบางครั้ง ตามความชอบ

2.1.4 เลือกรับประทานตามฐานะเศรษฐกิจ เพราะอาหารที่มีราคาถูกมีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม กะปิ น้ำปลา เป็นต้น และความชอบไม่ได้สนใจเรื่องสุขภาพ เช่น กินน้ำมันหมูเพราะราคาถูกกว่า กากหมูมาทำอาหารได้ รวมทั้งทำให้ทำอาหารได้อร่อยกว่าด้วย

2.1.5 การทำอาหารตามความชอบ สมาชิกในครอบครัวเป็นคนทำอาหารและจะรับประทานด้วยกัน ดังนั้นรสชาติของอาหารจะตามความชอบของคนส่วนใหญ่ และผู้ปรุงอาหาร แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้การทำอาหารก็พยายามลดความเค็ม อาหารหวาน

มัน และกะทิ นอกจากนี้ มีส่วนช่วยในการควบคุมอาหาร เช่น การเตือนผู้ป่วยไม่ให้อ้วน ประทานมาก

2.1.6 ไม่ได้ให้ความสนใจว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรกินอาหารแบบไหนแต่หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่ทำให้เกิดโรคอื่นๆ มากกว่า เช่น กินสัตว์ปีกที่ทำให้มีอาการปวดข้อจากโรคเก๊าท์มากกว่า ระวังอาหารที่ทำให้อ้วน เช่นอาหารมัน และอาหารหวาน ควบคุมอาหารหวานในรายที่เป็นโรคเบาหวาน

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2.2.1 พฤติกรรมผู้ป่วยสูงอายุความดันโลหิตสูงยังใช้ชีวิตออกแรงทำงานหารายได้และทำมาหากินตามปกติ ตามกำลังที่สามารถทำได้ โดยไม่สนใจว่าเป็นการออกกำลังกาย

2.2.2 พฤติกรรมผู้ป่วยสูงอายุความดันโลหิตสูงมีการสนใจในการดูแลตนเองมีการออกกำลังกายโดยการออกกำลังกาย

2.2.3 ผู้ป่วยเข้าใจว่าออกกำลังกายตามความหมาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นการบริหาร ร่างกายที่มีรูปแบบที่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย

2.2.4 ผู้ป่วยมองว่าการทำงานออกแรง ที่เหี่ยวออกเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งในชีวิตจริงทำได้ ส่วนเจ้าหน้าที่บอกว่าไม่ถูกต้อง

2.3 ความกังวล และความเครียดของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2.3.1 มีความเครียดเรื่องรายได้ เศรษฐกิจ

2.3.2 ไม่กังวลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีอาการเจ็บปวด รู้สึกเหมือนปกติ ผู้ป่วยปรับตัวและใช้ชีวิตอยู่ได้ตามสภาพการเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่ได้วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่

2.3.3 มีความเครียด เรื่องปัญหาของคนในครอบครัว

2.3.4 มีความเครียดเรื่องความขัดแย้งในครอบครัวและไม่มีลูกหลานเอาใจใส่ดูแล

2.3.5 มีความเครียดกังวล เรื่องโรคอื่น เช่น อาการปวดเข่าความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว น้ำหนักตัวมากทำให้ปวดเข่า

2.3.5 มีความเครียดเป็นภาระของครอบครัว เนื่องจากไม่สามารถช่วยครอบครัวหารายได้ ปัญหาจากสภาพร่างกายที่ทำงานไม่ได้ เป็นอัมพาต

2.4 พฤติกรรมการรักษาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2.4.1 การรักษาที่รับยาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะสนใจอาการแสดงที่มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิตมากกว่าอาการของโรค ความดันโลหิตสูง ไปรับยาตามนัด แต่ไม่คิดว่ามีปัญหา อาการที่เป็นปัญหา เช่น อาการปวดเข่า

2.4.2 ผู้ป่วยประเมินอาการของตนเองไม่เป็นปัญหากระทบต่อการใช้ชีวิตจึงไม่สนใจเรื่องสุขภาพ นอกจากการกินยา

2.4.3 ผู้ป่วยใช้ประสบการณ์ประเมิน และตัดสินใจการเจ็บป่วยของตนเองมากกว่าการทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.4.4 ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นอัมพาตเดินไม่ได้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์การกินยา จะควบคุมความดันโลหิตได้ และแสวงหาการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยตลอดเวลา เช่น ชี้อายุที่โฆษณา การนวด การประคบ รวมทั้งคิดหาวิธีแก้ปัญหาลักษณะสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพของตนเองตามวิธีการของตนเอง

2.4.5 ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับและกินยาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตการทำมาหากิน การรับยา เช่น การรับยา ที่สถานอนามัยสะดวกกว่าโรงพยาบาล การกินยามือเย็นรวมกับมือเช้า และเรียนรู้การสังเกตอาการ การสูบบุหรี่ผู้ป่วยรู้ว่าไม่ควรสูบแต่สูบเพื่อคลายเหงาและเป็นเพื่อนเวลาทำงาน อยู่คนเดียว และเรียนรู้การรักษาที่ต้องกินยาต่อเนื่องรับยาที่สถานอนามัยสะดวกที่สุด

2.4.6 ผู้ป่วยจะกินยาเมื่อมีอาการโดยจะประเมินอาการด้วยตัวเอง เมื่อไม่มีอาการจะหยุด เพราะเข้าใจว่ากินยาตลอดจะติดยา และรู้ว่าต้องกินยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังคงดื่มเหล้า และกินอาหารรสจัดเหมือนเดิม เพราะอดไม่ได้

2.4.7 การกินยาอาจไม่ต่อเนื่อง จากไปรับยาการเดินทางไปโรงพยาบาลไม่สะดวกได้แก่

ต้องนั่งมอเตอร์ไซด์รับจ้าง นั่งรถประจำทางรถออกตัวเร็วกลัวตกตรึง ต้องรอลูกหลานว่างจึงจะไปส่งได้

2.4.8 ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง สะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านคอยรับส่ง เวลาเดินทางไปรับยาโรงพยาบาล

2.4.9 การรักษาด้วยยาสมุนไพรและความเชื่อต่างๆ ผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีต่างๆ การแสวงหาการรักษาโรคต่างๆด้วยวิธีการที่หลากหลายตามการประเพณีและรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองโดยการพึ่งตนเอง ด้วยวิธีการต่าง ๆ และการพึ่งบริการทั้งในระบบและนอกระบบ ตามศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น จากการบอกต่อ จากโฆษณา จากคนรอบข้างหามาให้ทดลองกิน จากการอ่านหนังสือ เป็นต้น มีการทดลองและปรับเปลี่ยนไปเรื่อยๆ โดยการลองผิดลองถูก เพื่อมุ่งหวังให้หาย แต่ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ใช้การรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กันการแสวงหาการรักษาโรคต่างๆด้วยวิธีการที่หลากหลายตามการประเพณีและ รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองโดยการพึ่งตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ และการพึ่งบริการทั้งในระบบและนอกระบบ ตามศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

พัฒนาการของความดันโลหิตสูง ในอดีตและผลที่เกิดขึ้นกับตนเอง พฤติกรรมการกินยา กินยาแผนปัจจุบัน ไม่สม่ำเสมอ ด้วยสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ลืมกินไปสุระ กินยาไม่ครบเพราะไม่มีข้าวกิน ยาหมดไม่มีใครพาไปโรงพยาบาล ไม่กินยา เพราะไม่มีอาการรุนแรง และรู้สึกว่ายากในการไปรับยา ไม่สะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ผลจากการขาดยาทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน

จากผู้ป่วย 30 ราย มี 3 รายที่บอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว เป็น 2 โรค มีผู้ป่วย 11 ราย เป็น 3 โรค มีผู้ป่วย 8 ราย เป็น 4 โรค มีผู้ป่วย 4 ราย นอกจากนี้พบว่า มีผู้ป่วย 5 รายที่มีภาวะเส้นเลือดสมอง (stork) ที่เป็นผลมาจากความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วย 7 รายที่เป็นโรคเบาหวานก่อนและเป็นโรคความดันโลหิตสูงภายหลัง มีผู้ป่วย 4 รายที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงร่วมด้วย มีผู้ป่วย 5 ที่เป็นหัวใจขาดเลือดจากเส้นเลือดหัวใจตีบ และหัวใจวาย มีผู้ป่วย 4 ราย ที่เป็นโรคเก๊าท์ร่วมด้วย และนอกจากนี้เป็นโรคอื่นๆ ได้แก่ ปวดเข่า

ปวดหลัง ไตวาย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกระเพาะ ต่อมลูกหมากโต ลมชัก หอบหืด ตัวอย่างการพัฒนาการของโรค เช่น ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรคเบาหวาน และมีโรคแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยบางรายเริ่มจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงก่อน และมาเป็นโรคอื่นภายหลัง ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อน (stork) มาก่อน หลังจากนั้นจึงรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทำงานตามปกติ เมื่อมีอาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายมากจึงระมัดระวังเรื่องสุขภาพมากขึ้น แต่ก็ยังทำงานเหมือนเดิม เรื่องการกินยาและการดูแลสุขภาพตนเองผู้ป่วยจะไม่ค่อยสนใจทั้งเรื่องการกินยา และการออกกำลังกายตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ ผู้ป่วยสนใจควบคุมอาหารในโรคเก๊าท์มากกว่าโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากมีอาการปวดตามข้อจากโรคชัดเจน

5. อภิปรายผล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ การประกอบอาชีพของประชาชนส่วนใหญ่ ทำเกษตรกรรม สวนมะพร้าว สวนกล้วย สวนผัก ค้าขาย รับจ้างทั่วไป ไม่มีตลาดถาวรของพื้นที่ แต่จะมีตลาดนัดย้ายที่ไปเรื่อย ๆ หมุนเวียนแต่ละสัปดาห์ มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง สถานีอนามัย 3 แห่ง การเดินทางไปโรงพยาบาลจะมีรถประจำทาง 1 สาย ชั่วโม่งละคัน การเดินทางไปโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ส่วนตัว มอเตอร์ไซด์ จักรยาน หรือมอเตอร์ไซด์รับจ้าง

โดยการศึกษาบริบทชีวิตพบว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แม้อายุมากแล้วผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ยังจำเป็นต้องดิ้นรนทำมาหากิน หารายได้ ทั้งชายหญิง อยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับครอบครัวก็ตาม บางรายแม้ว่าจะมีลูกหลานญาติพี่น้อง คอยดูแล ช่วยเหลือจนเจือ เรื่อง เงิน อาหาร แต่ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ก็ต้องพยายามทำงานตามกำลังความสามารถของร่างกายเพื่อให้มีรายได้ไว้ใช้จ่าย เป็นของตนเอง มีผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ส่วนน้อยที่ไม่ได้ทำงานและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานดี แต่เป็นครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจดีกว่ากลุ่มอื่น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง บางรายยังรับภาระในกาดูแลผู้ป่วยหรือบุตรหลานทั้งเรื่องค่าใช้จ่าย และการด้านสุขภาพอีกด้วย ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ทุกรายจะได้รับเงินช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่ค่อยพอใช้ ยังต้อง

ทำงานเช่นเดิม แต่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดทุกซั๊งวล ผู้สูงอายุพยายามดิ้นรนทำมาหากิน เพื่อให้เป็นภาระกับคนในครอบครัวน้อยที่สุด มีผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่เป็น อัมพฤต และอัมพาต ผู้ป่วยกลุ่มนี้พยายามพึ่งตนเองให้มากที่สุด เพื่อลดภาระของคนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ นรฤทธิยา ผลขาว และคณะ (2553) ศึกษาวิจัยเรื่อง ลีลาชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ความจริงเบื้องหลังคำนำตาลในเลือด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชีวิตและพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน 101 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ผล การศึกษาบริบทชีวิตพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานต้องดิ้นรนในการหารายได้มาเลี้ยงปากเลี้ยงท้องทั้ง ๆ ที่ตนเองเจ็บป่วย

พฤติกรรมการใช้ชีวิตและ ดูแลสุขภาพของตนเอง ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ไม่ได้เป็นอย่างไรที่บุคลากรสาธารณสุขคิด เรื่องการกิน การออกกำลังกาย ความเครียดกังวล การรักษาการกินยา การไปหาหมอ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยความคิดของตนเอง ซึ่งมองแยกกับการรักษาของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมองที่ระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อน

พฤติกรรมการกิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้ควบคุมอาหารเลย ส่วนน้อยที่คิดจะควบคุมอาหารแต่ทำไม่ได้บ้างไม่ได้บ้าง พฤติกรรมการกินจะขึ้นอยู่กับบริบทชีวิตของผู้ป่วย เลือกกินตามความชอบของตนเอง และครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจของตนเองเป็นหลัก รวมทั้งประสบการณ์ สภาพร่างกาย แผลงที่ซื้อและหาได้ สภาพครอบครัว แม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าจะต้องลดอาหารเค็ม แต่ผู้ป่วยก็ไม่สนใจ และผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาหารเค็มคือ น้ำปลาและเกลือ ส่วน อาหารอื่นๆที่กินบ่อยในครอบครัวอื่น ๆ ผู้ป่วยไม่ควบคุมหรือสนใจว่าเป็นอันตรายต่อภาวะของโรค เช่น ปลาเค็ม กะปิ ชูรส เครื่องปรุงรส เป็นต้น แต่จะมีผู้ป่วยบางรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคแล้วเช่น โรคหัวใจวาย อัมพฤต จึงให้ความสำคัญในการควบคุมอาหาร แต่ก็คุมบ้างไม่คุมบ้าง แล้วแต่คนทำอาหารให้ และแม่ค้าอาหารถุง เช่นกัน ส่วนในรายที่มีโรคอื่นร่วมด้วยเช่น เบาหวาน เก้าอี้ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญและพยายามควบคุมอาหารมากกว่า เพราะโรคความดันโลหิตสูง อาการที่เจ็บปวดปรากฏอาการน้อย มีผลกระทบที่น้อย ผู้ป่วยจึงเลือกกินตามความชอบและฐานะเศรษฐกิจ มากกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นรฤทธิยา ผลขาว และคณะ

(2553.) ลีลาชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ความจริงเบื้องหลังคำตาลในเลือด. ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการกินที่ไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลดังกล่าว เมื่อมองระบบบริการสาธารณสุขที่น่าทฤษฎี วิชาการเรื่องการกินเป็นแบบสำเร็จรูปมาสอนผู้ป่วยทุกคน ให้ปฏิบัติเป็นแบบแผนเดียวกัน จึงเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติ ตามได้ การสอน หรือคำแนะนำที่ได้ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำรงชีพของผู้ป่วย เพราะชีวิตผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ในหลายๆเรื่อง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องเรียนรู้ชีวิตผู้ป่วยก่อน เพื่อเข้าใจชีวิตและเห็นความคิดพฤติกรรม ที่เป็นจริงของผู้ป่วย เพราะวิถีชีวิต ความคิดส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การแก้พฤติกรรมจะแก้เฉพาะเรื่องไม่ได้ และไม่เหมือนกันในแต่ละคน คำแนะนำที่ให้อาจต้องเหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตของผู้ป่วย จึงจะนำไปปฏิบัติได้จริง

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่มีรูปแบบและวิธีการ เป็นการออกกำลังกายเล็กน้อย ถึงปานกลาง การออกกำลังกายจะเน้นที่การทำมาหากิน ของตนเอง และครอบครัว เช่น ทำงานเล็กน้อยอยู่กับบ้าน การเย็บกระเบื้องใบตอง ทำอาหารตามสั่งขาย คำขายส่ง ทำสวนปลูกผัก หรือออกกำลังกายกิจกรรม เช่น ทำงานบ้าน และในบางรายออกกำลังกายเพื่อทำกิจวัตรของตนเองเท่านั้น ทำให้การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอในการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับการใช้ชีวิตของแต่ละคน บางคนมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายเป็นโรคประจำตัว เช่น อัมพฤต อัมพาต โรคหัวใจ หอบหืด การเจ็บป่วยด้านร่างกายอื่นๆอายุที่มากขึ้นในแต่ละราย ทำให้ออกกำลังกายน้อย การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตตามปกติ ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่มีมองว่าการออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกาย แต่ไม่มีรูปแบบและวิธีการเช่นกัน เช่น การขี่จักรยานเวลาเดินทางไปโรงพยาบาลหรือทำธุระ การกวาดขยะตามถนน ผู้ป่วยบางรายมองว่าการออกกำลังกายที่เหงื่อออกเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งในชีวิตจริงทำได้ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าไม่ถูกต้อง มีผู้ป่วยบางรายก็มองว่าการออกกำลังกายต้องมีรูปแบบจึงจะถูกต้องเหมือนกัน

การออกกำลังกายตามหลักวิชาการนั้นถึงแม้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่ด้วยข้อจำกัดหรือภาระหน้าที่ที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ทำให้การออก

กำลังภายในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจึงไม่มีรูปแบบที่เห็นชัดเจน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการสุขภาพจึงควรส่งเสริมให้ออกแรงตามความเหมาะสมของชีวิตผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ออกแรงมากในการทำงานแล้วหรือทำกิจกรรมต่างๆ มาทั้งวันแล้ว ก็ไม่จำเป็นให้ออกกำลังภายในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดของร่างกาย โรคประจำตัว ควรหากิจกรรมที่เอื้อต่อการออกแรงกับผู้ป่วยให้มากที่สุด และผู้ป่วยทำได้จริง ให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล ผู้ป่วย สามารถดำเนินชีวิตตามบริบทของแต่ละบุคคลในสังคมได้อย่างปกติสุข

ความเครียดและวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ความเครียดและวิตกกังวลเกิดจากเรื่องราวได้เศรษฐกิจ ความขัดแย้งในครอบครัวและไม่มีลูกหลานเอาใจใส่ดูแลเป็นภาระของครอบครัว ในส่วนที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่าความกังวล และความเครียดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่วิตกกังวลเรื่องโรคที่เป็น มีส่วนน้อยที่วิตกกังวลเพราะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคคือ อัมพฤกษ์ไปแล้ว ส่วนภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากกว่า เพราะเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากกว่า เช่น เป็นโรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ ปวดเข่า ปวดหลัง หอบหืด เป็นต้น การที่ผู้ป่วยไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นเพราะอาการของโรคไม่รุนแรงไม่เจ็บปวดมาก ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ถ้าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับเรื่องอื่นๆ ในชีวิตมากกว่า คือ เรื่องการทำมาหากิน เรื่องการใช้ชีวิตของคนในครอบครัว

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่กินยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง โดยรับยาที่โรงพยาบาลและสถานอนามัยใกล้บ้านสม่ำเสมอ ผู้ป่วยไปรับยาพร้อมกับโรคอื่นๆ ที่เป็นเช่น เบาหวาน มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่กินยาและมองว่าไม่เป็นอะไรยังทำงานได้ ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับและกินยาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตการทำมาหากินของตนเอง ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยมีการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ร่วมด้วยกับการรักษาแผนปัจจุบัน มีการทดลองใช้ยาสมุนไพร ยาบำรุงต่างๆ ทั้งจากการบอกต่อ การโฆษณา มีการเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ แต่ไม่ขาดยาแผนปัจจุบัน เป็นการลองผิดลองถูกของผู้ป่วยเองโดยเจ้าหน้าที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ความคิดเห็นต่อสถานพยาบาล ความเห็นต่อคำแนะนำที่ได้รับ ผู้ป่วยมองว่าการรับบริการจากโรงพยาบาลเป็น

เรื่องยุ่งยาก หลายขั้นตอน ต้องรอนาน ใช้เวลานานในการไปโรงพยาบาลแต่ละครั้ง คำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ใช้ไม่ได้กับชีวิตจริง ซึ่งชีวิตจริงมีเรื่องการทำมาหากิน ผู้ป่วยมุ่งทำงานหารายได้มากกว่าทำตามคำแนะนำที่เจ้าหน้าที่บอก การบริการของเจ้าหน้าที่ มุ่งทำตามหน้าที่แต่ขาดความเข้าใจคน ด้านความคิดความรู้สึก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดว่าสิ่งที่ให้เป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่ได้ประเมินความต้องการด้านผู้รับบริการ การบริการของเจ้าหน้าที่ มุ่งทำตามหน้าที่แต่ขาดความเข้าใจคน ด้านความคิดความรู้สึก เจ้าหน้าที่คิดว่าสิ่งที่ให้เป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่ได้ประเมินความต้องการด้านผู้รับบริการ ดังนั้นในการปรับการบริการของโรงพยาบาลควรมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเมินและเรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพราะระบบบริการในปัจจุบันมุ่งเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับตัวบุคคลมากกว่า นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ความรู้จากคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ จึงรู้สึกว่าการแนะนำเป็นการสั่งสอน ผู้ป่วยจึงไม่ยอมมาโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ให้บริการควรปรับวิธีการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ต้องทำความเข้าใจการดำรงชีวิตผู้ป่วย และเลือกคัดกรองความรู้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลือกใช้ได้จริงในชีวิตของตนเอง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ จรรยา ดวงแก้ว (2553) เรื่องการพัฒนาคลินิกเบาหวานแนวใหม่ : สู่การดูแลตนเองอย่างยั่งยืนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลป่าดิว จังหวัดยโสธร. ผลการวิจัยพบว่าการจัดบริการคลินิกเบาหวานที่ผ่านมาหรือที่กำลังเป็นอยู่เป็นระบบบริการที่มุ่งเน้นความสะดวกของเจ้าหน้าที่เป็นหลัก ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย และขาดความเข้าใจผู้ป่วย ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย เจ้าหน้าที่รับให้บริการอย่างเร่งรีบ ฉะนั้นมิติในการดูแลจึงเป็นได้เฉพาะมิติในเรื่องโรค เท่านั้น และที่สำคัญรูปแบบการจัดบริการดังกล่าวไม่ได้ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยตามลักษณะของปัจเจก แต่เน้นการให้ความรู้ภาพรวม คำแนะนำที่ให้เหมือนกันหมด และเป็นการสื่อสารช่องทางเดียว ซึ่งไม่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทชีวิตของผู้ป่วย จึงไม่สามารถพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จุดอ่อนของระบบบริการซึ่งยึดการบริการเป็นศูนย์กลาง จัดระบบยึดความ

สะดวกสบายในการให้บริการเป็นหลัก ไม่ได้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวไม่กระทบต่อการดำรงชีพเท่าไรนัก เพียงแค่ไปรับยา และกินยาผู้ป่วยยังใช้ชีวิตปกติ แต่ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน แล้ว จนเกิดอัมพฤกษ์ และหลอดเลือดหัวใจตีบ และเกิดภาวะร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ปวดเข่า เก๊าท์ จะกระทบต่อการดำรงชีพมาก ประกอบกับอายุที่มากขึ้นทำงานไม่ไหวและเป็นภาระกับคนในครอบครัว การช่วยเหลือพึ่งพา จากครอบครัว ลูกหลานญาติพี่น้อง ได้รับการช่วยเหลือด้านอาหาร การเงิน การรับส่งไปโรงพยาบาล จัดยาให้กิน ในผู้ป่วยบางรายที่อยู่เพียงลำพังผู้ป่วยยังต้องปรับตัวและพึ่งตนเองในทุกเรื่อง ทั้งการทำมาหากิน การเจ็บป่วย

สาระการเรียนรู้

1. บริบทชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกับการทำมาหากิน

บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการต้องเข้าใจบริบทชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีเพียงโรคเดียว ไม่ใช่จะมีผู้ดูแลเอาใจใส่ ทุกราย และสามารถที่จะมารักษาตามนัดได้ทุกครั้ง ผู้ป่วยแม้อายุจะมากขึ้น ถึงแม้จะอยู่กับครอบครัว หรืออยู่ตามลำพัง ก็ยังต้องทำมาหากิน ผู้ป่วยจึงมองเรื่องการดำรงชีพสำคัญกว่าสุขภาพ

2. บริบทชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกับการดูแลสุขภาพ

บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการต้องทำความเข้าใจกับในชีวิตจริงของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อปรับคำแนะนำให้เหมาะสม เพราะชีวิตจริงไม่มีสิทธิ์เลือกว่าอันไหนกินได้กินไม่ได้ บางรายยังชีพด้วยเงินเพียงเล็กน้อย การกินจึงเป็นไปเพื่อประหยัด และอยู่ได้เท่าที่เงินมีไม่ได้กินเพื่อลดความดัน ลดอาหารมัน อย่างที่บุคลากรสาธารณสุขแนะนำ

บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการต้องเข้าใจการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่อยู่ในบริบทการดำเนินชีวิต ชีวิตแต่ละบุคคลในขณะหนึ่งๆ ย่อมมีภาระความลำบากและทุกข์ของตนเอง ต้องปรับตัว เรียนรู้การดูแลสุขภาพเองเท่าที่ทำได้ตามศักยภาพและชีวิตของตนเอง

3. ความดันโลหิตสูงและสุขภาพที่ระดับวิกฤติมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้การดำเนินชีวิตยากลำบาก จำเป็นต้องพึ่งพาคคนอื่นทั้งในด้านความเป็นอยู่หรือการทำมาหากิน เช่น โรค หอบหืด อัมพฤกษ์ อัมพาต เบาหวาน เก๊าท์ ปวดเข่า ปวดหลัง เป็นต้น ตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง เป็นความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวาย และหอบหืด ทำให้ทำงานไม่ไหว ลูกชายเมาเหล้าไม่ให้เงิน ต้องอดมือกินมือ ต้องอดทนไปช่วยเพื่อนบ้านทำงานแลกอาหาร เมื่ออาการหนักแรงใจหลานที่ต้องพาไปโรงพยาบาล

4. การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดจากความต้องการและความพร้อม

การปรับพฤติกรรมเกิดจากความต้องการที่ประจักษ์ และความพร้อมของผู้ป่วยเท่านั้น มิใช่การขอร้อง บังคับ หรือทำให้กลัว แม้บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการจะแนะนำให้งดอาหารเค็ม หรือให้ออกกำลังกาย ด้วยให้เหตุผลว่าอาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตกเป็นอัมพาต หรือเสียชีวิตได้ แต่คนที่ไม่มีความพร้อมก็ไม่สามารถทำตามได้ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า ความดันขึ้นสองร้อยก็ไม่เห็นเป็นอะไร หมอไม่ต้องมาสอน พร้อมยกมือห้าม ผมต้องทำงานใช้หนี้ เป็นต้น คนเหล่านี้ไม่ได้มีความพร้อมต่อการมารับยา กินยา ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย แม้จะพูดแนะนำก็ไม่เป็นประโยชน์จึงจำเป็นต้องแยกแยะว่าผู้ป่วยมีความพร้อมและต้องปรับพฤติกรรมหรือไม่ ไม่ใช่ให้คำแนะนำเหมือนกันหมด

5. การเรียนรู้ของผู้ป่วยเกิดจากประสบการณ์ตรงมากกว่าคำบอกเล่า

มีผู้ป่วยสูงอายุหลายรายที่รับประทาน ยาไม่สม่ำเสมอ บางรายหยุดยา หลายรายกินอาหารตามปกติ ไม่งดเค็ม ก็ไม่มีอาการผิดปกติอะไร แต่บางรายเมื่อเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจนเป็นอัมพฤกษ์ จึงหันมากินยาสม่ำเสมอ ควบคุมอาหาร หรือในผู้ป่วยบางรายลองกินสมุนไพรระยะหนึ่งพอระดับความดันโลหิตยังเหมือนเดิมจึงหยุดกิน การเรียนรู้ของผู้ป่วยจึงเกิดจากประสบการณ์มากกว่าจะทำตามคำแนะนำของหมอ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทชีวิต รวมทั้งความพร้อมและความต้องการในการปรับ

พฤติกรรมของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการต้องเรียนรู้ไปพร้อมกับผู้ป่วย

6. ข้อเสนอแนะ

ด้านการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ผู้สอนนำองค์ความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาสอดแทรกในเนื้อหาการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และออกแบบการสอนในภาคปฏิบัติให้นักศึกษาได้ศึกษาบริบทชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ก่อนวางแผนให้การดูแล

ด้านการบริการ บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการควรศึกษาและทำความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อปรับการให้บริการและประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

ด้านการศึกษาวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และในผู้ป่วยวัยอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมดูแลตนเองและบริบทชีวิตของผู้ป่วยเพื่อขึ้นเป็นการพัฒนาองค์ความรู้

7. บรรณานุกรม

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). รายงานประจำปี 2558 ANNUAL REPORT 2015. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

จรรยา ดวงแก้ว. (2553). การพัฒนาคลินิกเบาหวาน แนวใหม่ : ศูนย์ดูแลตนเองอย่างยั่งยืนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลป่าต้ว จังหวัดภูเก็ต. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

ชลนกุล คำนิง. (2544). การรับรู้และการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นรรธฐิยา ผลขาว และคณะ. (2553). ลีลาชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ความจริงเบื้องหลังน้ำตาลในเลือด. เอกสารประกอบการประชุม

วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปี 2553 “ชีวิตคือ การศึกษาการศึกษาคือชีวิต”

นพวรรณ จงวัฒนา และคณะ. (2541). แบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการ การ รักษาพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียง. วิทยาลัยพระพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี.

พนิดา กุลประสูติติก. (2543). อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.

รัชดา จำปาและสุวดี ชูสุวรรณ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดราชบุรี. (2559). รายงาน สรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นตรวจราชการและนิเทศงานกรม ปกติ ปีงบประมาณ 2559 จังหวัดราชบุรี เขตบริการสุขภาพที่ 5 รอบที่ 1 วันที่ 10-12 กุมภาพันธ์ 2559.

Brady,B. & Nies,M.A. (1999). Health promotion and lifestyles and exercise: A comparison of African above and below poverty level. *Journal of Holistic Nursing*, 17,197-207.

Miller,R.A. (1999). *Nursing care of older adults :Theory and practice*. Philadelphia: Lippincott.

Pender,N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. (2th ed.).New York: Appleton&Lange.

Pender,N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3th ed.).New York: Appleton&Lange.