

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1 แนวคิดการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 ผลกระทบของการเจ็บด้วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต
3. แนวคิดระบบครอบครัวต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต
4. แนวคิดความเชื่อการเจ็บป่วย (Illness Belief Model)

แนวคิดการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจมีการบีบตัว(Systolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ความดันในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003; World Health Organization-International Society of Hypertension [WHO - ISH], 1999) ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการ แต่จะตรวจพบโดยบังเอิญ ในขณะที่ไปตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่น ๆ จะมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่มีอาการปวดศีรษะ หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ ซึ่งจะเป็นเวลาที่ตื่นนอนใหม่ ๆ พอตอนสาย ๆ อาการจะทุเลาไปเอง บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตุบ ๆ แบบไม่เกรนได้ ในรายที่เป็นมานาน ๆ หรือความดันโลหิตสูงมาก ๆ อาจมีอาการ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ มือและเท้าชา ตามัว หรือมีเลือดกำเดาไหล เมื่อปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษา อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก มีอาการบวม หอบเหนื่อย แขนและขาเป็นอัมพาตได้ เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) ซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิต โดยที่ สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2549) ได้มีการจำแนก

ระดับความดันโลหิตสูงไว้เป็นระยะ ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 หรือระดับอ่อน หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่มีค่าระหว่าง 140/ 90 หรือถึง 159/ 99 มิลลิเมตรปรอท

ระยะที่ 2 หรือระดับปานกลาง หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่อยู่ระหว่าง 160/ 100 ถึง 179/ 109 มิลลิเมตรปรอท

ระยะที่ 3 หรือระดับรุนแรง หมายถึง ค่าความดันโลหิตสูงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 180/ 110 มิลลิเมตรปรอท

หากผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงมากเท่าไร ก็จะมีระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วมากขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะในระยะที่ 3 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะเวลาเป็นเดือนเท่านั้น ดังนั้นเมื่อเกิดอาการที่ผิดปกติ จึงควรรีบปรึกษาแพทย์ เพราะถ้าความดันโลหิตสูงมาก แพทย์จะได้ทำการรักษาอย่างทันที่ นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูง ยังสามารถแบ่งตามสาเหตุการเกิดเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension หรือ Primary Hypertension) ซึ่งเป็นภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง พบได้มากกว่า 90 - 95% ของประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าอาจจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พันธุกรรม โดยพบว่า บุตรหลานของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตร้อยละ 30 - 60 (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2547; สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ความอ้วน พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักมากหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2547; Kaplan, 2002) นอกจากนี้ความเครียด ก็มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง โดยพบว่าเมื่อบุคคลมีความตึงเครียด ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ที่สำคัญคือ ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2546) ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดนี้ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและต้องการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคอยู่ในปัจจุบัน (Lois & Gena, 2002; William, 2004)

2. ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) จะมีสาเหตุที่เฉพาะชัดเจนในการทำให้มีภาวะความดันโลหิตสูง พบได้น้อยประมาณร้อยละ 10 หรือน้อยกว่า โดยเฉพาะในบุคคลที่อายุต่ำกว่า 30 ปี หรือมากกว่า 35 ปี สาเหตุที่พบมีหลายอย่าง (สุรเกียรติ์

อาชานานูภาพ, 2551) เช่น การได้รับยาบางประเภท เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนเพศหญิง (เอสโตรเจน) สเตอรอยด์ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ยาแก้คัดจมูก และยาแก้หวัด ยาแก้คัดจมูก ยาลดความอ้วน อะดรีนาลีน ทีโอฟิลลีน ยาฮอร์โมนไทรอยด์ ยาแก้ซึมเศร้าชนิด ไตรไซคลิก เป็นต้น หรือเกิดจากโรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจจะมีสาเหตุมาจาก ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น คอพอกเป็นพิษ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มักจะทำให้ความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนความดันช่วงล่างเป็นปกติ เนื่องจากของต่อมหมวกไตชนิดที่เรียกว่า ฟีโอโครโมไซโตมา (Pheochromocytoma) อันจะมีผลทำให้มีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม หรืออาจจะมีน้ำหนักลดร่วมด้วย ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดนี้ เมื่อค้นหาสาเหตุได้และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ระดับความดันโลหิตจะกลับมาเป็นปกติหรือหายขาดได้ (Lois & Gena, 2002; William, 2004)

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ตามระดับความดันโลหิต คือระยะที่ 1 หรือระดับอ่อน ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/ 90 - 159/ 99 มิลลิเมตรปรอท ระยะที่ 2 หรือระดับปานกลาง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/ 100 - 179/ 109 มิลลิเมตรปรอท และระยะที่ 3 หรือระดับรุนแรงคือ ความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 180/ 110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และสามารถแบ่งตามสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ นั่นคือ ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง

1. ด้านร่างกาย

โรคความดันโลหิตสูง มักเกิดจากความผิดปกติของระบบการควบคุมการไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ซึ่งมีการควบคุมโดยกลไกที่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความสมดุลของน้ำและโซเดียมในร่างกาย ส่วนปัจจัยเบื้องต้นที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต คือ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ 1 นาที และความต้านทานหลอดเลือดตอนปลาย (Maxwell - Thompson & Reid, 2003) มีสมมติฐานเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุว่า อาจเกิดมาจากการที่มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก ต่อมหมวกไตจะหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว แรงต้านทานเลือดส่วนปลายจะเพิ่มขึ้น รวมไปถึงอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น แรงบีบตัวแรงขึ้น ส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หรือเลือดไปเลี้ยงที่ลดลง ส่งผลให้ไตหลั่งสารเรนินเพิ่มขึ้น ทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้

ความดันโลหิตสูงขึ้น (Black et al., 2001) โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ส่งผลทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือภาวะหัวใจล้มเหลว (Swales, 1995; Woods, 2002) ภาวะความดันโลหิตสูงนั้นจะไปเร่งให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดเลือดสมองให้หนาตัวขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ที่สมองโป่งพองออกเป็นกระเปาะเล็ก ๆ และอาจแตกได้ ถ้าระดับความดันโลหิตสูงขึ้นสูงมาก ๆ จะส่งผลให้หลอดเลือดแดงในสมองอุดตันหรือแตก เรียกว่า โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุในการตายถึงร้อยละ 50 และส่งผลให้เกิดความพิการตามมา และจากการศึกษาของเฟรมิงแฮม (Framingham Study) ในปี ค.ศ. 2003 พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติถึง 7 เท่า (William, 2004) อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รู้จักกันดีก็คือ อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่งที่มีกพบร่วมกับอาการปากเบี้ยวด้วย หรือเรียกว่า ภาวะอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ นั่นเอง บางคนกลายมาเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง ส่วนในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง จะเกิดภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง ซึ่งมีอาจจะมีการสับสน ชัก ชี้นหรือหมดสติได้ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546) หรือถ้ารุนแรง อาจจะทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของโรคไตวายที่พบบ่อยที่สุด (ถนอม สุภาพร, 2549) โดยเชื่อว่าความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดพยาธิสภาพโดยตรงต่อ Nephron ที่จะมีการสูญเสียสมรรถภาพไตมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้ไตเกิดเสียหายที่จนเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายและเสียชีวิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) นอกจากนี้ ยังอาจจะทำให้เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ซึ่งระยะแรก หลอดเลือดจะตีบตัน และต่อมาอาจจะแตกจนมีเลือดออกที่จอตา ส่งผลให้ประสาทตาเสื่อม ทำให้ตาจะมัวลงเรื่อย ๆ จนตาบอดได้ (Woods, 2002; Grosso, Veglio, Pota, Gringnolo, & Wong, 2005)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ส่งผลต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกายเช่น หัวใจ สมอง ตา ไต และถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้เป็นเวลานาน จะเกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะดังกล่าว และทำให้เสียชีวิตได้ และอาจจะต้องมีการสูญเสียทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นอย่างมาก ดังนั้นการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิตจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะถ้าสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็จะลดอุบัติการณ์ในการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และลดภาวะหัวใจวายได้ (JNC 7, 2003) จากการมีระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอันตราย

ถึงชีวิตหรือเกิดความพิการตามมา ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือไม่เต็มที่ ส่งผลทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยลดลงได้ (Hwu, 1995)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังและต้องใช้เวลาในการรักษาไปตลอดชีวิต รวมทั้งยังมีอาการแสดงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542; Hwu, 1995) ระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย แต่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งเมื่อมีภาวะของโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงได้น้อยลง ประกอบกับมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจและสังคม การควบคุมอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีเพศสัมพันธ์ การขับถ่าย ซึ่งส่งผลทำให้ประสิทธิภาพของสมองเกี่ยวกับการรับรู้และความจำลดลง จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย น้อยใจ คิดมาก ว่าเหว เศร้าซึม เป็นต้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิด และบางครั้งอาจจะต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลมักจะคิดว่าตนเองมีภาวะที่รุนแรงกว่าบุคคลอื่น (Sparacino, 1982 อ้างถึงใน ปรศนี ศรีกัน, 2546) บางรายเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สร้างภาระให้แก่ครอบครัว จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติได้เหมือนเดิม สัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) และบางรายเกิดภาวะซึมเศร้าจนมีการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลบ้านบึง, 2553) โดยมีสาเหตุเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีค่าและเป็นภาระให้กับลูกหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิกันต์ เชื้อนดิน (2545) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัญหาความซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้เลย เพราะประสาทมีความตึงเครียดมากเป็นคนไร้ค่า บางรายรู้สึกอยากตาย

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาจส่งผลต่อการแสดงบทบาทในสังคม ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิมหรือไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ รวมไปถึงทำให้มีการแสดงบทบาทในสังคมลดลง อีกทั้งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน อาจมีผลทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลและให้การช่วยเหลือ และยังส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมตามมา เนื่องจากค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี

มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 4 เท่า ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นค่าใช้จ่ายในการซื้อยามากกว่า คนปกติถึง 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องนอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลนั้น ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 1,670.00 บาท ต่อรายต่อครั้ง และถ้าต้อง เป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วย ค่ารักษาพยาบาลจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 15,283.00 บาท ต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2542) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการการดูแล สุขภาพผู้ป่วยกรณีโรคเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล รัฐบาล และรับบริการที่บ้านจำนวน 400 ราย มีบุคลากรผู้ให้บริการจำนวน 157 ราย ผลการศึกษา พบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยสูงสุด คือ ภาวะโรคความดันโลหิตสูง สูญเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย รายละ 5,372.78 บาท ส่วนใหญ่จะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดมาจากโรคความดันโลหิตสูง หากเรานำมาคำนวณกับคนทั้งประเทศที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้น ส่งผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ซึ่งในต่างประเทศเองก็ไม่ต่างกัน โดยดู ได้จากการวิจัยของ Maynard (1990 cited in Kaplan, 1998) พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่ายาควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองถึง 1,748 เหรียญต่อปี และถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วย เช่น เป็น โรคหัวใจและมีการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือต้องฟอกไตจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มขึ้นเป็น 35,024 และ 40,864 เหรียญต่อปี

4. ผลกระทบด้านครอบครัว

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานาน หรือใน บางรายอาจจะต้องรักษาตลอดชีวิต ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านเศรษฐกิจได้ (Hwu, 1995) หรือในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จนเกิด ภาวะทุพพลภาพไม่สามารถที่จะประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยแล้ว ก็วยังส่งผลกระทบต่อ ครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากจะต้องมีสมาชิกที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย บางครั้งต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย บางครั้งผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งกลางวันและกลางคืน อาจส่งผลให้ผู้ดูแล มีความเครียดไม่สามารถมีเวลาว่างในการเข้าสังคม ไม่มีเวลาไปประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ ครอบครัวลดลง ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว ผู้ดูแลบางรายรู้สึกว่าเป็นภาระ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ Potter (2003) ที่ทำการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของทหารผ่านศึก ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้จำนวน 32 ราย พบว่าอุปสรรคที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านครอบครัว มีผลต่อการควบคุมพฤติกรรม

จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้นส่งผลกระทบอย่างมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ รวมไปถึงครอบครัวด้วย หากไม่ควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ปกติแล้ว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโปรแกรมการให้การปรึกษาขึ้น เพื่อหารูปแบบในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

พฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันนี้พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับโรค เช่น มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง โดยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม มีการเติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหารบ่อย ๆ และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ใช้กะทิในการประกอบอาหาร (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547; ศิราณี ปันคำ และคณะ, 2543) ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่ายังขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อย หรือมีการออกกำลังกายที่ไม่ค่อยสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และมีการแสดงอารมณ์โกรธฉุนเฉียวกับคนรอบข้างเมื่อรู้สึกเครียด (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547; ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) ซึ่งความเครียดและความโกรธจะมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังที่กล่าวมาผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องมีความรู้และความเข้าใจ ส่วนผู้ป่วยเองก็ต้องปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองประกอบกับมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน ผู้ป่วยจึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้จำเป็นต้องมีการควบคุมพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และการใช้ยา สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญมีดังนี้ (European Society of Hypertension [ESH] & European Society of Cardiology [ESC], 2007; Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2005; JNC 7, 2003)

1. พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดี จึงทำให้เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น จะส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองของ

ระดับความดันโลหิตเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และทำให้ลดสมรรถนะของยาที่ใช้รักษาภาวะความดันโลหิตสูง (Levine, 2004) ซึ่งการจำกัดเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวันสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Kerr & Nichamam, 1986) กระทำได้โดยการบริโภคเกลือโซเดียมให้น้อยกว่าวันละ 100 มิลลิโมล หรือ 2.4 กรัม ซึ่ง 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท (ICSI, 2005; JNC 7, 2003; Sacks et al., 2001) การจำกัดเกลือโซเดียมโดยทั่วไปปฏิบัติในรูปของการจำกัดเกลือแกงในอาหาร โดยบริโภคเกลือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งเกลือโซเดียมนอกจากจะอยู่ในรูปของเกลือแกงแล้วยังอยู่ในรูปของอาหารอื่น ๆ ซึ่งต้องระมัดระวังในการบริโภคอาหารต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย ได้แก่ อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุงรส เช่น ซอสปรุงรสต่าง ๆ อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น อาหารตากแห้ง อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง เป็นต้น สารเคมีในการปรุงอาหารเช่นผงชูรส (Monosodium Glutamate) เป็นต้น อาหารโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ อาหารทะเล เป็นต้น นอกจากนี้ยังมี น้ำบ่อ ยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาแก้ไอ ยาแก้ ท้องร่วง หรือแม้แต่ในข้าวก็มีเกลือ

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช และไขมันต่ำ เป็นต้น จากการศึกษาของ Sacks et al. (2001) พบว่าการรับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) คือ อาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ร่วมกับการลดปริมาณไขมันรวมและไขมันอิ่มตัว สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh (1992 อ้างถึงใน มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บันดี, 2542) ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกจะให้ผู้ป่วยรับประทานฝรั่งก่อนมื้ออาหาร ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งจะไม่ได้รับประทานการศึกษาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับประทานฝรั่งก่อนมื้ออาหาร จะมีระดับความดันโลหิต ทั้งค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง 9 และ 8 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ นอกจากนี้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลง ร้อยละ 9.9 และร้อยละ 7.7 ตามลำดับ ในขณะที่ Panagiotakos et al. (2003) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์และการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงในกรีซ พบว่าการบริโภคอาหารที่ประกอบไปด้วยผัก ผลไม้ เช่น องุ่น มะเขือเทศ แอปเปิ้ล เป็นต้น และใช้น้ำมันมะกอกเป็นหลัก จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ส่วนการศึกษาของ Lawrence (2006) ทำการศึกษาวิถีการบริโภคอาหารกับการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของวิถีการบริโภคอาหารแบบ DASH การลดเค็มและการเพิ่มโพแทสเซียมกับระดับความดันโลหิตสูง พบว่าสามารถปรับลดระดับความดันโลหิตสูงได้ และการศึกษาของ Kaplan (1998) พบว่าอาหารมังสวิรัต ที่ประกอบไป

ด้วยผักและผลไม้ที่มีกากใยและอาหารไขมันต่ำ สามารถลดระดับความดันโลหิต จากการศึกษา ดังกล่าวเรียกว่าการรับประทานอาหาร DASH ซึ่งอาหารแบบ DASH จะอุดมไปด้วยผักและผลไม้ สำหรับผู้ที่รับประทานผักและผลไม้ไม่บ่อย เมื่อเริ่มต้นอาหาร DASH จะมีปัญหาเรื่องท้องอืด หรือ อาจจะทำให้เกิดท้องร่วง ดังนั้นจึงต้องค่อย ๆ เริ่มต้นซึ่งมีข้อเสนอแนะคือ หากท่านรับประทานผัก วันละมือ ก็ให้เพิ่มผักจนครบทุกมือ ให้เริ่มดื่มน้ำผลไม้หลังอาหารเช้า และรับประทานผลไม้ทุกมือ หลังอาหาร ดื่มนมพร่องมันเนยหลังอาหารวันละ 2 - 3 ครั้ง อ่านสลากอาหารทุกครั้งโดยการลดเกลือและไขมันอิ่มตัว รับประทานเนื้อสัตว์วันละ 2 มื้อ รับประทานอาหารเจสัปดาห์ละ 2 มื้อ และใช้ผลไม้เป็นอาหารว่างแทนอาหารที่ให้พลังงานสูง

นอกจากการควบคุมการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง และอาหารที่มีรสเค็มแล้ว ต้องมีการควบคุมน้ำหนักตัวด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต (Levine, 2004) โดยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นทำให้หัวใจต้องทำงานสูบฉีดโลหิตในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น และยังพบว่าคนอ้วนเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ 4-5 เท่า (Kaplan, 2002) จากการศึกษาของ McCaron and Reusser (1996 อ้างถึงใน มันทนา, ประทีปเสน และวงเดือน บัณฑิต, 2542) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงระยะกำลัง คือ มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/ 90 - 149/ 94 มิลลิเมตรปรอท หากลดน้ำหนักลงได้ 4 - 5 กิโลกรัมจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงเป็นปกติภายใน 2 - 3 สัปดาห์แรกได้ ดังนั้น การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อ้วนเป็นวิธีการรักษานิดไม่ใช่ว่าที่ได้ผลดีที่สุด โดยรับประทานอาหารให้พอดี ไม่รับประทานอาหารมากเกินไป ไม่รับประทานของว่างระหว่างมื้อหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารที่มีรสหวานจัด ควรรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้มาก ๆ นอกจากนี้ควรมีการออกกำลังกายให้เหมาะสมและสม่ำเสมอ จะช่วยในการเผาผลาญพลังงานที่สะสมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินปกติ สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม (2545) กล่าวว่า การลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัมในโรคอ้วน จะทำให้ความดันซิสโตลิก ลดลง 1.6 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก ลดลง 1.3 มิลลิเมตรปรอท และช่วยลดอันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณีย์ ทุไพอระ (2541) ที่กล่าวว่า น้ำหนักตัวที่ลดลงทุก 1 กิโลกรัม จะสามารถทำให้ความดันซิสโตลิก ลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก ลดลง 1.5 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นการลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งโดยปกติควรมีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 - 24.9 ซึ่งสามารถคำนวณจากสูตรดัชนีมวลของกาย คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยกำลังสองของส่วนสูงที่วัดเป็นเมตร (Wildman & Miller, 2004)

2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

เป็นพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งเป็นมาตรการหลักในการที่จะควบคุมและลดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ศุภวรรณ มโนสุนทร และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2542 อ้างถึงใน สุรีย์ คำพอง, 2549) และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่น ๆ ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดและควบคุมความดันโลหิตได้ โดยพบว่าหากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ๆ อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน และเกือบทุกวัน สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 4 – 9 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) นอกจากนั้นยังทำให้ร่างกายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใส ส่วนคนที่ไม่ออกกำลังกายนั้น จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอถึงร้อยละ 33 (Wildman & Miller, 2004) ซึ่งหลักในการออกกำลังกายของผู้ป่วยนั้น วิทยาลัยกีฬาวissenschaftแห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนวทางการออกกำลังกาย โดยอาศัยหลักเกณฑ์ฟิตเท (FITTE) ซึ่งมีองค์ประกอบการออกกำลังกายดังนี้ (American College of Sports Medicine [ACSM], 1998; Stewart et al., 2005)

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (F = Frequency of Exercise) เป็นการกำหนดครั้งในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ ซึ่งควรจะมีการออกกำลังกาย 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

2. ความหนักเบาของการออกกำลังกาย (I = Intensity of Exercise) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (T = Time of Duration of Exercise) เป็นช่วงเวลายาวนานในการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ซึ่งควรอยู่ระหว่าง 20 – 40 นาที และควรมีการทำติดต่อกันอย่างต่อเนื่องในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง จะประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

3.1 ระยะการอบอุ่นร่างกาย (Warm – up Phase) เป็นการเตรียมพร้อมของร่างกายและปรับตัวของร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีการประสานงานดีขึ้น เกิดความคล่องแคล่วมากขึ้นในการเคลื่อนไหว และลดอัตราการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อจากการออกกำลังกาย โดยมีการเคลื่อนไหว และยืด หรือเหยียดกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายอย่างช้า ๆ เช่น การเดินช้า ๆ ภายหลังการบริหาร เป็นต้น ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที

3.2 ระยะการออกกำลังกาย (Exercise Phase) เป็นช่วงของการออกกำลังกายเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ การออกกำลังกายที่

ทำให้ร่างกายหด หรือยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ควรอยู่ในระยะเวลา ระหว่าง 20 - 40 นาที

3.3 ระยะผ่อนคลาย (Cool Down Phase) เป็นช่วงหลังการออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรค่อย ๆ ผ่อนคลาย การออกกำลังกาย ควรทำทีละน้อยและช้า ๆ แทนการหยุดการออกกำลังกายโดยทันที เพื่อให้เลือดที่ค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อมีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ และเพียงพอต่อการไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และเพื่อยืดกล้ามเนื้อ ปรับการทำงานของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งอาจจะเป็นการออกกำลังกายเหมือนช่วงการอบอุ่นร่างกาย และควรใช้เวลาอย่างน้อย 5 - 10 นาที

4. ประเภทหรือชนิดของการออกกำลังกาย (T = Type of Exercise) ประเภทหรือชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ หมายถึง การออกกำลังกายที่ร่างกายมีการหด และยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ทั่วร่างกาย

5. ความสนุกสนานหรือความเพลิดเพลิน (E – enjoyable) เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่ออกกำลังกายมีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

ในการวิจัยครั้งนี้ การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic Exercise) โดยใช้การเดิน ซึ่งเป็นการออกกำลังกาย ทั่วร่างกายมีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ทั่วร่างกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยมีความหนักเบาอยู่ที่ระดับร้อยละ 40 - 60 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด มีความนานอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป และยังเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำด้วยความสนุกสนานเพลิดเพลิน และช่วยผ่อนคลายความเครียดด้วย (Lois, 2002)

การออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งกลไกที่แท้จริงในการลดระดับความดันโลหิตนั้นยังไม่ที่ชัดเจน มีข้อเสนอแนะว่า การลดลงของระดับความดันโลหิตนั้น จะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของแรงต้านทานของหลอดเลือดตอนปลาย จากที่มีการยับยั้งระบบประสาทซิมพาเทติก และมีการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของหลอดเลือด (Pescatillo et al., 2004) การออกกำลังกายจะช่วยให้หลอดเลือดคลายตัว ทำให้หลอดเลือดจะมีขนาดกว้างเพิ่มขึ้น พอที่จะทำให้อนุภาคของโคเลสเตอรอลผ่านได้มากกว่าที่จะมีการอุดตันในหลอดเลือด (นพพร ศุภพิพัฒน์, 2547) ทำให้แรงต้านทานในหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย

3. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ (Kaplan, 1998) ซึ่งผลของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟรีน ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัว ส่งผลให้ต้านทานภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย (Kaplan, 2002) นอกจากนี้ภาวะเครียดยังไปกระตุ้นการทำงานของต่อมพิทูอิทารีให้มีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก ซึ่งจะ ทำให้มีการดูดกลับของน้ำและโซเดียมมากกว่าปกติ ทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ จากการศึกษาของ สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า ดังนั้นการลดความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การจัดการความเครียดนั้น สามารถกระทำได้หลายวิธี (สมบัติ ตาปัญญา, 2526; จำลอง ดิษยวานิช และพริ้มเพรา ดิษยวานิช, 2545) เช่นการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal or Diaphragmatic Breathing) การฝึกสมาธิ เช่น การกำหนดสติ เป็นต้น และยังรวมไปถึงการพักผ่อนหย่อนใจและการนอนหลับให้เพียงพอ เป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ง่ายและได้ผลดี เพราะในขณะที่หลับนั้น ร่างกายได้หยุดพักเพื่อซ่อมแซมรักษาของร่างกาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) หรือแม้แต่การออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ไม่มุ่งการแข่งขันเอาชนะหรือเพื่อทำให้มีชื่อเสียง แต่เพื่อผ่อนคลายเท่านั้น กระทำตามวิธีที่ตนพอใจและทำสม่ำเสมอ ไม่หักโหมจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้นได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การออกกำลังกายโดยการเดินเป็นสิ่งที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด

4. พฤติกรรมในการใช้ยา

การให้ยาลดความดันโลหิต ไม่จำเป็นต้องเริ่มยาทุกราย และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงบางรายอาจไม่ต้องใช้ยาก็ได้ การให้ยาลดความดันโลหิตนั้น จะพิจารณาดังนี้

1. ระยะปกติไม่ต้องมีการใช้ยา แต่จะมีการให้คำแนะนำเรื่องการระวังน้ำหนักเกิน ควรมีการออกกำลังกายในรายที่มีวิถีชีวิตที่สุขสบาย มีการวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. ระยะก่อนจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนแผนในการ

ดำรงชีวิตเช่น การควบคุมน้ำหนัก การจำกัดเกลือ การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง (Diet Approaches to Stop Hypertension [DASH]) การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ (JNC 7, 2003)

3. ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 แนะนำการปรับแผนการดำเนินชีวิต และการให้ยาขับปัสสาวะ ถ้ายังคุมไม่ได้พิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตเพิ่ม (JNC 7, 2003) ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษานั้นมี 7 กลุ่ม (WHO - ISH, 1999) คือ

3.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ออกฤทธิ์ในการทำให้ปริมาณเลือดและเกลือในร่างกายลดลง จะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงเนื่องจากยาจะไปทำให้การดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับตาลดลง ส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนเลือดลดลงด้วย ยาในกลุ่มนี้เช่น Thiazide ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถลดการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีการทำงานของหัวใจและไตปกติ ส่วน Spironolactone จะลดเกลือโซเดียมและคลอไรด์ได้เล็กน้อย แต่สามารถลดการสูญเสียของโปแตสเซียมได้ (อรัญญา สิงห์นันท์, 2546) แต่มีฤทธิ์ข้างเคียง คือ จะทำให้เกิดมีของเสียคั่งในเลือดมากจากการที่มีการดูดกลับของโซเดียมและแมกนีเซียมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะยูริคในเลือดสูงได้ (Paula, 2001)

3.2 ยาด้านเบต้า (Beta Blocker) จะออกฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตโดยลดแรงบีบของหัวใจ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ยากลุ่มนี้จะมีผลข้างเคียง คือ อัตราการเต้นของหัวใจจะลดลง ส่งผลให้เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ และสมรรถภาพทางเพศเสื่อม ยาในกลุ่มนี้เช่นยา Propranolol และ Atenolol (อรัญญา สิงห์นันท์, 2546)

3.3 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ออกฤทธิ์ในการลดแรงต้านในหลอดเลือด โดยมีฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดแดง ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวและลดความดันโลหิตลงได้ มักจะใช้เป็นยาตัวที่ 3 กรณีที่ยาขับปัสสาวะและยาปิดกั้นเบต้าใช้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี ยากลุ่มนี้ไม่มีฤทธิ์ในการกดประสาทส่วนกลางจึงไม่ทำให้เกิดการง่วงซึม (วิรวรรณ อุทัยภักดี และสิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546) แต่ถ้าใช้ยาตัวนี้ตัวเดียวอาจมีหัวใจเต้นเร็ว อาการข้างเคียงที่อาจจะพบได้ คือ ปวดศีรษะ ร้อนวูบวบบริเวณใบหน้า คลื่นไส้ ยากลุ่มนี้ เช่น Hydralazine และ Nitroprusside จึงควรใช้คู่กับกลุ่มยาขับปัสสาวะ (อรัญญา สิงห์นันท์, 2546)

3.4 ยาด้านแคลเซียม (Calcium Channel Blocker) ยากลุ่มนี้สามารถยับยั้งการซึมผ่านเข้าผนังเซลล์ของเกลือแคลเซียม จึงทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงด้วย ยากลุ่มนี้ทำให้มีอาการปวดศีรษะ หน้าแดง และใจสั่นได้ เช่นยา Nifedipine และ Verapamil (อรัญญา สิงห์นันท์, 2546)

3.5 ยากันแอลฟา (Alpha Blocker) ออกฤทธิ์โดยทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ทำให้แรงต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือดลดลง มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตชนิดปฐมภูมิทั้งระดับที่รุนแรงและไม่รุนแรง ยากลุ่มนี้ดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร และจะถูกขับถ่ายออกจากร่างกายทางปัสสาวะ เช่น ยา Prazosin (อรัญญา สิงห์นันท์, 2546) แต่ควรระวังในการจ่ายให้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงที่จ่ายยาใหม่ ๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด เหงื่อออก อาเจียน ท้องเดินและอาจหมดสติได้ ดังนั้นในการให้ยา 2 - 3 ครั้งแรก ไม่ควรให้เกิน 1 มิลลิกรัม (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545)

3.6 ยาต้านระบบเรนิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) ออกฤทธิ์โดยการไปยับยั้งการหลั่งและการทำงานของเรนิน และยังยับยั้งการหลั่งแองจิโอเทนซิน I เปลี่ยนเป็นแองจิโอเทนซิน II ไม่ให้หลอดเลือดมีการหดตัวและเพิ่มการหลั่งของอัลโดสเตอโรน ข้อดี คือ ไม่มีอาการข้างเคียงทางระบบประสาทส่วนกลาง ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงไขมัน น้ำตาล กรดยูริก หรือโปตัสเซียม ยากลุ่มนี้จะส่งเสริมให้ยาขับปัสสาวะทำงานได้ดีมากยิ่งขึ้น แต่อาจมีอาการไอแห้ง ๆ ได้ เช่นยา Enalapril และ Captopril (อรัญญา สิงห์นันท์, 2546, พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2545)

3.7 ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซิน II รีเซพเตอร์ (Angiotensin II Receptor Antagonists) จะไปทำหน้าที่ในการแย่งแองจิโอเทนซิน I ในการจับกับแองจิโอเทนซิน II รีเซพเตอร์ ทำให้ยับยั้งการหดตัวของหลอดเลือดและยับยั้งการหลั่งอัลโดสเตอโรน จะให้ยานี้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่มต้านระบบเรนินได้ ยากลุ่มนี้อาจทำให้อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดท้องได้ เช่น ยา Valsartan (อรัญญา สิงห์นันท์, 2546)

4. ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ร่วมกับการให้ยาขับปัสสาวะ และยาควบคุมระดับความดันโลหิต อาจจะให้ตัวเดียวหรือจะให้ยาหลายตัวร่วมกันก็ได้ ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น การใช้ยาจะไม่ได้คำนึงถึงการลดระดับความดันโลหิตเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังต้องมีการคำนึงถึงการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย ซึ่งในด้านการใช้ยา ผู้ป่วยต้องมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด หากมีภาวะผิดปกติจะต้องมีการปรึกษาแพทย์ และเภสัชกร

พฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการไม่ใช้ยา ทั้งในผู้ป่วยระยะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งในระยะที่ 1 และ 2 จะช่วยลดการใช้ยา

และลดอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งมีสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ นอกจากนี้ยังลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบไปด้วย การลดอาหารเค็ม การลดน้ำหนัก การเพิ่มการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ซึ่งการปฏิบัติตนจะเกิดผลอย่างเต็มที่เมื่อมีการส่งเสริมซึ่งกันและกัน (JNC 7, 2003)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น ประกอบไปด้วย การลดอาหารเค็ม การลดน้ำหนัก การเพิ่มการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ซึ่งการปฏิบัติตนจะเกิดผลอย่างเต็มที่เมื่อมีการส่งเสริมซึ่งกันและกัน (JNC 7, 2003) ซึ่งถ้ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการไม่ใช้ยา ทั้งในผู้ป่วยระยะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งในระยะที่ 1 และ 2 จะช่วยลดการใช้ยา และลดอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งมีสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ นอกจากนี้ยังลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุมความดันโลหิตสูง

การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน มี 2 วิธีด้วยกันคือการใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยา ซึ่งการไม่ใช้ยานั้นก็คือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงนั้นมีดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสามารถลดความดันโลหิตสูงได้ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน ที่สามารถลดความดันโลหิตได้ทั้งความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก เช่น การศึกษาของ จิตราภรณ์ ฐวี (2547) ที่ทำการศึกษาผลของการออกกำลังกาย ด้วยวิธีเดินเร็วต่อระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 50 - 69 ปี โดยให้เดินเร็วสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตแดงลดลง 12, 15 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ Cooper, Moore, Mc Kenna, and Riddoch (2000) ได้ศึกษาการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 25 - 63 ปี มีการออกกำลังกายโดยการเดินเร็วสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ความแรงระดับปานกลาง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลง 3.4 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก ลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอท ซึ่ง Shin (1999) ก็ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายต่อการทำหน้าที่ยของร่างกาย และสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยชาวเกาหลีเพศหญิง โดยการให้เดินสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ความแรงร้อยละ 40 - 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ก็พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิก

ลดลงเฉลี่ย 11.29 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิก ลดลงเฉลี่ย 4 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al. (2002) ที่ทำการศึกษาประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อความดันโลหิตและไขมันในเลือดของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 41 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 ราย และทดลอง 21 ราย โดยที่กลุ่มควบคุมนั้นจะไม่ได้ออกกำลังกายแต่กลุ่มที่ทดลองมีการออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีการติดตามผลทุก 4 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลงเฉลี่ย 11 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก ลดลงเฉลี่ย 5 มิลลิเมตรปรอท ตั้งแต่ออกกำลังกายได้ 4 สัปดาห์แรก ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การออกกำลังกายโดยการเดินสามารถลดความดันโลหิตสูงได้ โดยต้องมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที มีความแข็งแรงในการออกกำลังกายอยู่ที่ 40 - 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจเป็นเป้าหมาย ซึ่งใช้ระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ ก็สามารถที่จะลดระดับความดันโลหิตได้ทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีการวัดก่อนและหลัง

1.2 การรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว จะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย โดยเฉพาะการรับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) ซึ่งเป็นอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ ลดปริมาณของไขมัน สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท (Sack et al., 2001)

1.3 ความเครียด มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยที่ สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า ดังนั้นหากมีความเครียดน้อยผู้ป่วยก็จะสามารถคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า

1.4 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (วรรณา รัชตะไพบูลย์, 2549)

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวนั้น สามารถที่จะร่วมกันทำนวยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยพบว่าการขาดการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ (วันทนา ทิฆมพุดิ, 2550) แต่ถ้าครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยจะมี

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพในระดับที่เหมาะสม (วรรณา รัชตะไพบูลย์, 2549) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับที่ปกติได้ การสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยลดภาวะเครียดของผู้ป่วยและจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Berkman & Synme, 1979)

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาจจะเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นการให้ความรู้ความเข้าใจ คำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล (Shaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) โดยที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยประพฤติดังพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการจัดคลินิกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามดูแลช่วยเหลืออาจจะเป็นการโทรศัพท์ หรือการเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว เชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) มีคุณค่า ได้รับการยอมรับ (Pender, 1996) สามารถลดความเครียดได้ (Cohen, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) ที่พบว่าความเอาใจใส่จากแพทย์ผู้รักษาเป็นอย่างดี จะช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองได้ดี

4. ปัจจัยด้านความเชื่อด้านความเจ็บป่วย เนื่องจากพฤติกรรมของคนเรา ล้วนมาจากความเชื่อของบุคคล ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหรือการแสดงออก คนที่อยู่ในสังคมเดียวกัน จะมีความเชื่อที่คล้ายคลึงกันจนกลายเป็นวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ (Wright & Bell, 2009) เช่นเดียวกับความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว ถ้ามีความเชื่อว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมาก ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (อรสา พันธักดี, 2542) และถ้าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีผลดี มีประโยชน์เช่นสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค สร้างเสริมให้สุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพใจแจ่มใส ก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำรักษายาบาล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2543)

โดยสรุปจะพบว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำรงชีวิต ทั้งในด้านการออกกำลังกายการรับประทานอาหาร ความเครียด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยด้านความเชื่อ ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่งเพราะเมื่อบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างไร

ก็จะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องออกมา ถึงแม้ความเชื่อนั้นจะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม (Rokeach, 1970 อ้างถึงใน กรกฎ ฤทธิ์ประสม, 2550)

แนวคิดระบบครอบครัวต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

ภาวะสุขภาพและเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ และในขณะเดียวกันครอบครัวก็มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Wright & Bell, 2009) การมีสุขภาพที่ดีเริ่มจากการมีครอบครัวที่อบอุ่น ช่วยกันดูแลสุขภาพให้ดีทั้งร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นมาจากบุคคลในครอบครัว เป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลว่า สถาบันที่บุคคลมีความเกี่ยวข้องเป็นอันดับแรก คือ สถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มสังคมปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดและสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้เป็นอย่างดี (Roy & Andrews, 1999) การสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งแรงสนับสนุนนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ถือเป็นแรงสนับสนุนทุติยภูมิ ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางครอบครัวนั้น มีผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและทางใจ โดยที่ผลต่อสุขภาพกาย ซึ่ง ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนที่เพียงพอจากครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณค่า ทำให้มีความมั่นคงในอารมณ์ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี นอกจากนี้คู่สมรสยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้สุขภาพดีอื่นจะส่งผลให้สุขภาพจิตดีด้วย

จากแนวคิดข้างต้น จะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวนั้น เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความจำเป็นมาก ซึ่งหากผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวมากเท่าใด ก็จะประสบผลความสำเร็จในการควบคุมโรคได้ดีด้วยเช่นกัน เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว การได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข การสบายใจ ซึ่งสามารถลดความเครียดและนำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ในกลุ่มทดลองนั้นผู้วิจัยได้นำครอบครัวเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ คือ กิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง

และกิจกรรมในการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งด้วย โดยให้ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนและกระตุ้นผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น

แนวคิดความเชื่อการเจ็บป่วย (Illness Belief Model)

ความเชื่อ เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะมีความแตกต่างกันได้ตามบริบทและประสบการณ์ชีวิตที่แต่ละคนประสบมา ซึ่งความเชื่อนี้จะมีผลต่อการดูแลสุขภาพของคนด้วย เพราะว่าหากบุคคลใดมีความเชื่ออย่างไรก็จะปฏิบัติอย่างนั้น ความเชื่อมีผลต่อการปฏิบัติหรือการแสดงพฤติกรรมตาม คนในสังคมเดียวกันจะมีความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน จนเกิดเป็นวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ (Wright & Bell, 2009)

ความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล บุคคลและครอบครัวจะมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนตามความเชื่อของตนเอง ซึ่งความเชื่อความเจ็บป่วยนั้น มักจะเป็นความเชื่อแห่งความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วย การเผชิญกับความเจ็บป่วย จะมีการบอกเล่าความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การเกิดโรค การรักษาโรค ศาสนา จิตวิญญาณ และความเชื่อการตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งการที่รับรู้ถึงความเชื่อนั้น จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ (Constraining Beliefs) และพยายามเองจะมีการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Beliefs) ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะมีผลการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณลดลงได้ (Wright, 2005) ซึ่งแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยนี้สามารถที่จะประยุกต์ใช้กับครอบครัวที่มีลักษณะสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกันได้ และสามารถใช้ในการพยาบาลครอบครัวที่เจ็บป่วยวิกฤติ เรื้อรัง หรือภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนความเจ็บป่วยทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในนานาประเทศ

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนั้น จะเกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

1. ความเชื่อเกี่ยวกับครอบครัว (Beliefs about Families) ซึ่งมีความเชื่อว่า ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปโดยอาจจะไม่มีความผูกพันทางสายเลือดก็ได้ แต่ละคน

มีโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่เป็นโครงสร้างเฉพาะของบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มักเกิดจากโครงสร้างภายในมากกว่าโครงสร้างภายนอก จึงเป็นเรื่องยากที่พยาบาลจะมีการกำหนดทิศทางในการเปลี่ยนแปลง และทุกครอบครัวมีศักยภาพ แต่บ่อยครั้งที่ศักยภาพไม่ถูกสนใจ ซึ่งโดยทั่วไปเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจะพยายามหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อลดความกลัว ส่งเสริมศักยภาพหรือลดความคับข้องใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงเป็นการดีที่จะเชิญชวนสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมสนทนาเพื่อแก้ปัญหาครอบครัว

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Beliefs about Illness) ซึ่งเป็นความเชื่อที่มีผลช่วยให้บุคคลเรียนรู้และเข้าใจความเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง บุคคลที่เป็นโรคเดียวกันอาจจะมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันได้เพราะมีรูปแบบความเชื่อที่ต่างกัน ซึ่งรูปแบบความเชื่อนี้เชื่อว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานและเชื่อมโยงกับจิตวิญญาณของบุคคลและครอบครัว และรูปแบบความเชื่อนี้ยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลคือ ความเจ็บป่วยและครอบครัวมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลต่อปฏิบัติการการเจ็บป่วยซึ่งจะมีผลต่อการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของอาการและอาการแสดง การปฏิบัติตามคำแนะนำและความพึงพอใจต่อผลของการรักษา แม้แต่ผลการวินิจฉัยโรคนั้นก็มีความหมายต่อครอบครัวมาก เพราะบางครอบครัวรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งทำลายบางครอบครัวคิดว่าเป็นการลงโทษ

เรื่องราวความเจ็บป่วยต้องการการบอกเล่า การรับฟังและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความทุกข์ทรมาน เพราะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจ และให้ความสำคัญ จะมีผลให้ช่วยลดความทุกข์ทรมานได้ ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวมักจะถูกให้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Medical Narratives) มากกว่าเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วย (Illness Narratives) ดังนั้นพยาบาลต้องมีการสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงถึงความรู้สึกต่าง ๆ รวมถึงการบอกเล่าถึงผลกระทบของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยและผลของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและความเชื่อที่เอื้อต่อความสำเร็จหรือสามารถเยียวยาได้ Maturana (1998 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) กล่าวว่าอารมณ์พื้นฐาน สุขภาพ และการเยียวยามนุษย์คือความรัก และการเยียวยาเกิดขึ้นในบริบทของความรัก ความรักเป็นความสามารถของบุคคลในการยอมรับความเชื่อของคนอื่น (Maturana & Varela, 1992 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) ดังนั้น การเพิ่มทางเลือกการจัดการความเจ็บป่วยจะช่วยเพิ่มโอกาสการเยียวยามากขึ้น การควบคุมและการอยู่ร่วมกันกับความเจ็บป่วยเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ในการจัดการความเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลควรถามผู้ป่วยและครอบครัวว่าต้องการ

จัดการความเจ็บป่วยด้วยวิธีการควบคุมหรือการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการความเจ็บป่วยได้ การเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานเกิดขึ้นจากอิทธิพลของอารมณ์เป็นพื้นฐาน

3. ความเชื่อเกี่ยวกับผู้ดูแลสุขภาพ (Beliefs about Clinician) เชื่อว่าผู้ดูแลไม่ใช่ผู้ที่เปลี่ยนแปลงครอบครัว แต่เป็นผู้ที่สร้างบริบทเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับศักยภาพของครอบครัว ผู้ดูแลเป็นเพียงผู้ส่งเสริมสนับสนุนแต่ไม่ได้มีอำนาจเหนือผู้ป่วยและครอบครัว และหากผู้ดูแลใช้อำนาจกับผู้ป่วยและครอบครัวความสัมพันธ์จะเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่จะไม่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลให้การสนทนาเพื่อการบำบัดในการพยาบาลครอบครัว (Therapeutic Conversation) มีการเชื้อเชิญให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสะท้อนคิดต่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งในการสนทนานั้นผู้ดูแลเองไม่ควรกำหนดผลลัพธ์เฉพาะที่ต้องการเท่านั้น เนื่องจากผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลอาจเกิดขึ้นต่อเนื่องเกี่ยวข้องกันและไม่แน่นอนจึงยากที่จะกำหนดผลลัพธ์เฉพาะ และจากการสนทนานี้สามารถทำให้ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

4. ความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง (Beliefs about Therapeutic Change) ความเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อใช้ความเชื่อเป็นหัวใจสำคัญในการแยกแยะความแตกต่างความท้าทาย และความชัดเจนของปัญหา ทั้งนี้กิจกรรมที่จัดขึ้นต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่มีการตำหนิเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวไม่ปฏิบัติตาม แต่ต้องพิจารณาถึงความไม่เหมาะสมของกิจกรรมที่ให้การเปลี่ยนแปลงจะขึ้นอยู่กับความเชื่อหลักและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น ใช้แนวคิดการพยาบาลความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model) ในการทำโปรแกรม โดยมีการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เล่าถึงความเชื่อเกี่ยวกับการความเจ็บป่วย (Illness Narratives) โดยเฉพาะสิ่งที่ครอบครัวเห็นว่าเป็นสิ่งที่ยากที่สุดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจในความคิดความเชื่อ พฤติกรรม ศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และพยาบาลจะให้ความรู้ที่เอื้อต่อการทำให้เกิดความสำเร็จและให้ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ โดยการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารโดยการรับประทานอาหาร

DASH มีการออกกำลังกายโดยการเดิน มีการผ่อนคลายความเครียด และการใช้ยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ และมองเห็นถึงประโยชน์ของความรู้ที่ได้รับ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องและสามารถที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เป็นปกติได้ ซึ่งโปรแกรมนี้มีขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

1. การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a Context for Changing Beliefs) โดยการค้นหาและสังเคราะห์บริบทที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี (Preparing and Maintaining the Ground) เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง อธิบายลักษณะงาน บอกกำหนดการ บอกระยะเวลา ขอบเขตการสนทนา มีการสนทนาแบบไม่ให้อำนาจและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ข้อมูลความเชื่อที่เป็นจริง

1.2 การแยกแยะปัญหาหรือความเจ็บป่วย (Distinguishing the Problems or Illness) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ โดยการซักถามเพื่อค้นหาและให้ความหมายกับปัญหาที่ชัดเจนขึ้น ปัญหาที่แยกแยะได้เกิดจากการร่วมกันกำหนดระหว่างพยาบาลกับสมาชิกครอบครัว วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การถามคำถามที่ต้องการคำตอบจากการดูแหล่งหนึ่งคำถาม (One Question Question)

1.3 การขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Removing Obstacles to Change) ซึ่งจะพบได้ในช่วงการสร้างสัมพันธภาพและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งอุปสรรคที่อาจเกิดได้ เช่น การที่สมาชิกครอบครัวไม่ต้องการมาร่วมกิจกรรม สมาชิกครอบครัวบางคนไม่พอใจกับความก้าวหน้าของการบริการ ความไม่ชัดเจนของความคาดหวังต่อการบริการ ประสิทธิภาพที่ไม่ดีมาก่อนกับบุคลากรสุขภาพ การรับบริการพร้อม ๆ กันหลายสาขาวิชาชีพ ความคาดหวังของการส่งต่ออาจไม่เหมาะสมกับความเป็นจริง

2. การค้นหา การเปิดเผยและแยกแยะความเชื่อความเจ็บป่วย (Uncovering and Distinguishing Illness Beliefs) เป็นการสนทนาเพื่อการนำบัดที่ไม่ได้เกี่ยวกับอาการ หรือยา หรือการรักษา แต่เป็นการเชื่อเชิญให้ทั้งสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยเปลี่ยนการบอกเล่าเกี่ยวกับโรคและการรักษา ไปสู่การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นว่าเป็นสิ่งที่ยากที่สุดในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยเริ่มจากการเชื่อเชิญให้มีการสะท้อนคิด

ซึ่งจะเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์มากในการปฏิบัติการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ค้นหาและแยกแยะที่น่าสนใจเช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (Beliefs about Diagnosis) ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค (Beliefs about Etiology) ความเชื่อเกี่ยวกับการเยียวยาและการรักษา (Beliefs about Healing & Treatment) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการ ควบคุม และอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย (Beliefs about Mastery, Control, and Influence) ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (Beliefs about Prognosis) ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ (Beliefs about Religion - Spirituality) และความเชื่อเกี่ยวกับที่อยู่ของความเจ็บป่วยในชีวิต (Beliefs about the Place of Illness in Our Lives)

3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Intervening and Challenging Constraining Beliefs) โดยการเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การให้คำชื่นชม (Offering Commendation) เป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยัน ให้ความรัก และความเอื้ออาทรแก่ครอบครัว เป็นการชี้จุดแข็ง ความสามารถของบุคคลและครอบครัว การให้คำชื่นชมจะทำเมื่อมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนว่าครอบครัวทำได้จริง มีฉะนั้นแล้วครอบครัวอาจรู้สึกที่ไม่จริงใจ ควรใช้ภาษาที่ครอบครัวใช้ และผสมผสานความเชื่อที่สำคัญของครอบครัว ที่ให้ความมั่นใจ ความชื่นชมเมื่อครอบครัวปฏิบัติได้ดี ควรให้คำชื่นชมภายใน 10 นาทีแรกที่พบครอบครัว เมื่อพบว่าครอบครัวมีความเข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและควรให้การชื่นชมครอบครัวกันจะเสนอความคิดเห็นหรือให้คำแนะนำ รวมถึงเมื่อสิ้นสุดการพบกัน

3.2 การใช้คำถามการรักษ (Asking Interventive Questions) คำถามที่พยาบาลใช้ถามจะรวมความเชื่ออยู่ด้วย โดยถามเพื่อให้ครอบครัวเล่าถึงความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับครอบครัวหรือความเจ็บป่วย โดยการถามที่เชื่อเชิญให้สะท้อนคิดถึงผลที่เกิดขึ้น (Asking Questions That Invite a Reflection) ซึ่งเป็นการใช้คำถามที่กระตุ้นให้ครอบครัวสะท้อนคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และเชื่อเชิญให้ครอบครัวถามคำถาม (Inviting Family Members to Ask Question) รวมไปถึงการถามครอบครัวเกี่ยวกับคำถามที่ครอบครัวถามตัวเอง (Asking Family Members to Externalize Internalized Questions) เพื่อให้ครอบครัวได้เล่าถึงความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

3.3 การแยกความแตกต่าง (Drawing Distinctions) โดยการถามคำถาม เสนอความคิดเห็น ให้คำแนะนำ การแยกความแตกต่างนี้อาจมีผลให้เกิดความเชื่อใหม่ ๆ ขึ้นได้

3.4 การพูดในสิ่งที่ครอบครัวไม่สามารถพูดได้ (Speaking the Unspeakable) เป็นการพูดแทนผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นที่ไม่สามารถพูดได้ ซึ่งจะช่วยเปิดเผยความเชื่อที่เป็นหัวใจของปัญหา

3.5 การแยกแยะความไม่สัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม (Distinguishing Incongruence between Beliefs and Behavior) เป็นการชี้ให้เห็นถึงความไม่สัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมที่เขาปฏิบัติ ไม่ใช่การตำหนิหรือกล่าวโทษ แต่เป็นการชี้ให้บุคคลตระหนักและยอมรับความไม่สัมพันธ์กันของความเชื่อกับพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น ซึ่งทำได้โดยการค้นหาความเชื่อที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล และการเน้นให้บุคคลเห็นถึงความไม่สัมพันธ์นั้น ๆ เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งนี้ จะทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยมีการปฏิบัติที่ตรงกับความเชื่อ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

3.6 การเสนอสิ่งสมมติที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Offering Hypothetical Facilitating Belief) เป็นการใช้คำถามสมมติให้ครอบครัวลองคิดหาหนทางใหม่ ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อ

3.7 การแยกปัญหา อาการ และการแก้ปัญหาออกจากตัวบุคคล (Externalizing Problems, Symptom, and Solutions) ปัญหาเป็นสิ่งที่เกิดจากอิทธิพลจากภายนอกไม่ใช่ที่ตัวบุคคล ดังนั้นการแก้ปัญหาจะไม่เน้นที่ปัญหาแต่จะเน้นที่ทางออกหรือวิธีแก้ปัญหาแทน ดังนั้นควรตั้งคำถามที่กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวมองเห็นปัญหา วิธีแก้ปัญหา และวิเคราะห์อิทธิพลของปัญหาความเจ็บป่วย

3.8 การเสนอทางเลือกหรือความเชื่อใหม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว (Offering Alternate Beliefs about Illness) เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ฟังความคิดหรือความเชื่อใหม่ ๆ โดยการเล่าเรื่องราว หรือผลลัพธ์ที่ได้ทำกับครอบครัวอื่น ๆ มีผลทำให้ครอบครัวปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคได้

4. การส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Affirming Facilitating Beliefs) เป็นการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรม เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีนั้น ๆ ดังนี้

4.1 สำรวจการเปลี่ยนแปลง (Exploring Change) การแยกแยะการเปลี่ยนแปลงต้องมีการสำรวจให้ทะลุปรุโปร่งในทุกส่วนของระบบด้วยมุมมองที่แตกต่างกันของสมาชิกครอบครัว

4.2 สำรวจผลการเปลี่ยนแปลง (Exploring the Effects of Change) จะทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้นมั่นคงมากขึ้น โดยการสำรวจและการสะท้อนคิดที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ

เปลี่ยนแปลง

4.3 เชื้อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting Explanations of Change) ว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งจะเป็นหนทางหนึ่งที่ยืนยันการเปลี่ยนแปลง โดยเชื่อว่าถ้าครอบครัวสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงได้เท่ากับว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะคงอยู่ต่อไป

4.4 การแยกแยะความแตกต่างของความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Distinguishing Facilitating Beliefs) ความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จเปิดโอกาสของทางเลือก ความคิดใหม่ ๆ สัมพันธภาพ และความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการแก้ปัญหา ซึ่งสามารถเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคไปเป็นความเชื่อที่เอื้อต่อความสำเร็จ

การศึกษาครั้งนี้ ต้องการศึกษากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติตนเป็นหลัก เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปฏิบัติตนในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว ได้มีการสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการใช้ยา โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยได้บันทึกในการกำกับตนเอง ซึ่งการปรับพฤติกรรมเป็นการใช้ผลที่ได้จากหลักของการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น สำหรับ O Leary and Wilson (1987 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบจากจิตวิทยาการทดลองเพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยาอีกหลายท่านได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมโดยการยึดแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้เป็นหลักเช่นกัน ดังนั้นการเรียนรู้จึงหมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในหรือภายนอก ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์หรือการได้รับการฝึกหัดอบรมมาก่อน

สรุปได้ว่า ความเชื่อเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อโครงสร้างทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่และพฤติกรรมของบุคคล (Wright & Bell, 2009) บุคคลมักจะทำอะไรตามความเชื่อและความคิดเห็นของตนเองเป็นใหญ่ (สุชา จันทร์อม, 2542) นอกจากนี้ ความเชื่อยังเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นในความคิดความเข้าใจ อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2534) ดังนั้นหากผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างไร ก็จะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องออกมา ถึงแม้ว่าความเชื่อนั้น

จะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม (Rokeach, 1970 อ้างถึงใน กรกฎ ฤทธิ์ประสม, 2550) ซึ่งแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วยนี้ เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญและมีผลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล เพราะความเชื่อของบุคคลมีทั้งความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง การใช้การสนทนาบ่าบัด มีการสร้างสัมพันธภาพ การค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อความเจ็บป่วย การดึงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคของผู้ป่วยและครอบครัวออกมา เพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนความเชื่ออันจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตได้ และส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงให้คงไว้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model "IBM") ที่พัฒนาโดย Wright and Bell (2009) โดยนำการสนทนาบ่าบัดมาใช้ เพราะการสนทนาเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดถึงผลกระทบที่มีต่อชีวิต จะเป็นการเปิดประตูเริ่มต้นต่อการเยียวยา (Robinson, 1994a อ้างถึงใน กรกฎ ฤทธิ์ประสม, 2550) และความเชื่อของครอบครัว จะนำครอบครัวไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธการเยียวยารักษาได้ (Wynne, Shields, & Sirkin, 1992) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ และมีความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังได้นำแนวคิดระบบครอบครัวมาร่วมใช้ด้วย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเงิน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยที่ให้ครอบครัวเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนคลายความเครียด การใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มุ่งที่การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ก่อนและหลังการทดลอง ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเงิน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งในกลุ่มทดลองนั้นจะจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ การจัดกิจกรรมคือมีการทำกลุ่ม 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเงิน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี มีการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเงิน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ส่วนกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการจัดกิจกรรมการ

พยาบาลตามปกติ จะมีการตรวจเช็คระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเงิน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University