

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ภาวะความดันโลหิตสูง

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังรักษาไม่หายขาดและเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อย ภาวะความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการปรากฏมาเป็นปี ๆ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาควบคุมความดันโลหิตให้คงที่อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เช่น หัวใจวาย อัมพาต ไตวาย หรือเกิดภาวะเลือดเกาะเข้าในผนังหลอดเลือดใหญ่ทำให้แตกได้ (Dissecting Aneurysm) ดังนั้นการดูแลรักษาตั้งแต่ต้น ตลอดจนการเรียนรู้ข้อปฏิบัติและทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องจึงเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาและป้องกันไม่ให้ภาวะอื่นถูกทำลาย (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2541)

ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง การที่วัดความโลหิตของผู้ป่วยอย่างน้อยสองครั้งในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ถ้าพบว่าความดันโลหิตผิดปกติมากกว่าสองครั้งขึ้นไปโดยที่ค่าเฉลี่ยของ ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือในผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่ ถึงแม้ว่าความดันปกติก็ตาม จะถือว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีภาวะความดันโลหิตสูง (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 6 [JNC-6], 1997 อ้างถึงใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Henshaw, 2000; Levine, 2000)

ประเภทของภาวะความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิตนอกจากจะใช้จำแนกภาวะความดันโลหิตสูงออกจากความดันโลหิตปกติแล้ว ยังสามารถใช้จำแนกประเภทของภาวะความดันโลหิตสูงได้ด้วย แต่โดยทั่วไปแล้วภาวะความดันโลหิตสูงมักจะจำแนกตามสาเหตุการเกิด จำแนกตามระดับความดันโลหิต และจำแนกตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิด สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1.1 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic or Primary or Essential Hypertension) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งโดยปกติจะเกิดในผู้ที่มีอายุ 30-50 ปี ในความเป็นจริงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยที่เชื่อว่าอาจส่งเสริมให้เกิด ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือมีไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Levine, 2000)

1.2 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) จะพบได้น้อยกว่าร้อยละ 5 อาจเกิดจากการตีบของหลอดเลือดแดงเออร์ตา การมีพยาธิสภาพของไต ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท เช่น การบาดเจ็บของศีรษะ ฯลฯ ความผิดปกติในการหายใจขณะนอนหลับ ยา เช่น ยากระตุ้นประสาทซิมพาเทติก หรือยาเม็ดคุมกำเนิด ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ และโรคกรรมพันธุ์เป็นพิษ (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Levine, 2000)

2. ภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามระดับความดันโลหิต สามารถแบ่งระดับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 7 [JNC-7], 2003)

ความดันโลหิตสูง	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	<120	และ	<80
ปกติค่อนข้างสูง	120-139	หรือ	80-89
ระดับเล็กน้อย	140-159	หรือ	90-99
ระดับรุนแรง	≥160	หรือ	≥100

3. ภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย (WHO cited in Chobanian et al., 2003) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

3.1 ระดับที่ 1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

3.2 ระดับที่ 2 ตรวจพบอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้

3.2.1 หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left Ventricular Hypertrophy) มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว

3.2.2 สมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โรคหลอดเลือดสมอง สมองบวม

3.2.3 หลอดเลือดแดงบริเวณเรตินา (Retina) มีการตีบทั่วๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วนหรือมีเลือดออกในเรตินา และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม

3.2.4 ไควาย มีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และ/หรือ ระดับครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดมากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย และ 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง

3.2.5 หลอดเลือด ตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ (Ultrasound) หรือตรวจรังสีพบแผ่นคราบไขมัน (Plaque) เกาะในผนังหลอดเลือดแดง มีการโป่งพองของหลอดเลือด (Dissecting Aneurysm) หรือมีอาการของโรคหลอดเลือดอุดตัน

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากพบมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด และอาการของภาวะความดันโลหิตชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุจะเริ่มเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นทีละน้อยโดยไม่แสดงอาการที่ผิดปกติออกมา จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งมีอาการชัดเจน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น หัวใจโต หัวใจวาย ขอบประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองและไตเสื่อมหน้าที่ (Chobanian et al., 2003)

อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง

ในระยะแรกหรือในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มักไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง ที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง หรือไม่คอยให้ความร่วมมือในการรักษา จึงเรียกภาวะความดันโลหิตสูงว่า “Silent Killer” (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) การวินิจฉัยส่วนใหญ่มักพบได้จากการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อโรคดำเนินไปเรื่อย ๆ โดยปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนาน ๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมีอาการต่าง ๆ ปรากฏได้ แต่อาการที่พบก็มักไม่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย

โดยเฉพาะหลังตื่นนอนในตอนเช้า ตามัว เลือดกำเดาไหล เวียนศีรษะ มึนงง ใจสั่น และอ่อนเพลีย
ง่าย เมื่อมีความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและอวัยวะเป้าหมายถูกทำลาย อาจพบอาการ
ปัสสาวะมากผิดปกติ กระหายน้ำ ใจสั่น เจ็บหน้าอก และอาจหายใจลำบากขณะออกกำลังกาย
หนัก หรือนอนราบจากภาวะหัวใจวายได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; พิงใจ งามอุโฆษ, 2541;
Kannel, 2003)

ผลของภาวะความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะในร่างกาย

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แม้จะมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีโอกาสเกิด
ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่ภาวะแทรกซ้อนนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วนับว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต และ
มีผลเสียต่ออวัยวะที่สำคัญ ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงจะสัมพันธ์กับการเกิด
หลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเป็นทั้งส่วนประกอบและเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง หรือเกิดจาก
ภาวะความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง ซึ่งเรียกว่า “Target-Organ Disease”
อันได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไตและโรคของ
จอประสาทตา (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and
Treatment of High Blood Pressure 5 [JNC-5], 1993 cited in Porth, 1998) ผลของภาวะความดัน
โลหิตสูงต่ออวัยวะของร่างกาย มีดังนี้

1. หัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูงมีการตีบของหลอดเลือดแดง จากหลอดเลือดแดงแข็งตัว
เยื่อภายในเส้นเลือดขาดความยืดหยุ่น และการเปลี่ยนแปลงของหัวใจทั้งโครงสร้างและหน้าที่ ซึ่ง
แรงให้เกิดหลอดเลือดตีบเรื้อรังขึ้น (Kannel, 2003) ทำให้หัวใจห้องล่างต้องทำงานหนัก จนในที่สุด
เกิดโรคหัวใจวาย (Levine, 2000; Swales, 1995; Woods, 2002) ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย
ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และตามมาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งพบในเพศชายเป็นสองเท่า
ของเพศหญิง (Kannel, 2003) โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า
140/90 มิลลิเมตรปรอทมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการเจ็บหน้าอก โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการตาย
แบบเฉียบพลันได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตในระดับปกติถึง 2-3 เท่า (Wilson, 1995 cited in
Kannel, 2003)

2. สมอง ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันและ
ขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุด โดยผู้ที่มีภาวะความดันโลหิต
สูงเพียงเล็กน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 4 เท่าและเป็น
สาเหตุการตายถึงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศสหรัฐอเมริกา (Groer, 2001)
นอกจากนี้ระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยที่สูงเกินระดับ 150 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้มีการเพิ่มการ
ไหลเวียนมากจนเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อสมองได้ ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยจะมี

อาการทางสมอง (Hypertensive Encephalopathy) และผู้ป่วยจะตายอย่างรวดเร็วจากสมองถูกทำลาย (พิบูล บุญช่วง, 2539; Levine, 2000)

3. ไต ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไตระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยแอฟริกันอเมริกัน โดยผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังหรือความดันโลหิตสูงมากจะมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไตหนาและแข็งขึ้น ทำให้มีการตีบแคบของหลอดเลือดและมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยซึ่งส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง ทำให้เกิดการฝ่อของท่อไต โกลเมอรูลัสถูกทำลายและเกิดการตายของหน่วยไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงและไตวาย ซึ่งพบว่าถ้าควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกไม่ได้จะเร่งให้อัตราการกรองที่ไตเสื่อมลง 4-8 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี ซึ่งถ้าระบุว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึงการทำหน้าที่ในการขับของเสียจากการกรองที่ไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ร่วมกับมีระดับ Creatinine มากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย หรือมากกว่า 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง หรือพบ Albuminuria มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือ 200 มิลลิกรัมต่อ Creatinine 1 กรัม (JNC-7, 2003) หรืออาจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือพบ Microalbuminuria ในปัสสาวะมากขึ้นผิดปกติ (30-300 มิลลิกรัมต่อวัน) ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2544; Levine, 2000)

4. หลอดเลือด การมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงหนาและแข็ง ขาดความยืดหยุ่นทำให้การไหลเวียนไม่สะดวก ส่งผลให้อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด หลอดเลือดเออตาเรติกขาด หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) และเกิดโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย เช่น อาการปวดที่เกิดจากการขาดเลือด ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเมื่อมีการเคลื่อนไหวเป็นอาการที่พบได้บ่อย (Levine, 2000)

5. ตา จอประสาทตาเป็นอวัยวะเพียงอวัยวะเดียวในร่างกายที่สามารถมองเห็นหลอดเลือดได้โดยตรง ดังนั้นเมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือดที่จอประสาทตาจึงเป็นข้อบ่งชี้ว่าหลอดเลือดที่หัวใจ สมอง และไตก็เสื่อมลงด้วย ในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอประสาทตา คือ หลอดเลือดฝอยตีบแคบอย่างรวดเร็ว และมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกในจอตา และหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (Scotomata) ตามัว และอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ (Levine, 2000; Woods, 2002) และอาจทำให้มีเลือดออกบนจอประสาทตาดำย (Kannel, 2003)

จะเห็นได้ว่า อันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงคือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญของร่างกายอันได้แก่ หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และ ตา ดังนั้นการรักษาและควบคุมระดับ

ความดันโลหิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดตามมาได้

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

เป้าหมายในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง คือ การลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะเป้าหมายอื่นๆ มิให้เสียหาย ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมักจะต้องใช้ทั้งวิธีการรักษาด้วยการใช้ยา (Pharmacological Therapies) ร่วมกับวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life-Style Modification) (Groer, 2001; JNC-7, 2003) ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา เป้าหมายของการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตเพื่อลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย และเพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้ 8 กลุ่มดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, 2546; Porth, 1998; Woods, 2002)

กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่จัดไว้ในกลุ่มที่เลือกใช้อันดับแรกและเป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยส่งเสริมการขับน้ำ ลดการดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับของไต ส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง และลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีด้วย และเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความดันโลหิต นอกจากนี้ยังมีประสิทธิภาพในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง และยังช่วยลด Coronary-Related Events ตลอดจนช่วยลด Left Ventricular Mass (LVM) ได้ซึ่ง การลด LVM จะช่วยให้หัวใจห้องล่างทำงานได้ตามปกติ หรืออาจช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นด้วยยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Furosemide, Spironolactone, Metolazone, Amiloride, Hydrochlorothiazide เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะที่สำคัญ คือ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (ยกเว้นกลุ่มยาขับปัสสาวะที่ช่วยเก็บโพแทสเซียม) การเสียสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ และภาวะขาดน้ำ

กลุ่มที่ 2 ยาปิดกั้นเบตา-อะดรีเนอร์จิก (Beta-Adrenergic Blockers) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยรวมกับ Beta-Adrenergic Receptors ที่อยู่ในหัวใจและหลอดเลือดแดงเพื่อยับยั้งการตอบสนองของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดการหลั่งเรนิน และลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Atenolol, Carvedilol, Propranolol, Labetalol เป็นต้น ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ ทำให้มีอาการปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย และระคายเคืองกระเพาะอาหาร ดังนั้นจึงต้องวัดความดันโลหิตบ่อย ๆ สังเกตอาการหัวใจเต้นช้า

กลุ่มที่ 3 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยูรอบ ๆ เส้นเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว หลอดเลือดขยายและลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง แต่มักทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้นทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น และมีการกั่งของน้ำและโซเดียม ดังนั้นจึงมักใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะและยาด้านเบต้า ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Hydralazine Hydrochloride, Minoxidil เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วและปวดศีรษะ

กลุ่มที่ 4 ยาประเภทปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม (Calcium Channal Blockers) ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นช่องทางเข้าของแคลเซียมไม่ให้เข้าไปในหัวใจและเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดอาร์เทอร์โอยล ส่งผลให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดทั่วร่างกายคลายตัว แรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือดลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการนำกระแสไฟฟ้าของเวนทริเคิล ลดการบีบตัวของหัวใจ ลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดการไหลกลับของเลือดดำ และยับยั้งหลอดเลือดในการตอบสนองต่อ Norepinephrine หรือ Angiotensin ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amlodipine, Nifedipine, Verapamil, Diltiazem เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ อาการปวดศีรษะ มึนงง ใจสั่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือมี Heart Block ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน น้ำคั่งและบวมได้

กลุ่มที่ 5 ยาประเภทยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซิน ทุ (Angiotensin Converting Enzyme [ACE] Inhibitors) ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง ACE ในการเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นแอนไอซึมที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ดังนั้นจึงเหมือนกับการป้องกันการหลั่งเรนิน และยับยั้ง Bradykinin Degradation ทำให้ไม่เกิดการสร้าง Angiotensin II และกระตุ้นการสร้าง Prostaglandin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และบางครั้งยังช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกด้วย นอกจากนั้นการลดลงของ Angiotensin II ยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) ลดการไหลเวียนเลือดในไต ลดอัตราการกรองที่ไต ลดการดูดกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ยาในกลุ่มนี้ลดความดันโลหิตโดยไม่เปลี่ยนแปลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ไม่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ไม่รบกวนความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากเปลี่ยนอิริยาบถ ประสิทธิภาพของยาในกลุ่มนี้ดีพอ ๆ กับยาขับปัสสาวะ และยาด้านเบต้า และสามารถใช้ได้ดีในผู้สูงอายุ แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงที่ไตตีบ เนื่องจากยาจะยับยั้งการหลั่งอัลโดสเตอโรน ทำให้มีการเพิ่มของระดับโพแทสเซียมในเลือด อาจเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Captopril, Enalapril, Lisinopril เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ อาจทำให้

เกิดอาการพิษจากยาจิตาติสได้ง่าย เม็ดเลือดขาวต่ำ รู้สึกยิบ ๆ ยับ ๆ ตามร่างกาย ปากแห้ง ไอ และ ไตเสียหายที่ ยากลุ่มนี้ไม่ควรใช้ร่วมกับยาลดกรด

กลุ่มที่ 6 ยาประเภทปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II Receptor Blocker: ARBs) ออกฤทธิ์ในการจับกับ AT_1 -Receptors แทน Angiotensin II ซึ่งทำให้ไม่ออกฤทธิ์ต่อ หลอดเลือด ช่วยขยายหลอดเลือดโดยไม่ทำให้ระดับของ Bradykinin เพิ่มขึ้น และไม่ให้มีการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) ทำให้ลดความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยที่มี อาการไอจากการใช้ยากลุ่ม ACE Inhibitors แพทย์มักเปลี่ยนมาใช้ยาในกลุ่มนี้แทน นอกจากนี้ยัง ช่วยลด LV Filling Pressure และ Afterload ป้องกันอันตรายต่ออวัยวะเป้าหมาย และป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีอาการดีขึ้น ยากลุ่มนี้มีค่าครึ่งชีวิตสั้นถูกเปลี่ยนสภาพเป็นเมตาบอไลต์ที่มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตนานถึง 24 ชั่วโมง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Candesartan, Losartan, Vasartan เป็นต้น

กลุ่มที่ 7 ยาประเภทปิดกั้นแอลฟาวัน อะดรีเนอจิก (α_1 -Adrenergic Blockers) ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดส่วนปลายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ โดยการปิดกั้นผลของ Norepinephrine ที่มีต่อตัวรับแอลฟา (α -Receptors) โดยลดผลจากระบบซิมพาเทติกต่อ กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายอยู่ในระดับที่ปกติ ซึ่ง ไม่รบกวนปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที อัตราการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนเลือดผ่าน ไตและอัตราการกรองที่ไต ทำให้เกิดใจเต้นได้น้อยกว่า Direct Vasodilators แต่ทำให้เกิด ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถได้มากกว่า ยากลุ่มนี้มักให้ร่วมกับยากลุ่มอื่น ๆ เสมอ เนื่องจากถ้าใช้ยากลุ่มนี้เพียงกลุ่มเดียวจะทำให้ปวดศีรษะ กระวนกระวาย เพิ่มความเสี่ยงของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใจเต้น เจ็บหน้าอก และหัวใจวายได้ ซึ่งยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Prazosin, Terazosin, Doxazosin เป็นต้น

กลุ่มที่ 8 ยาประเภทกระตุ้นแอลฟาทู (Central α_2 -Agonists) ยาที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ ที่ Central ได้แก่ Clonidine, Methyldopa, Guanabenz, Guanfacine ยาเหล่านี้จะมีคุณสมบัติเด่นเป็น α_2 -Receptor Agonists การกระตุ้น α_2 -Receptors ในสมองส่วนที่เป็น Vasomotor Center จะลด Sympathetic Outflow ที่ส่งไปยังระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ลด อัตราการเต้นของหัวใจ และทำให้หลอดเลือดขยายตัวช่วยลด Vascular Resistance ดังนั้นจึงมีผลลด ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะเมื่อได้ยา Clonidine หรือ Guanabenz ในขณะที่ Baroreceptor Reflex จะปกติ ดังนั้น การเปลี่ยนท่าทางจึงไม่ทำให้เกิดอาการความดันโลหิตต่ำ อย่างไรก็ตามการให้ยาใน กลุ่มนี้เมื่อหยุดยากระทันหันโดยไม่ได้ลดขนาดยาอย่างเป็นลำดับอาจทำให้เกิด Rebound Hypertension โดยเฉพาะยา Clonidine และ Guanabenz โดยมีสาเหตุมาจากการเพิ่มการหลั่ง

Norepinephrine ซึ่งถูกยาตกการหลั่งเอาไว้ที่บริเวณ Presynaptic Receptors โดยทั่วไปแล้วยาในกลุ่มนี้จะไม่ใช่เป็น First Line Drug ในการรักษาผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีความดันโลหิตสูงในคนตั้งครรภ์ Methylodopa ยังเป็นที่นิยมและเป็นยาที่แนะนำให้เลือกใช้ นอกจากนี้ยังใช้ในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีอาการของ ไมเกรน (Migraines) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Clonidine, Methylodopa, Guanabenz, Guanfacine เป็นต้น

2. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือการรักษาโดยไม่ใช้ยา จากการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การลดหรือควบคุมน้ำหนัก การจัดการด้านอาหาร การงดสูบบุหรี่ การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัด ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในรายที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงในช่วงต้น ๆ ซึ่งต้องใช้เวลายาวนาน 3 ถึง 6 เดือน (JNC-5, 1993 cited in Harkness & Dincher, 1999) ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงมากจะต้องใช้วิธีการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยลดปริมาณการใช้ยาลดความดันโลหิตได้ (JNC-5, 1993 cited in Harkness & Dincher, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกรายควรได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างสม่ำเสมอ โดยที่การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติ ได้แก่

2.1 การลดหรือควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาพบว่า การลดหรือควบคุมน้ำหนักในกรณีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² ก็ควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่สำหรับในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชายที่มีค่าดัชนีมวลของร่างกายมากกว่า 27.8 กิโลกรัม/เมตร² และในเพศหญิง 27.3 กิโลกรัม/เมตร² เมื่อน้ำหนักลดลง 1.8 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 1 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจึงควรลดน้ำหนักลงร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัว (Groer, 2001) หรือการลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัมสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (JNC-7, 2003) นอกจากการลดน้ำหนักจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยลดระดับไขมันในกระแสเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และนำไปสู่การรู้สึกมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเองที่ดีขึ้นด้วย (Groer, 2001; Harkness & Dincher, 1999) แต่การลดน้ำหนักเป็นวิธีการที่ค่อนข้างยากและล้มเหลวได้ง่าย ดังนั้นจึงต้องสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

2.2 การจัดการด้านอาหาร จากการศึกษาพบว่า การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปควรจำกัดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมาก เช่น น้ำปลา กะปิ ซีอิ๊ว รวมทั้งพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็ม หรืออาหารตากแห้ง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัมต่อวัน จะสามารถลดความดันโลหิตได้ถึง 10/5 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานโซเดียมไม่เกิน 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัม หรือเกลือโซเดียม 6 กรัม) นอกจากนี้ในแต่ละวันควรรับประทานโพแทสเซียมมากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวัน แคลเซียม 800-1,200 มิลลิกรัม และแมกนีเซียมให้เพียงพอ นอกจากนี้ควรรับประทานผลไม้และผักมาก ๆ และลดการรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล เช่น เนย น้ำมันหมู หรือหอยนางรม เป็นต้น และในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินควรลดการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูงด้วย (Harkness & Dincher, 1999; JNC-7, 2003; Levine, 2000)

2.3 การงดสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและที่มีผลต่อผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัว และส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นภายหลังการสูบบุหรี่ใน 15-30 นาที นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ร่างกายจะต้านต่อการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ทำให้ต้องใช้ขนาดยาเพิ่มขึ้น (Harkness & Dincher, 1999; Kaplan, 1998; Levine, 2000)

2.4 ลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์ต่อวัน (30-60 มิลลิลิตร) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และยังทำให้ลดประสิทธิภาพการรักษาความดันโลหิตซึ่งส่งผลต่อเนื่องให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ควรลดปริมาณลง โดยสามารถดื่มได้ในปริมาณที่กำหนดในแต่ละวัน เช่น เอทานอล 30 มิลลิลิตร เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตร ไวน์ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร หรือวิสกี้ไม่เกิน 15 มิลลิลิตรในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงหรือผู้ที่มีน้ำหนักน้อยควรดื่มเอทานอลไม่เกิน 15 มิลลิลิตรต่อวัน เนื่องจากปริมาณดังกล่าวไม่มีผลต่อการเพิ่มของความดันโลหิตและยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย แต่ควรระวังในผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนเช่น โรคเบาหวาน และโรคตับ (Harkness & Dincher, 1999; JNC-7, 2003; Levine, 2000)

2.5 การออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายระดับปานกลาง คือ การออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนประมาณร้อยละ 40-60 ของความต้องการออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย เป็นการออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิคหรือแอโรบิก (Isotonic or Aerobic Exercise)

อันได้แก่ การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ และการขี่จักรยาน เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ของร่างกายอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การออกกำลังกายวิธีดังกล่าวมีผลต่อการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยที่การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 4-9 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งการออกกำลังกายควรทำอย่างน้อยวันละ 30 นาทีทุกวันหรืออย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ และควรเริ่มออกกำลังกายอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อยเท่าที่ร่างกายสามารถปรับได้ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการตรวจร่างกายทั้งหมดก่อนที่จะเริ่มออกกำลังกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Harkness & Dincher, 1999; JNC-7, 2003)

2.6 การจัดการกับความเครียด จากการศึกษาพบว่า ความเครียดทางอารมณ์ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ได้อย่างรวดเร็ว ถ้าบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถปรับตัวหรือหาทางออกได้ จะทำให้ร่างกายตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นโดยมีความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าเป็นอยู่นานโดยไม่ได้รับการแก้ไขอาจมีภาวะความดันโลหิตสูงตามมา ดังนั้นการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเทคนิคที่ใช้ในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ โยคะ การทำสมาธิ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย (Biofeedback) เป็นต้น ซึ่งวิธีเหล่านี้มีประโยชน์ต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542; Harkness & Dincher, 1999; Porth, 1998) โดยเฉพาะการผ่อนคลายจะช่วยลดการตอบสนองต่อ Norepinephrine ในเลือด ทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสงบและความวิตกกังวลลดลง ทำให้การเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น แต่ผลของวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงเพียงชั่วคราวเท่านั้น ยังไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าวิธีการใดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในระยะยาว อย่างไรก็ตามเทคนิคการผ่อนคลายมีผลลดความเครียดซึ่งเป็นผลดีต่อจิตใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

2.7 การมาตรวจตามนัด จากการศึกษาพบว่า เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมาตรวจตามนัดทุกครั้งถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัดจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการตรวจร่างกาย เพื่อติดตามผลการรักษาและค้นหาความผิดปกติของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อหาทางป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ล่วงหน้า ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อ

ผู้ป่วยมีปัญหาที่มีข้อคำถามก็สามารถซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรทางสุขภาพได้ (สุริย์ จันทร โมลี, 2535) และสิ่งสำคัญในการมาตรวจตามนัด คือ การมารับยาซึ่งแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนตามระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงจะเห็นว่า นอกจากการรับประทานยาครบตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ต้องการแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตก็เป็นวิธีการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษาให้ดียิ่งขึ้น เมื่อใช้วิธีการรักษาทั้งสองวิธีควบคู่กันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ย่อมทำให้การรักษาความดันโลหิตประสบผลสำเร็จ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยสำคัญถูกทำลาย ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และยึดมั่นในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

“Adherence” ถูกเสนอให้เป็นทางเลือกใช้แทน “Compliance” และได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ซึ่งได้รับการเสนอแนะว่า คำว่า “Adherence” ลดการคุกคามในสถานะที่เหนือกว่าของแพทย์ในสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในความหมายของ “Compliance” (Sackett et al., 1975) คำว่า “Adherence” จึงเป็นคำรวมระหว่าง การประสานงานและการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (Vermeire et al., 2001)

ส่วน บาร์รอฟสกี (1978) ได้เสนอให้แบ่งความต่อเนื่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อแผนการรักษาออกเป็น 3 ระดับ คือ Compliance, Adherence และ Therapeutic Alliance ซึ่งในแบบจำลองของ บาร์รอฟสกี (Barofsky, 1978 cited in Berg, 2002) Compliance หมายถึง การบังคับ ส่วน Adherence คือ การปฏิบัติที่มีแนวทางของผู้ป่วยและแนวทางของบุคลากรสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่สอดคล้องและตรงกัน และ Therapeutic Alliance คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ (Berg, 2002)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้คำว่า “Adherence” ซึ่งก็คือความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากมีความหมายที่ครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทของการรักษา และในปัจจุบันมีการใช้กันแพร่หลายกว่าคำอื่น ซึ่งจากการศึกษามีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือไว้ ดังนี้คือ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003; Lerman, 2005) ให้ความหมาย ความร่วมมือ (Adherence) คือ การให้ร่วมมือในการรักษาซึ่งต้องการการยอมรับของผู้ป่วยเกี่ยวกับคำแนะนำ โดยเชื่อว่าผู้ป่วยจะให้ความร่วมมืออย่างดีกับบุคลากรทางสุขภาพและยึดมั่นในการดูแลตนเอง ถ้ามีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพ ซึ่ง เบอร์ก (Berg, 2002) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ถ้าแผนการด้านสุขภาพถูกสร้างจากความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยน่าจะให้ความร่วมมือ (Adhering) ในแผนมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ยึดมั่นในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วยความร่วมมือในการรักษาโดยการรับประทานยาและความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยา

ความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในการรับประทานยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ อย่างถูกต้องตามหลักการบริหารยา ได้แก่ ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกวิธี โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามข้อบ่งชี้และข้อควรระวังดังที่กล่าวไว้ข้างต้นเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยใช้ยา ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มยาที่มีประสิทธิภาพที่ต่างกันจำนวน 8 กลุ่ม ทั้งนี้จะช่วยป้องกันและลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลรวมถึงคำแนะนำเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยา ชื่อ ชนิดและฤทธิ์ของยาต่อร่างกาย ขนาดและจำนวนครั้งของการใช้ยาในแต่ละวัน ผลข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไข ผลดีของการรับประทานยาตรงตามหลักการบริหารยาอย่างสม่ำเสมอ อันตรายจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างไม่สม่ำเสมอ หรือการหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่อาจมีฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของยาลดความดันโลหิต เช่น ยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ยาลดน้ำมูกที่มีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งจากความรู้ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยาได้อีกประการหนึ่ง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, 2546; Porth, 1998; Woods, 2002)

ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและ การทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Harkness & Dincher, 1999; JNC-7, 2003) ในปัจจุบันบุคลากรทางสุขภาพให้ความสนใจกับการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีการที่เหมาะสมทั้ง ในระยะที่โรคยังไม่รุนแรง และเหมาะสมกับผู้ป่วยทุกคนที่สามารถปฏิบัติได้สอดคล้องกับ การรักษาตามบริบทของการเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งนี้ไม่ต้องเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายเพียงแต่ ประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพให้มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคเท่านั้น อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตดังได้นำเสนอรายละเอียดไว้ข้างต้น จะทำให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพสูง ทั้งนี้ประเมินได้จากผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ใน ระดับปกติได้ และความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงลดลง

จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อ การควบคุมความดันโลหิตไม่ให้รุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง ที่อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวสามารถใช้ชีวิตอย่างสุขสบายเหมือนกับ คนปกติ ความร่วมมือในการรักษาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญและซับซ้อน โดยเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งในปัจจุบันปัญหานี้ได้รับความสนใจจากบุคลากร ทางสุขภาพมากขึ้น การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศสหรัฐอเมริกาสาเหตุจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย ประมาณ 100,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 10 และ ต้องรับการรักษาที่บ้านร้อยละ 20 (Morris & Schulz, 1992; Donovan, 1995 cited in Vermeire et al., 2001) จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษาเป็นกุญแจสำคัญที่เชื่อมระหว่างกระบวนการ และผลลัพธ์ในการรักษา การไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจมีผลกระทบที่ สำคัญต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งจากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 26.3 (ปราณี มหาศักดิ์พันธุ์, 2538) ในขณะที่การศึกษาของ พาเทลและเทเลอร์ (Patel & Taylor, 2002) พบร้อยละ 67.7 ดังนั้นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือและยึดมั่นในการปฏิบัติให้ สอดคล้องกับแผนการรักษา คือ บุคลากรทางสุขภาพต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือ

ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา อันจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุต่อไป

การประเมินความร่วมมือในการรักษา

ฟาร์มเมอร์ (Farmer, 1999) แบ่งการประเมินความร่วมมือในการรักษาเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินทางตรงและทางอ้อม รายละเอียดดังนี้

1. การประเมินทางตรง จากการศึกษาพบว่า การประเมินทางตรงเป็นการพิสูจน์ว่า

ผู้ป่วยได้รับประทานยาจริง ประกอบด้วย การตรวจหายาหรือการเปลี่ยนแปลงของยาจากของเหลวในร่างกาย ที่ใช้กันบ่อย คือ เลือด ปัสสาวะ และการตรวจหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่มีคุณสมบัติเฉพาะกับยาหรือยาหลอก รวมถึงการสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยตรง (Farmer, 1999)

1.1 ประเมินระดับยาจากของเหลวในร่างกาย จากการศึกษาพบว่า การประเมินระดับยาจากของเหลวในร่างกาย เป็นการตรวจหาระดับยาหรือการเปลี่ยนแปลงในของเหลวต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อพิสูจน์ว่าผู้ป่วยได้รับยาก่อนหน้าที่จะทำการตรวจวิเคราะห์ (Farmer, 1999) วิธีการนี้สามารถสังเกตได้ มีความน่าเชื่อถือ และวัดเชิงปริมาณได้ (Kyngas et al., 2000)

1.2 ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ จากการศึกษาพบว่า ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพจะต้องเป็นสิ่งที่ไม่มีพิษ คงที่ ง่ายต่อการตรวจโดยรวม นั่นคือ สามารถให้ร่วมกับยาได้ ตัวบ่งชี้อาจใช้เพื่อตรวจหายาเป้าหมายหรือยาหลอก การตรวจหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเหมือนกับการตรวจหาระดับยาในของเหลวในร่างกายที่ไม่ค่อยได้รับการยอมรับในการประเมินความร่วมมือในการรักษา (Farmer, 1999)

1.3 การสังเกตผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาพบว่า การศึกษาทางคลินิกและบางสถาบัน ผู้ป่วยอาจถูกสังเกตการรับประทานยาโดยตรงโดยการติดตามอย่างใกล้ชิด วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่ได้รับการยอมรับและไม่ปฏิบัติกันในสถานการณ์ทั่วไป ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิดได้ง่าย อาจเกิดปัญหาด้านความพึงพอใจทางสังคม (Kyngas et al., 2000)

2. การประเมินทางอ้อม จากการศึกษาพบว่า การประเมินทางอ้อมเป็นวิธีการที่ใช้กันมากที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย การบอกเล่าจากผู้ป่วย การนับเม็ดยา การติดตามโดยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ และการบันทึกการใช้ยา ซึ่งการบอกเล่าของผู้ป่วย จะรวมถึงคำถามหรือการซักถาม การใช้บันทึกประจำวัน และการใช้แบบสอบถามด้วย (Farmer, 1999)

2.1 การบอกเล่าจากผู้ป่วย การได้รับการบอกเล่าจากผู้ป่วยว่ารับประทานยาอย่างไร เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการรักษา วิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาและการตัดสินใจว่าเชื่อถือได้หรือไม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) การเขียนบันทึกประจำวันของผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และ 3) คำถามที่ได้มาตรฐาน มีความตรง และความเฉพาะสำหรับ

ความร่วมมือในการรักษา ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความแม่นยำและความตรงของวิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วย คือ ทักษะในการสัมภาษณ์และโครงสร้างของคำถาม สัมพันธภาพและมารยาทของการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย คำถามในเชิงลบอาจเหมือนการกล่าวโทษผู้ป่วยว่าไม่ให้ความร่วมมือจะทำให้ผู้ป่วยมีอคติในการตอบคำถาม ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังในการสร้างคำถาม และควรใช้มารยาทที่ดีในการถามคำถามที่อาจก่อให้เกิดอคติได้ (Farmer, 1999) อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ก็เป็นวิธีการที่ง่าย ไม่แพง และเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากที่สุดที่นำมาใช้ทางคลินิก (Berg, 2002; Kyngas et al., 2000; Osterberg & Blaschke, 2005)

2.2 การบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพ วิธีการนี้เป็นการประเมินความร่วมมือทางอ้อมอีกวิธีการหนึ่ง ซึ่งวิธีการนี้ไม่น่าเชื่อถือ เพราะไม่มีการสังเกตลักษณะความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพเชื่อมั่นในความรู้สึกของตนเองและคาดคะเนเอาเอง (Steel et al., 1990 cited in Berg, 2002) อย่างไรก็ตามการบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพก็เป็นวิธีการที่รวดเร็ว ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และแบบแผนในการรักษาก็คงที่ ซึ่งวิธีนี้ก็ยังคงใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Berg, 2002)

2.3 การนับเม็ดยา การนับเม็ดยาเป็นวิธีการที่ใช้ประเมินการใช้จ่ายที่ใช้กันอยู่เสมอ เป็นวิธีการสังเกตการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การนับเม็ดยาเป็นการนับจำนวนยาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทาน เมื่อมาตรวจตามนัดหรือมารับบริการ ในคลินิก การนับจำนวนเม็ดยาใช้ในการประเมินความร่วมมืออย่างแพร่หลาย ทั้งในการศึกษาทางคลินิกและการปฏิบัติ เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่อาจประเมินความร่วมมือที่เกิดขึ้นจริงได้ ซึ่งมีข้อเสีย คือ การนับเม็ดยาบอกเพียงร้อยละของการรับประทานยานั้น แต่ไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานยา เช่น ขนาด เวลา การหยุดยา (การลืมรับประทานยาในแต่ละวัน) หรือเหตุผลของการหยุดยา เช่น ผลข้างเคียงของยา ซึ่งอาจเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกได้ (Farmer, 1999; Osterberg & Blaschke, 2005)

2.4 การติดตามด้วยเครื่องมืออัตโนมัติ วิธีการนี้เป็นการใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ทันสมัยวัดความร่วมมือได้อย่างละเอียด โดยมี Microprocessor สำหรับบันทึกและติดตามวัน เวลาในแต่ละวันที่ผู้ป่วยใช้ยาจากกล่องยาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานยาในแต่ละวันหรือสัปดาห์ ได้ รวมถึงการรู้ถึงแบบแผนในการรับประทานยาหรือไม่รับประทานยา ซึ่งมีประโยชน์ในการประเมินการตอบสนองทางคลินิก หรือผลข้างเคียงของยา และจัดเตรียมแนวทางหรือกิจกรรมที่เฉพาะมาช่วยปรับปรุงผู้ป่วยแต่ละราย (Besch, 1995 cited in Berg, 2002) แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัด คือ ถ้าผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ หรือจงใจหลอกจะทำให้ข้อมูลผิดพลาด นอกจากนี้อาจเกิดกรณีที่ผู้ป่วยมีความกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า และอาจมีอาการต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อไม่ให้ถูกดำเนินเมื่อ

รับประทานยาไม่ครบ การติดตามด้วยเครื่องมืออัตโนมัติเป็นวิธีการที่แพงและไม่สามารถปฏิบัติได้ในการศึกษาขนาดใหญ่ (Farmer, 1999; Kyngas et al., 2000)

2.5 ผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาหรือการป้องกัน จากการศึกษาพบว่า ในทางทฤษฎีถ้าประสิทธิภาพของยาดีและรับประทานอย่างถูกต้องจะทำให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น แต่ในสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ไม่เกิดขึ้นแสดงว่าความร่วมมือไม่ดี อย่างไรก็ตามอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นอาจมาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอาจไม่ได้บอกระยะเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา (Vermeire, 2001) แต่อาจเป็นวิธีที่มีประโยชน์เพราะเป็นวิธีการธรรมดาและง่ายต่อการปฏิบัติ (Osterberg & Blaschke, 2005)

2.6 การบันทึกการมาเติมยาตามแผนการรักษา การบันทึกการเติมยาช่วยให้ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการไม่รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนกำหนด และวิธีการใช้ยาที่นอกเหนือจากใบสั่งยา (Farmer, 1999) วิธีการนี้อาจประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยสูงเกินจริง แต่ก็นำมาใช้เพื่อสนับสนุนคำตอบจากการถามโดยตรงหรือแบบสอบถามได้ (Osterberg & Blaschke, 2005)

ในการประเมินความร่วมมือในการรักษา ดังกล่าวข้างต้นเป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งมีหลายวิธีให้เลือกใช้มีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน สำหรับการวิจัยนี้ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยทั้งความร่วมมือในการรับประทานยาและความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับแผนการรักษา จึงประยุกต์ใช้วิธีการประเมินดังกล่าว โดยเลือกใช้การประเมินความร่วมมือทางอ้อม ซึ่งเป็นการบอกเล่าจากผู้ป่วยด้วยวิธีการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวกและประหยัด สามารถประเมินได้ครอบคลุมทั้งความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาและความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ให้เข้ากับทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 2002) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนดังนี้ คือ ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา ประเมินโดยการใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา พัฒนาโดย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2004) ลักษณะ “ A Visual Analogue Scale ” โดยให้ประมาณค่าความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาเป็นร้อยละ และการประเมินการให้ความร่วมมือในการรักษาในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยการใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่พัฒนาโดย อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ (อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ, 2542 อ้างถึงใน สำราญ ขจรินทร์, 2544) ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด และการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถบ่งบอกความสามารถของบุคคลในการคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพและเพิ่มพูนความเป็นอยู่ที่ดี และความสำเร็จในอุดมการณ์ที่สูงสุดในชีวิต ทั้งตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Pender, 1996)

รูปแบบทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

รูปแบบทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) เป็นรูปแบบที่ได้นำไปศึกษาวิจัยมากที่สุดรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรกในปี ค.ศ. 1987 โดยอธิบายถึงแนวคิดพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เกิดจากทฤษฎี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการกระทำไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 1996) เพนเดอร์ จึงพัฒนารูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ (Revised Health Promotion Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ลดปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการกระทำ ผนวกคำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และลักษณะทางประชากรและทางชีววิทยา เข้าไปอยู่ในปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล นอกจากนั้นยังได้เพิ่มปัจจัย 3 ปัจจัย อันได้แก่ความรู้สึกรักใคร่ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ และทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2002) มีดังนี้

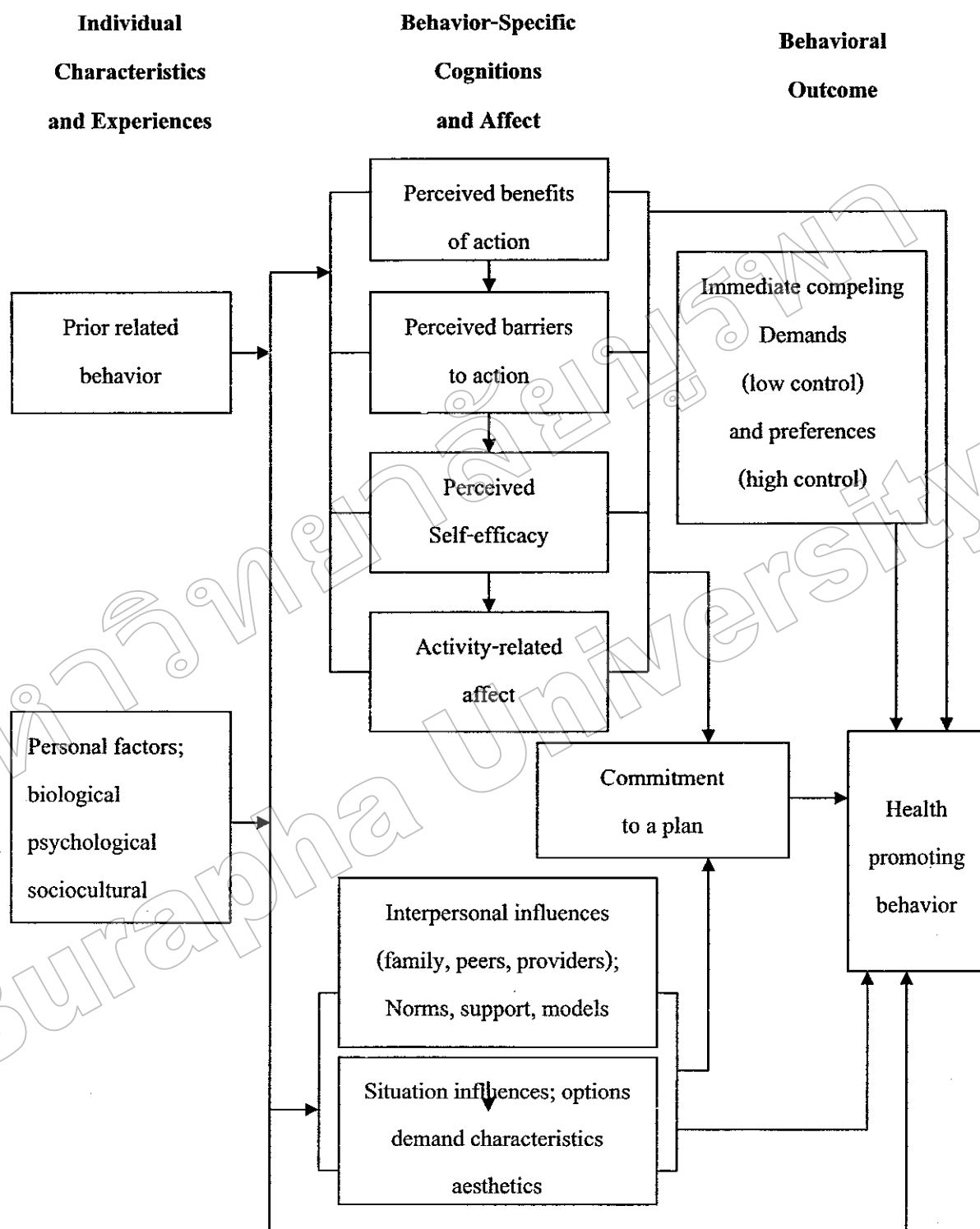
1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) บุคคลจะมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป ซึ่งการกระทำจะมีผลต่อบุคคลในภายหลัง ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วยพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมที่ทำบ่อย ๆ หรือที่ผ่านมามีความคล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นตัวที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วยปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ภาวะเข้าสู่วัยรุ่น ภาวะหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ความว่องไว และความสมดุล ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกรักใคร่ในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการให้ความสำคัญต่อสุขภาพ

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สถานะเศรษฐกิจและสังคม องค์ประกอบเหล่านี้ช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความสัมพันธ์นี้อาจจะเกิดขึ้นกับบางพฤติกรรมและบางกลุ่มประชากรเท่านั้น (Pender, 2002)

2. การรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific Cognitions and Affect) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceive Benefits of Action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดผลดีหรือผลบวกกับตน ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceive of Barrier of Action) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ โดยอาจจะเป็นสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นจากการคิดว่าจะเกิด เช่น การไม่มีเวลา ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง ความยากลำบาก เสียเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้บุคคลนั้น ไม่อยากปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceive Self-Efficacy of Action) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ที่คิดว่าตนเองสามารถกระทำให้สำเร็จได้ ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม (Activity-Related Affect) คือ ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังกระทำพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมนั้น ๆ อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นความคิด ความเชื่อ ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรม และยังรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและการเป็นแบบอย่างจากบุคคลอื่นด้วย ส่วนอิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational Influences) เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อันอาจส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การเข้าถึงระบบบริการ ลักษณะที่ต้องการและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (Behavior Outcome) ประกอบด้วย การยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ (Commitment to A Plan of Action) กล่าวคือ ถ้าบุคคลตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดแล้วพฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลยึดมั่นต่อแผนการกระทำนั้น ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมยังประกอบไปด้วยทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate Competing Demands and Preferences) เป็นความคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีการวางแผนที่จะกระทำและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจไม่ตรงกับการยึดมั่นต่อแผนที่กำหนดไว้ได้ (Pender, 2002)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model) (Pender, 2002)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

สำหรับการศึกษานี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ นั้นคือ การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุตนเอง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและ การทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังรายละเอียดในเรื่องการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเน้นเกี่ยวกับความเข้าใจ การประเมินและความตั้งใจในการไม่ร่วมมือในการรักษา ตั้งแต่ปี 1975 พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากกว่า 200 ปัจจัย แต่ไม่มีปัจจัยใดเลยที่คงที่ในการทำนายความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการวิจัยในปรากฏการณ์ความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งที่ซับซ้อน (Vermeire et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับการใช้แนวคิดส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในการศึกษาครั้งนี้คัดสรรปัจจัยต่าง ๆ ได้ 4 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง 2) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนเม็ดยาต่อวัน จำนวนมือในการรับประทานแต่ละวัน และผลข้างเคียงของยา 3) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะทางหรือระยะเวลาจากบ้านถึงสถานบริการ และ 4) ปัจจัยด้านการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการในคลินิกของบุคลากร สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลในการส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือของผู้ป่วยได้ รายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย ลักษณะประชากรและปัจจัยทางด้านร่างกาย ดังนี้

1. ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของ มาร์ติน-เรเยส และ โรดริเกวซ-โมแรน (Martin-Reyes & Rodriguez-Moran, 2001) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มที่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและกลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่มีความแตกต่างกัน แต่มีหลายการศึกษาพบความแตกต่างของลักษณะประชากร ดังนี้

1.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศจัดอยู่ในปัจจัยด้านชีวภาพที่บอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและบทบาททางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพ ซึ่ง เพนเดอร์ (Pender, 1996) พบว่ามีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง จึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกัน เพศที่แตกต่างกันจะบอกถึงการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน และเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ โฟเดอร์และคณะ (Fodor et al., 2005) ที่พบว่า เพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษามากกว่า เพศชาย ($p = .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ แนวนูต (Naewbood, 2005) ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .165, p < .05$) ส่วนเจอร์ราร์ดและคณะ (Girerd et al., 2001) ศึกษาการประเมินความร่วมมือในการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยยาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านความดันโลหิตสูง พบว่า เพศเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) ที่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันมีความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 100 คน อาจเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กเกินไปจึงไม่พบความแตกต่างของเพศที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

1.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวทางด้านสุขภาพ (Kasal & Cobb, 1996) และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) อายุที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมต่างกัน โดยอายุจะมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้มีความแตกต่างกันในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหาในชีวิต ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่า (Orem, 1985) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ของ รุ่งทิพย์ ไชยฉัตรเชาวกุล (2538) พบว่า อายุของผู้ป่วยที่แตกต่างกันทำให้ความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 โดยที่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เช่นเดียวกับ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ของ ปราณี มหาศักดิ์พันธุ์ (2538) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 เช่นเดียวกับผลการวิจัยที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายการให้ความร่วมมือในการรักษา (Girerd et al., 2001; Ross et al., 2004) หรือทำนายความล้มเหลวของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nelson et al., 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Fodor et al., 2005; Hadi & Rostami-Gooran, 2004; Rurik et al., 2004) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยที่มีอายุมากอาจมีประสบการณ์ เกิดอาการต่าง ๆ จากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และอาจมีความเคยชินในการรับประทานยาหรือปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาจนเป็นนิสัย ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าอาจยังต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการลืมนำยาพกติดตัวไปเพื่อรับประทานระหว่างทำงาน หรือต้องพบปะสังสรรค์บ่อยไม่มีโอกาสได้เลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับโรคของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวขัดแย้งกับผลการวิจัยบางงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Ch Yiannakopoulou et al., 2005; Miller et al., 2005; Wong et al., 2005) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความจำดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความหลงลืมซึ่งเกิดขึ้นตามวัยหรือไม่ใส่ใจตนเอง

2. ปัจจัยทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมโรค รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับอาการและโรคที่เกิดร่วม ซึ่งมีความสำคัญดังนี้

2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหรือการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลา ประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนผ่านมาเป็นเวลานานในชีวิต ดังนั้นมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สำหรับด้านการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งจึงจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดการรักษา ก่อนกำหนด ของ คาลด์เวลล์ และคณะ (Caldwell et al., 1970) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ยังคงรักษาต่อเนื่องมี ระยะเวลาการเป็นโรคนานกว่ากลุ่มที่ไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มที่มีระยะเวลา

การเป็นโรคนานมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประสิทธิภาพของการรักษา จากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมกก่อนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ของ รัตนา รุจิรกุลและคณะ (2537) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรับรู้ว่าคุณเองมีความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 1 ปี จะมีการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่รู้มานานแล้ว และผู้ที่รู้แล้ว ไปพบแพทย์ทันทีภายใน 2 สัปดาห์จะมีการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ที่ไม่ไปพบแพทย์ทันที ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานอาจมีความเบื่อหน่ายในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองสำหรับการรักษาโรค ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาตลอดช่วงชีวิตที่เป็นโรค ซึ่งภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) นั่นคือ การเจ็บป่วยทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการร่วมมือในการรักษาด้านต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด ฯลฯ ลดลงด้วย ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมในการรักษาไม่ต่อเนื่องได้ ส่วน ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ โดยระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ($r = -.154, p < .05$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ สุภาพ ใบแก้ว (2528) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคต่างกัน มีความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษานี้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 100 ราย ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการอ้างอิง ไปยังกลุ่มประชากรจึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษานี้

2.2 อาการและภาวะที่เกิดร่วม เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ถ้าไม่รุนแรงจะไม่แสดงอาการ ดังนั้นอาการและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ เมื่อเกิดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนขึ้น โดยเฉพาะกับอวัยวะที่สำคัญต่อชีวิต โดยเฉพาะ สมอง หัวใจ และไต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และถ้าภาวะแทรกซ้อนนั้นคุกคามต่อชีวิตมากก็จะทำให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ของการเจ็บป่วยนั้น มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาได้ทั้งทางลบและทางบวก จากผลการศึกษาที่พบว่า ถ้าความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และไม่มีโรคทางกาย จะทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเท่าที่ควร (Andread et al., 2002; Nelson et al., 2005; Svensson et al., 2000; Wong et al., 2005) แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการปัสสาวะ การหายใจ หอบเหนื่อย หรือหายใจถี่ จะมีทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจไม่ร่วมมือในการรักษา (Lowry et al., 2005) ซึ่ง

ขัดแย้งกับผลการศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า อาการและภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (ศิริมาศ บุญประสาร, 2544; สุนิย์ วัฒนิชานุกร, 2536; Chapman et al., 2005; Ogedegbe et al., 2004) ทั้งนี้ เป็นเพราะการรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งเป็นผลให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน สำหรับคนที่เคยเป็นโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อนก็จะให้ความสำคัญมากดังนั้นจึงมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือมากป้องกันไม่ให้เกิดอาการต่าง ๆ เหล่านั้นขึ้นอีก ส่วนผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ก็ให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพน้อยกว่าจึงไม่เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประสบการณ์ของบุคคลในอดีตจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002)

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรม ได้มาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่คุ้นเคย การรับรู้และเข้าใจจากสิ่งต่าง ๆ รวมถึงข่าวสาร อันเป็นข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รวบรวมสะสมไว้ ซึ่งแตกต่างกันตามความเข้าใจและการรับรู้ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ถ้าบุคคลมีความรู้ดีจะทำให้เจตคติต่อสิ่งนั้นดีตามไปด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดี (Pender, 2002) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงจะมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง (Hadi & Rostami-Gooran, 2004; Kopec et al., 2004) ส่วน โอจีเดกบี และคณะ (Ogedegbe et al., 2004) ศึกษาปัจจัยที่เป็นสิ่งกีดขวางและสิ่งสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยแอฟริกันอเมริกันที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในสถานบริการระดับต้น และ ศิริมาศ บุญประสาร (2544) ศึกษาการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับ การศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไนจีเรีย ของ อักปา และคณะ (Akpa et al., 2005) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตระดับสามให้ความร่วมมือร้อยละ 67 และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับเบื้องต้นให้ความร่วมมือร้อยละ 41 นอกจากนี้ แนวบูต (Naewbood, 2005) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .422, p < .01$) และสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 17.8 ($F = 40.156, p = .000$) ส่วน หว่อง และคณะ (Wong et al., 2005) ศึกษาบริบทของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงในชนเผ่าม้งในอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ร่วมมือในการรักษาไม่ทราบว่าการรักษาสามารถป้องกันได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้นคว้าจากบางงานวิจัยความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและกลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่มีความแตกต่างกัน (Martin-Reyes & Rodriguez-Moran, 2001; Wang et al., 2002)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ อาการและภาวะแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง มีความไม่ชัดเจนและแตกต่างของผลการวิจัย ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่เลือกมาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ปัจจัยด้านการรักษา

ปัจจัยด้านการรักษา เป็นปัจจัยที่กล่าวถึงความซับซ้อนของการใช้ยาในการรักษา ประกอบด้วย จำนวนเม็ดยาต่อมือ จำนวนชนิดของยา ความถี่ของการรับประทานยาในแต่ละวัน ความเฉพาะและผลข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการใช้ยา และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนเม็ดยามาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา หรือลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน ยุ่งยาก และหมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. จำนวนเม็ดยาต่อมือ จากการศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมที่เพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ของ สโครว์เดอร์ และคณะ (Schroeder et al., 2004) พบว่า การเพิ่มขนาดของยาที่ไม่ยุ่งยากช่วยเพิ่มระดับของการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบถึง 7 ใน 9 การศึกษา ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติตามแผนการรักษาตั้งแต่ ร้อยละ 8-19.6 ส่วนการศึกษาอัตราการควบคุมความดันโลหิต ระดับความร่วมมือในการรักษาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในผู้ป่วยกรีกของ เยียนนาโคโปโล และคณะ (Ch Yiannakopoulou et al., 2005) พบว่า ผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตวันละ 1 เม็ดมีความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตวันละหลายเม็ด สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุมาลย์ วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตไม่เกิน 2 เม็ดต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาและเงื่อนไขเอื้ออำนวยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดราชบุรี ของ สุนีย์ วัฒนพานุกร (2536) ที่พบว่า จำนวนเม็ดยาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ

เจอร์ราร์ดและคณะ (Girerd et al., 2001) ศึกษาการประเมินความร่วมมือในการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยยาของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านความดันโลหิตสูง พบว่า จำนวนเม็ดของยาเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้เนื่องมาจากจำนวนเม็ดยาที่มากจึงทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทาน และยาแต่ละชนิดอาจมีผลข้างเคียง หรือมีปฏิกิริยาต่อกันของยาทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ นอกจากนี้ยังมีรสชาติที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะรสชาติที่ผู้ป่วยไม่ชอบก็จะทำให้ไม่อยากรับประทานยามากยิ่งขึ้น นั่นคือ การรับรู้อุปสรรคของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002)

2. จำนวนชนิดของยา จากการศึกษายปัจจัยที่มีผลต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาตามแผนการรักษาและไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ของ จอห์นสัน และคณะ (Johnson et al., 1999) พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาขึ้นอยู่กับ การได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสม และการที่ได้รับยาลดความดันโลหิตหลาย ๆ ชนิดร่วมกันทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง ((Akpa et al., 2005; Isaza et al., 2004) เช่นเดียวกับผลการศึกษายปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 2005) ที่พบว่า จำนวนยาเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการมารับการรักษาครั้งที่สองและการเติมยาตามแผนการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับประทานยาเพียงชนิดเดียวหรือน้อยชนิดเป็นสิ่งที่สามารถง่ายต่อการปฏิบัติ ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการรับประทานยาไม่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตามมีการรายงานผลการวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาร่วมกันหลายชนิด มีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาเพียงชนิดเดียว (Werlemann et al., 2004; Fodor et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาร่วมมือในการรักษา ของ แกรนท์ และคณะ (Grant et al., 2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาเพิ่มขึ้นมีความร่วมมือสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเพิ่มร้อยละ 12 ($p < .001$) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ตรงกันข้ามคือ จำนวนชนิดของยายังมากยิ่งเป็นอุปสรรคของการปฏิบัติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ โดยอาจจะเป็นสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นจากการคิดว่าจะเกิด เช่น การไม่มีเวลา ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง ความยากลำบาก เสียเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้นุคคลนั้นไม่อยากปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002)

3. ความถี่ของการรับประทานยาแต่ละวัน จากการศึกษาร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไนจีเรีย ของ อักปา และคณะ (Akpa et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยารวันละครั้งให้ความร่วมมือดีร้อยละ 70 ผู้ที่รับประทานยารวันละ 2 ครั้งให้ความร่วมมือดีร้อยละ 55 และผู้ที่รับประทานยารวันละ 3 ครั้งขึ้นไปให้ความร่วมมือดีร้อยละ 17 สอดคล้องกับผลการศึกษาร่วมมือในการรักษาอื่น ๆ ที่พบว่า ความถี่ของการรับประทานยารวันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ

ในการรับประทานยา (สุนิย์ วณิชชากร, 2536; สุมาลัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ, 2544; Iskediian et al., 2002) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่รับประทานยาเพียงวันละ 1-2 ครั้งจะมีความสะดวกในการรับประทานและไม่ต้องพกพาออกนอกบ้านหลังจากรับประทานยาแล้ว จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่มีความถี่ของการรับประทานยาหลาย ๆ มื้อในแต่ละวัน

4. อาการข้างเคียงของยา จากการศึกษาพบว่า ยารักษาความดันโลหิตสูงมีอาการข้างเคียงของยาหลายประการ ได้แก่ เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น หรือไอ ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคของการรับประทานยาตามแผนการรักษา นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาจะมีแนวโน้มในการหยุดการรักษา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ นั่นคือ เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 2002) ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอาการที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาด้วย จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดีกับการไม่ร่วมมือในการรักษา ของ เนอร์ช และคณะ (Nuesch et al., 2001) พบว่า ในผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาและผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามีความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า อาการข้างเคียงของยาเป็นเหตุผลสำคัญที่ไม่ร่วมมือในการรักษา (Andread et al., 2002; Burnier et al., 2003; Buabeng, Matowe, & Plange-Rhule., 2004; Werlemann et al., 2004; Naewbood, 2005) เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความไม่สบายเมื่อต้องรับประทานแต่ละครั้ง ซึ่งทำให้รู้สึกไม่อยากจะรับประทานยาดังนั้นจึงไม่เกิดความร่วมมือในการรักษา

5. ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา จากการศึกษาพบว่า ยังมีอีกหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ราคายา สิ่งช่วยเตือนความจำในการรับประทานยา การลืมรับประทานยา ความเชื่อเกี่ยวกับยา และการใช้แพทย์ทางเลือก ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงความคิดและทัศนคติของแต่ละบุคคลด้วย

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษายังไม่ชัดเจน และมีความแตกต่างของผลการวิจัย ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นในการศึกษาดังนี้ ปัจจัยด้านการรักษาที่เลือกมาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ รูปแบบการรักษา คือ จำนวนยา ชนิดของยา และจำนวนมื้อ รวมถึงผลข้างเคียงของยา

ปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพ

เนื่องจากระบบการให้บริการทางสุขภาพเป็นระบบเสรี โดยประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการตามกำลังความสามารถทางเศรษฐกิจ ตามความเชื่อถือในคุณภาพของบริการ ซึ่งปัจจัยด้านระบบสุขภาพ รวมถึง ลักษณะสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ สิ่งแวดล้อม หรือระบบบริการ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ของ ปรานี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) พบว่า สถานบริการที่ไปรับการรักษาเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าระบบบริการมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับบริการ ระยะเวลาในการนัด และ ระยะทาง/ระยะเวลาจากบ้านถึงสถานบริการ ดังนี้

1. ระยะเวลาที่ได้รับบริการ จากการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลอย่างดีประกอบกับการให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นปัจจัยที่ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และมั่นใจในศักยภาพของสถานบริการจึงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ของ ปรานี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) พบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0001$) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่มีผลต่อการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดนครพนม ของ สกาวรัตน์ ชัยสุนทร (2541) ที่พบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .04$)

2. ระยะเวลาในการนัด จากการศึกษาพบว่า การกลับมาพบแพทย์ตามนัดแต่ละครั้งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับความรู้จากการพูดคุยกับบุคลากรทางสุขภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วย และที่สำคัญรู้ว่าสถานะสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร และควรดูแลตนเองต่อไปอย่างไร โดยที่ผู้ป่วยที่รู้ถึงสถานะสุขภาพของตนเองจะเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี ดังการศึกษาแนวโน้มของอุบัติการณ์ ความตระหนัก การรักษาและการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรวัยกลางคนของประเทศจีน ของ หวัง และคณะ (Wang et al., 2004) พบว่า การมาพบบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานะภาพของการให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก ของ ฮาร์ดีและรอสตามิ-กูราน (Hadi & Rostami-Gooran, 2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีกำหนดนัดพบแพทย์ในช่วงเวลาสั้น ๆ โดยที่ระยะห่างระหว่างการนัดของแพทย์ น้อยกว่า 3 เดือนจะมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าและยังเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมืออย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

3. ระยะทาง/ ระยะเวลาจากบ้านถึงสถานบริการ จากการศึกษาพบว่า เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมักพบโรคหรือภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ดังนั้นจึงทำให้สมรรถนะทางสุขภาพของผู้ป่วยเสื่อมถอยลง เมื่อต้องใช้เวลาในการเดินทางเป็นระยะทางไกล ๆ หรือใช้เวลานาน จะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย และเกิดความเบื่อหน่ายที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ของ ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) พบว่าระยะทางระหว่างที่พักอาศัยกับสถานบริการและวิธีการเดินทางมารักษา มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลน่าน ของ สุมาลัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ (2544) ที่พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ การรับรู้เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลมีความเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษายังไม่ชัดเจนและมีความแตกต่างของผลการวิจัย ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพที่เลือกมาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะเวลาจากบ้านถึงโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพ

ปัจจัยด้านการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการในคลินิกสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาดังนี้

1. การให้บริการในคลินิก จากการศึกษาพบว่า การให้บริการในคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์จนทำให้เกิดความพึงพอใจจะเป็นแรงจูงใจอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอยากรับการรักษอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความมั่นใจและวางใจในการรักษามากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็ปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดนครพนมของ สกาวรัตน์ ชัยสุนทร (2541) พบว่า ความพึงพอใจในบริการ มีความสัมพันธ์กับการมารับ

การรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .04$) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์อัตโนมัติในการติดตามและให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตและการควบคุมภาวะความดันโลหิต ของ ไฟร์ดแมนและคณะ (Friedman et al., 1996) ที่พบว่าผู้ใช้ระบบการติดตามทางโทรศัพท์ส่วนใหญ่พึงพอใจเกี่ยวกับระบบ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิต: ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยด้านจิตใจ ของ หวังและคณะ (Wang et al., 2002) ที่พบว่าความพึงพอใจในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

2. สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า

สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญในการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอในการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในบุคลากรทางสุขภาพก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วย ดังการศึกษาที่พบว่า สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษา (ศิริมาศบุญประสาร, 2544; Gonzalez 1993; Vermeire et al., 2003) ทั้งด้านการมีประสบการณ์ที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ ความเชื่อถือในวิธีการส่งเสริมของบุคลากรทางสุขภาพ (Benson & Britten, 2002; Dowell & Hudson, 1997; Svensson et al., 2000) และจากการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการควบคุมความดันโลหิตของระดับความร่วมมือในการรักษาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในผู้ป่วยกรีก ของ เยียนนาโคโปโล และคณะ (Ch Yiannakopoulou et al., 2005) พบว่าผู้ที่ไม่เคยเปลี่ยนบุคลากรทางสุขภาพจะให้ความร่วมมือดีกว่า ส่วนผลการศึกษาอื่น พบว่าพฤติกรรมของการไม่ให้ความร่วมมือสัมพันธ์กับคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย เช่น ไม่ได้อธิบายถึงปัญหาของยา (Gascon et al., 2004; Peltzer, 2004)

3. การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนความร่วมมือในการรักษา ซึ่งความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาที่เพียงพอโดยบุคลากรทางสุขภาพ และในผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามโดยแพทย์ประจำตัวจะดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการเหล่านี้ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Ch Yiannakopoulou et al., 2005; Gascon et al., 2004; Ogedegbe et al., 2004; Werlemann et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับยาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ มิลเลอร์และคณะ (Miller et al., 2005) ที่พบว่า การปรึกษานักวิชาการทางสุขภาพก่อนไปเติมยาตามนัดเป็นปัจจัยทำนายการมารับการรักษาครั้งที่สองและการเติมยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษายังไม่ชัดเจนและมีความแตกต่างของผลการวิจัย ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพที่เลือกมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ การให้บริการในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากสาเหตุหลายประการแต่ประการที่สำคัญคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (ชุติมา อรรถากร โกวิท, 2534) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจวายในอัตราที่สูงขึ้นทุกปี (Chobanian et al., 2003) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคจึงมีความสำคัญยิ่ง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 2002) เป็นกรอบในการศึกษา โดยมุ่งเน้นศึกษาการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยเลือกศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ และปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นทั้งปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา และมีความหลากหลายในผลการวิจัย ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จึงเนื่องจาก จากสถิติสาธารณสุขพบว่าประชากรในภูมิภาคนี้มีภาวะความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 392.08 ต่อประชากรแสนคน (สถิติสาธารณสุข, 2546) ผลการศึกษาสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และคงไว้ซึ่งทรัพยากรที่สำคัญของชาติต่อไป