

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อ ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง
2. ความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
3. รูปแบบปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (The Interaction Model of Client Health Behavior)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพกับความสม่ำเสมอในการรักษา

ภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญทางสาธารณสุขในอันดับต้น โดยพบว่าเป็นสาเหตุการตายที่พบมากเป็นอันดับสี่ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งมีอัตราการตายเท่ากับ 24.4 ต่อประชากรแสนคน (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ, 2551) นอกจากนี้ ยังเป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่หายขาด และถ้าหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเป็นอันตรายแก่ชีวิต ดังนั้น การทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะโรค และการดูแลรักษา จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันซิสโตลิกคงความสูงอย่างต่อเนื่องที่ระดับตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ความดันไดแอสโตลิกสูงตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือมีการใช้ยาลดความดันโลหิต (JNC-7, 2003) ซึ่งวินิจฉัยโดยใช้ค่าเฉลี่ยที่ได้จากการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ในแต่ละครั้งที่มารับการตรวจ และจากการมาตรวจ 2-3 ครั้ง ห่างกันหลายสัปดาห์ หรือจากการวัดความดันโลหิตหลายครั้ง ในการมาพบแพทย์ครั้งเดียว ในรายที่มีความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง (ฟ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2550; Bradley, 2007)

ชนิดของภาวะความดันโลหิตสูง

การแบ่งชนิดของภาวะความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งตามระดับความดันโลหิตและสาเหตุของการเกิด ดังนี้

1. แบ่งตามการจัดระดับของความดันโลหิต โดยแบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้ (The European Society of Cardiology [ESC] and European Society of Hypertension [ESH], 2007)

ตารางที่ 1 การจัดระดับของความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ต่ำกว่าปกติ	<120	และ	<80
ปกติ	120-129	และ/ หรือ	80-84
ค่อนข้างสูง	130-139	และ/ หรือ	85-89
สูงระดับเล็กน้อย	140-159	และ/ หรือ	90-99
สูงระดับปานกลาง	160-179	และ/ หรือ	100-109
สูงระดับรุนแรง	≥180	และ/ หรือ	≥110
สูงเฉพาะค่าบน	≥140	และ	<90

โดยในการประเมินระดับความดันโลหิตนั้น ถ้ามีระดับความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกที่ต่างกลุ่มกัน ให้ใช้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หรือความดันไดแอสโตลิกที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์

2. แบ่งตามสาเหตุของการเกิด การแบ่งตามสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงนั้น แบ่งเป็น ชนิดปฐมภูมิ และชนิดทุติยภูมิ (Bradley, 2007) ดังนี้

2.1 ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิหรือชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential, Primary or Idiopathic Hypertension) เป็นภาวะที่มีความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ พบมากถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยแม้ว่า จะไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่มีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ การสร้างฮอร์โมนที่กักเก็บโซเดียมมากเกินไป การหดตัวของหลอดเลือด การบริโภคโซเดียมในปริมาณมาก การมีน้ำหนักตัวมากเกินไป โรคเบาหวาน และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Bradley, 2007) โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดนี้

2.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิหรือชนิดที่มีสาเหตุ (Secondary Hypertension) เป็นกลุ่มความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ และสามารถแก้ไขได้ พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ สาเหตุที่พบ ได้แก่ การตีบของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา โรคไต ระบบต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ ความผิดปกติของระบบประสาท การหายใจผิดปกติขณะหลับ และผลจากยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด นอกจากนี้ อาจมีสาเหตุจากภาวะดัดแข็งและภาวะครรภ์เป็นพิษ (Bradley, 2007)

อาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับสมญานามว่า “ฆาตกรเงียบ” (Silent Killer) (Bradley, 2007) โดยในระยะแรกของโรคหรือในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลางมักจะไม่มีอาการ จนกระทั่งเมื่อปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนาน ๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น จึงอาจมีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้น แต่อาการที่พบ มักไม่จำเพาะเจาะจง อาการที่อาจพบ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ลักษณะอาการปวด มักจะปวดที่บริเวณท้ายทอย และอาการเวียนศีรษะ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์อาการเจ็บป่วยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่พบว่า อาการปวดตึงท้ายทอย ปวดศีรษะ และเวียนศีรษะ เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 90 มีการรับรู้ว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง (ชลนกุล คำนึ่ง, 2544; สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์, 2546)

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในภาวะความดันโลหิตสูง คือ โรคของอวัยวะเป้าหมาย (Target Organ Diseases) ได้แก่ หัวใจ สมอง หลอดเลือดส่วนปลาย ไตและตา โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Bradley, 2007)

1. ผลต่อหัวใจ ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต และภาวะหัวใจล้มเหลว กลไกของภาวะความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) นั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีสมมติฐานว่า เป็นการตอบสนองต่อการบาดเจ็บ (Response to Injury) โดยในภาวะที่แรงดันในเลือดสูง ทำให้เกิดการบาดเจ็บเยื่อชั้นในของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เกิดการกระตุ้นเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด รวมทั้งปัจจัยอื่น เพื่อซ่อมแซมหลอดเลือด ทำให้เกิดรอยแผลเป็น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ จะทำให้ผนังของหลอดเลือดแข็งตัว และรูตีบแคบลง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Diseases) จนเกิดอาการเจ็บหน้าอก และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) นอกจากนี้ ผลจากการมีแรงดันในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นกลไกชดเชยเพื่อเพิ่มแรงบีบตัวและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left Ventricle Hypertrophy) ทำให้

กล้ามเนื้อหัวใจมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น จนกระทั่งปริมาณออกซิเจนที่มาเลี้ยงไม่เพียงพอกับ ปริมาณความต้องการใช้ กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดมากขึ้น และเมื่อกลไกชดเชยล้มเหลวและ หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะทำให้ปริมาณเลือดที่ ออกจากหัวใจลดลงและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ตามมา (Bradley, 2007)

2. ผลต่อสมอง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) และโรคสมอง จากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Hypertensive Encephalopathy) โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงใน ระดับเล็กน้อยจะมีโอกาสเกิดอัมพาต (Stroke) มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติถึง 4 เท่า ซึ่งเกิดจาก คราบไขมัน (Atherosclerotic Plaques) หรือลิ่มเลือดที่บริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติดหลุดไปอุดตัน เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดการขาดเลือดบริเวณสมองส่วนนั้นชั่วคราว (Transient Ischemic Attacks) หรือเกิดอัมพาตได้ นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดความผิดปกติของ กลไกการควบคุมตนเอง (Autoregulation) ของหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นขบวนการที่ทำให้ปริมาณ เลือดที่มาเลี้ยงสมองคงที่ แม้ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของระดับความดันโลหิตก็ตาม ความ ผิดปกติดังกล่าว จะส่งผลให้หลอดเลือดขยาย เกิดการยอมให้สารน้ำผ่านเข้าออกได้มากขึ้น จึงมีสาร น้ำรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะสมองบวม น้ำ และแรงดันในสมองเพิ่มสูงขึ้น จนเกิด โรคสมองจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Hypertensive Encephalopathy) (Bradley, 2007) และถ้าไม่ได้รับการรักษา จะทำให้สมองถูกทำลาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

3. ผลต่อหลอดเลือด จากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ส่งผล ให้เกิดโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease) โดยมีอาการปวดกล้ามเนื้อเมื่อ ออกแรงและอาการเท้าเมื่อยได้พัก (Intermittent Claudication) นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการโป่งพอง หรือการปริแตกของหลอดเลือดเอออร์ตา (Bradley, 2007)

4. ผลต่อไต จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไตทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดไตแข็งตัว (Nephrosclerosis) ส่งผลให้หน่วยไตขาดเลือดไปเลี้ยงและไต ทำงานผิดปกติจนเกิดภาวะไตวาย (Bradley, 2007)

5. ผลต่อตา เกิดการทำลายของหลอดเลือดเรตินา (Retina Damage) ทำให้การมองเห็น ภาพไม่ชัด มีเลือดออกและสูญเสียการมองเห็น การตรวจพบเห็นการทำลายของเรตินาจะบ่งบอกถึง ความรุนแรงของโรคและระยะเวลาในการเป็นความดันโลหิตสูง และเนื่องจากเรตินาเป็นหลอดเลือด แห่งเดียวในร่างกายที่สามารถมองเห็นได้โดยตรง ดังนั้น การตรวจพบเห็นการทำลายของ เรตินาจึงเป็นการบ่งบอกว่ามีการทำลายหลอดเลือดที่หัวใจ สมองและไตร่วมด้วย (Bradley, 2007)

ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูง

เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงอาจมีผลกระทบต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ทางด้านร่างกาย อาการของภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และการรักษาโดยการใช้น้ำยาลดความดันโลหิต อาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจกยา โดยพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 70 ต้องประสบกับอาการข้างเคียงของยา (ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ, 2549) โดยอาจเกิดอาการความดันโลหิตต่ำเวลาเปลี่ยนท่า ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ท้องเดิน รู้สึกง่วงตอนกลางวัน เหนื่อย และในเพศชายอาจมีสมรรถภาพทางเพศลดลง และมีความล้มเหลวในการหลั่งน้ำกาม (Bulpitt, Dollery, & Came, 1974 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) อาการเหล่านี้ จะส่งผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความไม่สุขสบาย และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง นอกจากนี้ ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำลายอวัยวะเป้าหมายจนเกิดความพิการ ยังส่งผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจตามมา

2. ทางด้านจิตใจ ผลจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และการต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความเครียด และเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ที่ทำให้เกิดความพิการหรืออาจเสียชีวิตได้ การรับรู้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง จึงอาจทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตน นอกจากนี้ อาจเกิดจากการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และเมื่อไม่สามารถปฏิบัติได้ยิ่งก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) โดยจากการศึกษาของ ธนิกานต์ เชื้อนดิน (2545) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.45 มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยมีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ บางรายมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่าและอยากตาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ จะส่งผลกระทบต่อการแสดงบทบาททางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงตามมา

3. ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความบกพร่องในการแสดงบทบาททางสังคม โดยจากการศึกษาของ เนตรนภา ตังหมาย (2541) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในเพศชาย มีการแสดงใน

บทบาทของสามีสลดลงในการดูแลเอาใจใส่ครอบครัว การแบ่งเบาภาระหน้าที่ในครอบครัว และสมรรถภาพทางเพศ และมีผลกระทบต่อการทำงาน โดยเกิดการขาดงาน ทำให้รายได้ลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) นอกจากนี้ การรักษาโดยการใช้จ่ายอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยจากการศึกษาของกองโรงพยาบาลภูมิภาคจากกลุ่มผู้ใช้บริการที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในปี พ.ศ. 2540 พบว่าค่ารักษาพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 1670.09 บาทต่อครั้งต่อราย โดยถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นถึง 9 เท่า หรือ 15,283.22 บาทต่อครั้งต่อราย (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2541 อ้างถึงใน จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, 2543)

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย ส่งผลเกี่ยวเนื่องไปยังด้านอื่น ๆ ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และผลกระทบที่เกิดขึ้นจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น สิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงนั้น มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคไต โดยควบคุมให้ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และอาจลดลงต่ำกว่านี้อีกถ้าหากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงสามารถทนได้ หรือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในรายที่เป็นเบาหวาน โรคไต หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 40, 25 และ 50 ตามลำดับ การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง สามารถทำได้ 2 วิธี ได้แก่ การรักษาโดยการใช้จ่ายและการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2550; JNC-7, 2003) มีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาโดยการใช้จ่าย เป้าหมายของการรักษาด้วยยา เพื่อลดความดันโลหิตให้ได้ตามระดับความดันโลหิตเป้าหมาย โดยไม่เกิดอาการข้างเคียงของยาหรือเกิดน้อยที่สุด ซึ่งการใช้จ่ายลดความดันโลหิต เพื่อประโยชน์ในการลดปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนเลือด และลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยยาลดความดันโลหิตสามารถแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549; Bradley, 2007)

- 1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นกลุ่มยาที่เลือกใช้เป็นตัวแรก โดยอาจใช้เพียงตัวเดียว หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น ซึ่งฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะในการลดความดันโลหิตนั้นยังไม่ทราบ

แน่นซ์ แต่จะส่งเสริมการขับน้ำและโซเดียมออกจากร่างกายทำให้ปริมาณน้ำและโซเดียมในเลือดลดลง และลดการตอบสนองของหลอดเลือดต่อแคทีโกลามีน ทำให้ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาขับปัสสาวะที่ใช้บ่อย ได้แก่ กลุ่มไทอะไซด์ (Thiazide) เช่น Hydrochlorothiazide เป็นยาขับปัสสาวะที่ใช้บ่อยที่สุด กลุ่มออกฤทธิ์ที่หลอดเลือด (Loop Diuretic) เช่น Furosemide เป็นยาขับปัสสาวะที่มักเลือกใช้เป็นตัวแรก ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายร่วมด้วย และกลุ่มที่ช่วยเก็บโพแทสเซียม (Potassium Sparing Diuretic) เช่น Spironolactone โดยยาในกลุ่มไทอะไซด์ และกลุ่มออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดจะมีผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะยูริคในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ส่วนยาในกลุ่มที่ช่วยเก็บโพแทสเซียมอาจพบอาการข้างเคียง คือ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

1.2 ยาด้านอะดรีเนอร์จิก (Adrenergic Inhibitor) ประกอบด้วย ยากลุ่ม Beta-Blocker, Anti-Adrenergic Agent และ Alpha-1 Blocker มีฤทธิ์ในการลดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน ที่ศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมอง และปิดกั้นตัวรับอะดรีเนอร์จิก ที่หลอดเลือดส่วนปลาย ผลข้างเคียงของยาที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) และการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง

1.3 ยาขยายหลอดเลือดโดยตรง (Direct Vasodilators) เช่น Hydralazine, Hydrochloride เป็นต้น ออกฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อเรียบที่หลอดเลือด ทำให้ลดแรงต้านทานส่วนปลาย ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงของยาที่พบ ได้แก่ ซีพจรเร็วและความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า

1.4 ยาด้านแคลเซียมเข้าเซลล์ (Calcium Channel Blockers) เช่น Amlodipine, Nicadipine, Nefidipine เป็นต้น ออกฤทธิ์เพิ่มการขับโซเดียมออกจากร่างกาย และยับยั้งไม่ให้แคลเซียมเข้าไปในเซลล์ ส่งผลให้หลอดเลือดแดงขยายตัว ผลข้างเคียงที่พบ คือ ภาวะหัวใจเต้นช้าน้ำล้างและบวม

1.5 ยาด้านแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Inhibitors) มี 2 ชนิด ได้แก่ ยายับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin-converting Enzyme Inhibitors) และยาปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II Receptor Blockers) โดยยายับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซินทู ได้แก่ Captopril, Enalapril เป็นต้น ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว นอกจากนี้ ยังลดการกั่งค้างของสารน้ำและโซเดียม ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง และการไอซึ่งเกิดจากระดับ Bradykinin สูง ในรายที่มีอาการไอจากยายับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซินทูจะเปลี่ยนไปใช้ยาชนิดปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทูแทน ได้แก่ Losartan, Vasartan เป็นต้น ซึ่งออกฤทธิ์โดยป้องกัน

ไม่ให้ Angiotensin II จับกับตัวรับที่ผนังหลอดเลือด ผลข้างเคียงที่พบได้ในกลุ่มยาต้านแองจิโอเทนซิน ได้แก่ ซีพจรเร็วและความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า

การรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต จะเริ่มเมื่อการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งการเริ่มต้นใช้ยาลดความดันโลหิตนั้น ควรใช้ยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ก่อนเพียงตัวเดียว หรือใช้ร่วมกับยากลับอื่น ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การเลือกใช้ยากลับใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ที่มีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าความดันซิสโตลิกเป้าหมาย 20 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันไดแอสโตลิกมากกว่าความดันไดแอสโตลิกเป้าหมาย 10 มิลลิเมตรปรอท ให้เริ่มการรักษาโดยใช้ยา 2 ตัว เพื่อช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายเร็วขึ้น โดยส่วนใหญ่มากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยการใช้ยาเพียงตัวเดียวและต้องให้ยาตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป (JNC-7, 2003) ส่วนขนาดยาที่ให้และการปรับยาลดความดันโลหิตนั้น จะให้ในขนาดที่น้อยที่สุดและใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยาวนาน โดยสามารถให้ได้วันละครั้ง ก่อๆ ปรับขนาดยา และเลือกการใช้ยาในขนาดต่ำร่วมกัน (Multidrug Combination) เพื่อให้การเกิดอาการข้างเคียงของยาน้อย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; JNC-7, 2003) และถ้ายังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะเพิ่มขนาดยาดั้วเดิมจนสูงสุดก่อนแล้วจึงเพิ่มยาในกลุ่มอื่น ถ้ามีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น หรือยาใช้ไม่ได้ผลก็จะเปลี่ยนยาตัวใหม่ สำหรับการปรับลดยานั้นจะปฏิบัติในผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว โดยจะค่อย ๆ ลดขนาดของยาลงจนเหลือน้อยที่สุด ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

จากการศึกษาปัญหาของการใช้ยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า มีการใช้ยาไม่ถูกต้องที่พบได้บ่อย 5 ลักษณะ คือ การไม่มารับยาตามนัด การรับประทานยาไม่ถูกขนาด การรับประทานยามืดเวลา การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาซ้ำ และการหยุดการรับประทานยา (Miller, 1997) ซึ่งการใช้ยาไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงรุนแรงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; Bradley, 2007) ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรมีการปฏิบัติตนในการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยรับประทานยาถูกขนาด ไม่ปรับยาโดยการเพิ่ม การลดหรือหยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาผู้ประกอบวิชาชีพ การรับประทานยาถูกเวลา โดยไม่ลืมรับประทานยา หรือเลื่อนเวลาในการรับประทานยา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) และการรับประทานยาถูกชนิด โดยไม่รับประทานยาอื่นนอกเหนือจากแผนการรักษาหรือยาที่เป็นของผู้อื่น (Bradley, 2007) ซึ่งการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอสามารถลดระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้มากกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 10.2 และ 5.1 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ (Hadi & Rostami-Gooran, 2004)

2. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในระดับเล็กน้อย และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะแรก จะแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพียงอย่างเดียว โดยยังไม่เริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549) แต่การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทุกราย แม้ว่าจะมีการรักษาด้วยยาแล้วก็ตาม โดยมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่รักษาโดยการรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้มากกว่าผู้ที่รักษาโดยการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว 4.3 มิลลิเมตรปรอท (PREMIER Collaborative Research Group, 2003) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตนอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตด้วย (JNC-7, 2003) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่ควรปฏิบัติ ได้แก่ การลดหรือควบคุมน้ำหนัก การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมทางกาย การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมความเครียด และการมาตรฐานวัด มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การลดหรือควบคุมน้ำหนัก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่าดัชนีมวลกายปกติของชาวเอเชียเท่ากับ 19-22.9 กิโลกรัม/เมตร² หรือจากการวัดเส้นรอบเอว โดยควรมีค่ารอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตรในเพศหญิง และ 90 เซนติเมตรในเพศชาย (สมจิตร ชุ่มจันทร์, พลอยทราย บุษราคัม, ชิงชิง พูเจริญ, ปณิศา ลิ้มปะวัฒน์ และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธ์, 2550) ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ โดยเฉพาะในผู้ที่มีไขมันสะสมอยู่บริเวณลำตัวเป็นจำนวนมาก พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; Bradley, 2007) การลดน้ำหนักจึงมีผลในการลดความดันโลหิต โดยพบว่า การลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5-10 มิลลิเมตรปรอท (JNC-7, 2003) ส่วนในรายที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรมีการควบคุมน้ำหนักให้คงไว้ วิธีในการลดหรือควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ การออกกำลังกาย และจำกัดการบริโภคอาหารที่ให้พลังงาน โดยควรลดอาหารที่มีไขมันและโซเดียมควบคู่ไปด้วย แม้ว่าการจำกัดอาหารที่มีไขมันจะไม่ช่วยลดระดับความดันโลหิตก็ตาม แต่จะช่วยลดระดับไขมันในเลือดและชะลอการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Bradley, 2007; JNC-7, 2003)

2.2 การควบคุมอาหาร ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH]) โดยเน้นผัก ผลไม้ และอาหารไขมันต่ำประเภทเนื้อปลา เพื่อลดไขมันและโคเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ แต่มีเส้นใยอาหาร สารโพแทสเซียมและแคลเซียมในปริมาณมาก (Bradley, 2007; JNC-7, 2003) ซึ่งจะ

สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (JNC-7, 2003) นอกจากนี้ ควรมีการควบคุมการบริโภคโซเดียม เนื่องจากโซเดียมเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแองเทียเรียติก และเกิดกลไกการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้มีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) โดยลดการบริโภคโซเดียมไม่เกิน 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 2.4 กรัมต่อวัน ซึ่งเทียบเท่ากับเกลือ 6 กรัมหรือ 1 ช้อนชาเศษ สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (วีรบุช รอบสันติสุข, 2549; JNC-7, 2003) แต่จากการศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบว่า มีการบริโภคโซเดียมในปริมาณมาก โดยเฉลี่ย 9 กรัม/วัน และมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 29 เท่านั้นที่มีการบริโภคเกลือน้อยกว่า 6 กรัม/วัน (วีรบุช รอบสันติสุข, 2549) ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม และการเติมเครื่องปรุงที่มีส่วนผสมของโซเดียมในอาหาร (วาสนา รวยสูงเนิน, 2549) นอกจากนี้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงการดื่มที่มีส่วนผสมของสารคาเฟอีน เนื่องจากสารคาเฟอีนจะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้รู้สึกตื่นตัว ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และไตขับปัสสาวะออกมามากขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการบริโภคในระยะสั้น (DeMartinis, 2005)

2.3 การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย โดยควรออกกำลังกายในระดับปานกลาง คือ มีการใช้ออกซิเจนประมาณร้อยละ 40-60 ของความต้องการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมควรเป็นแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว โดยใช้เวลาประมาณ 4-5 กิโลเมตรต่อชั่วโมง การวิ่งเหยาะ ๆ และว่ายน้ำ เป็นต้น ระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน เกือบทุกวันหรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; JNC-7, 2003) และไม่ควรออกกำลังกายโดยวิธีใช้แรงเบ่งหรือเกร็ง ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการหดตัวแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise) จะเกิดการตอบสนองของระบบประสาทเวกัส ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในระดับสูงจนอาจเกิดอันตรายได้ (DeMartinis, 2005) การออกกำลังกายจะมีผลช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ ยังช่วยลดหรือควบคุมน้ำหนัก และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทุกรายควรออกกำลังกาย ขกเว้น ผู้ที่มีโรคหัวใจหรือสุขภาพมีปัญหาอย่างรุนแรงที่จำเป็นต้องมีการทดสอบสมรรถนะของร่างกายก่อนที่จะเริ่มออกกำลังกาย (Bradley, 2007)

2.4 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ทำให้เพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที ปริมาณคอรัติซอล และระดับแคลเซียมอิสระในเซลล์ และหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัว ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) การดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 45 มิลลิตร ขึ้นไปทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและอัมพาต (Bradley, 2007) ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงควรหลีกเลี่ยงบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

หรือคัมในปริมาณเพียงเล็กน้อย โดยในเพศหญิงหรือผู้ที่มีรูปร่างผอมไม่ควรเกิน 15 มิลลิกรัมต่อวัน และในเพศชายไม่เกิน 30 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งแอลกอฮอล์ 30 มิลลิกรัม มีค่าเท่ากับวิสกี้ 60 มิลลิกรัม ไวน์ 300 มิลลิกรัม และเบียร์ 720 มิลลิกรัม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; JNC-7, 2003) ซึ่งการลด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (JNC-7, 2003)

2.5 การเลิกสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ มีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวส่ง ผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และการสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคระบบหัวใจและ หลอดเลือด ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด (JNC-7, 2003)

2.6 การควบคุมความเครียด การตอบสนองต่อภาวะเครียด เป็นการกลไกของการ ป้องกันตามปกติ แต่ถ้าความเครียดที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ซิมพาเทติกอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัว อัตราการเต้นของหัวใจ และการ หลั่งเรนินเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Bradley, 2007) ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรมีการควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลาย ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การทำสมาธิ โยคะ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองต่อร่างกาย (Biofeedback) การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็น ขันตอน และการบำบัดทางด้านจิตใจ โดยมีผลในการลดความดันโลหิตได้ชั่วคราว และเป็นผลดีต่อ จิตใจ ซึ่งอาจเป็นผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิตร่วมกับวิธีอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

2.7 การมาตรวจตามนัด การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญในผู้ที่มีความ ดันโลหิตสูงเพื่อติดตามผลของการรักษา โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในรายที่เริ่มรักษาด้วยยาควร กลับมาพบแพทย์ และปรับยาทุก ๆ เดือน หรือจนกระทั่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ตามเป้าหมาย ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตระดับรุนแรง หรือในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือโรค ร่วมอื่นจะมีการนัดติดตามบ่อยขึ้น และหลังจากที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตาม เป้าหมายจึงนัดทุก 3-6 เดือน (JNC-7, 2003) ส่วนในรายที่แม้ว่าจะสามารถหยุดการใช้ยาได้แล้ว ก็ยังต้องมีการนัดติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มสูงขึ้นได้อีก โดยเฉพาะในรายที่ละเลยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) นอกจากนี้ การมาตรวจตามนัด ยังเป็นการติดตามความก้าวหน้าของโรค โดยควรมีการตรวจระดับ โปแทสเซียมและครีเอตินินในเลือด 1-2 ครั้งต่อปี ส่วนในรายที่มีหัวใจล้มเหลว หรือโรคอื่นร่วม เช่น เบาหวาน อาจจำเป็นต้องมีการตรวจบ่อยขึ้น (JNC-7, 2003)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

การดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงสามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของการรักษา เกิดความเข้าใจ ขอมรับและปฏิบัติตนที่

สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยไม่เกิดผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตหรือเกิดเพียงเล็กน้อย และมีศักยภาพในการจัดการและสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลของการรักษาและอาการข้างเคียงของยา เพื่อทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายของภาวะความดันโลหิตสูง (Bradley, 2007) และเน้นให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเข้าใจว่าภาวะความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะไม่มีอาการ นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการพัฒนาความสามารถของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในการดูแลและพึ่งพาตนเอง โดยการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการกำหนดแผนการรักษาให้สอดคล้องกับแบบแผนในการดำเนินชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องมีการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อช่วยในการควบคุมความดันโลหิต และพบว่า พฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรักษา ส่งผลให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตได้ (Borzecki et al., 2005; WHO, 2003) ดังนั้น การศึกษา พฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรักษาจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ความสม่ำเสมอในการรักษาเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกที่ส่งผลต่อการรักษาที่แย่งลง (Kyngäs et al., 2000) สำหรับปัญหาของความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้มีการศึกษาและกล่าวถึงมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 โดยแม้ว่าจะจะเป็นปัญหาที่พบมานานกว่า 20 ปี แต่ยังคงขาดวิธีการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ จึงน่าจะสะท้อนถึงความเข้าใจในปัญหาความสม่ำเสมอในการรักษายังไม่เพียงพอ (Borzecki et al., 2005) ถึงแม้ว่าความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดขึ้นได้ยาก แต่ก็จำเป็นสำหรับการรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Hodge, Lynch, Davison, Knight, Sinn, & Carey, 1979)

ความหมายของความสม่ำเสมอในการรักษา

ความหมายของความสม่ำเสมอในการรักษานั้นพบว่า มีคำที่มีการใช้แทนกันบ่อยได้แก่ คำว่า “Compliance” กับ “Adherence” ซึ่งในยุคแรกจะมีการใช้คำว่า “Compliance” อย่างแพร่หลาย โดย Sackett (1976 cited in Kyngäs et al., 2000) ให้ความหมายของ “Compliance” ว่าเป็น

พฤติกรรมของบุคคลที่รับประทานยา ทำตามคำแนะนำในเรื่องอาหาร หรือการปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตประจำวันตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นการให้ความหมายที่เป็นนัยว่า ผู้ประกอบวิชาชีพมีสิทธิเหนือผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบดั้งเดิมระหว่างผู้ใช้บริการกับ ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีลักษณะของการถูกบังคับหรือยอมทำตาม เป็นการสื่อสารของผู้ประกอบ วิชาชีพกับผู้ใช้บริการที่เป็นแบบทางเดียว และเหมือนกับเป็นการปฏิเสธสิทธิของผู้ใช้บริการ ใน การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การขาดความเป็นอิสระ (Autonomy) ของผู้ใช้บริการ และส่งผลให้ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ ความหมายนี้จึงไม่ได้รับการยอมรับ

ต่อมา Haynes (1978 cited in Kyngäs et al., 2000) ให้ความหมายของ “Compliance” ว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติในการรับประทานยา และการเปลี่ยนแปลงแบบแผน ชีวิตประจำวัน ที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์หรือทางสุขภาพ ซึ่งเป็นความหมายที่มีการ ใช้อย่างกว้างขวาง แต่เป็นความหมายที่แสดงถึงว่าผู้ใช้บริการเป็นเพียงผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของ ผู้ประกอบวิชาชีพและการรักษาไม่ได้เกิดจากผู้ให้บริการ (Osterberg & Blaschke, 2005) ดังนั้น คำ ว่า “Compliance” จึงเป็นความหมายที่แสดงถึงอำนาจของผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่เหนือผู้ใช้บริการ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงได้มีการเสนอให้ใช้คำว่า “Adherence” แทน ซึ่งมีความหมายที่ลดการคุกคามในสถานะที่เหนือกว่าของผู้ประกอบวิชาชีพ โดยองค์การอนามัยโลก (2003) ให้ความหมายของ “Adherence” ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ที่ได้ร่วมตกลงกับผู้ประกอบวิชาชีพในการรับประทานยา อาหารและ/ หรือการปรับเปลี่ยนแบบ แผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่มีแนวทางในการดูแลสุขภาพของบุคคลสอดคล้องกับ แนวทางของผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุผลในเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน โดยแผนการรักษานั้น จะต้องมีการปรับให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ใช้บริการ (Dracup & Meleis, 1982 cited in Vermeire et al., 2001) และบุคคลจะต้องแสดงถึงความตั้งใจและความรับผิดชอบใน การคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเอง โดยมีการประสานความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพ (Lahdenperä & Kyngäs, 2001) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้คำว่า “Adherence” เนื่องจาก มีความหมายที่ ครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทของการรักษา และมีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

ดังนั้น ความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงเป็นพฤติกรรมที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอสอดคล้องตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของการรักษา ซึ่งองค์ประกอบของความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงประกอบด้วย ความสม่ำเสมอในการรักษาด้านการให้ยาและด้านการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การออก

กำลังกายและการทำกิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การควบคุมความเครียด และการติดตามการรักษาและการมาตรวจตามนัด

ความสำคัญของความสม่ำเสมอในการรักษา

ความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะส่งผลในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยมีการศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า การรับประทานยาปิดกั้นเบต้าอย่างสม่ำเสมอต่ำกว่าร้อยละ 80 จะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็น 4 เท่า แต่ถ้ามีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 80-99 จะมีความเสี่ยงลดลงเท่ากับ 2 เท่า (Psaty et al., 1990 cited in Miller, 1997) แต่จากการศึกษาความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 40-87, 8-45, 41-49, 53 และ 47-56 ตามลำดับ (เพ็ญศรี ทับทอง, 2548; Hadi & Rostami-Goeran, 2004; Hashmi et al., 2007; Lagi et al., 2006; Naewbood, 2005) จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 10 มีความสม่ำเสมอในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ และประมาณร้อยละ 50 มีความสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยความสม่ำเสมอในการรักษาในระดับต่ำจะส่งผล ดังนี้ (Heidenreich, 2004; Kyngäs et al., 2000; Miller, 1997; Vermeire et al., 2001; Wuerzner, Hassler, & Burnier, 2003)

1. ทำให้ภาวะของโรคเลวลง จากการที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนพิการหรือเสียชีวิต โดยพบว่า ผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ควบคุมการบริโภคโซเดียม ไม่ควบคุมอาหารไขมัน มีระดับความเครียดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดอัมพาต (Stroke) เพิ่มขึ้น 6.07, 4.51, 4.67 และ 2.77 เท่า ตามลำดับ (Baune, Aljeesh, & Bender, 2005)

2. ทำให้การรักษาไม่เกิดประสิทธิผลจากการตอบสนองต่อยาลดลง จนเกิดภาวะ Resistant Hypertension ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย โดยแม้ว่าจะได้รับการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิตในขนาดสูงสุด และมีการใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่มอื่นร่วมในการรักษาอย่างเหมาะสมแล้วก็ตาม (JNC-7, 2003)

3. ทำให้มีการหยุดรับประทานยามากขึ้น เนื่องจากการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย จึงต้องการปรับเพิ่มขนาดหรือชนิดของยาลดความดันโลหิตทำให้การรักษา

มีความซับซ้อนมากขึ้น และเกิดอาการข้างเคียงของยามากขึ้น ส่งผลให้มีการหยุดรับประทานยามากขึ้น

4. สูญเสียค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาเพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคและผลข้างเคียงของยาที่รุนแรง

ดังนั้น การส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายหรือพิการ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

การประเมินความสม่ำเสมอในการรักษา

การประเมินความสม่ำเสมอในการรักษาได้อย่างถูกต้อง จะเป็นประโยชน์ในการสร้างรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ (Svarstad, Chewing, Sleath, & Claesson, 1999) แต่การประเมินความสม่ำเสมอในการรักษาในปัจจุบันพบว่า มีความหลากหลาย เนื่องจากยังขาดการให้ความหมายที่ชัดเจนของความสม่ำเสมอในการรักษา (Kyngäs et al., 2000) โดยสามารถประเมินความสม่ำเสมอในการรักษาได้ 2 ลักษณะ คือ การประเมินทางตรงและการประเมินทางอ้อม ซึ่งแต่ละวิธีก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย และยังไม่พบว่ามีวิธีใดที่เป็นวิธีมาตรฐาน (Gold Standard) (Osterberg & Blaschke, 2005) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินทางตรง เป็นการตรวจหาระดับความเข้มข้นของยาหรือเมตาบอไลต์ของยาในเลือดหรือปัสสาวะ เช่น การวัดความเข้มข้นของ Methyldopa และ Propanolol ในเลือดและการวัดระดับยา Hydrochlorothiazide ในปัสสาวะ ซึ่งประเมินจากค่าอัตราส่วนของยากับครีเอตินิน (Urinary Hydrochlorothiazide-Creatinin Ratio) (Hodge et al., 1979) การประเมินทางตรงจะได้อายุที่ถูกต้อง แต่มีราคาแพง ต้องใช้ผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง สามารถประเมินได้เพียงช่วงเวลาหนึ่ง หลังการใช้ยาและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ จากการรับประทานยามากเกินไป เพื่อคาดหวังให้สามารถตรวจพบระดับยาได้ (Kjellgren, Ahlner, & Saljo, 1995; Osterberg & Blaschke, 2005)

2. การประเมินทางอ้อม

2.1 การบอกเล่าจากผู้ประกอบวิชาชีพ หรือนุคตลใกล้ชิด เป็นวิธีที่ไม่นิยมใช้เนื่องจากมักมีการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงมาก

2.2 การนับเม็ดยา เป็นการนับจำนวนยาที่ยังคงเหลือในขวดยา เป็นวิธีที่ใช้ง่ายและมีการนำไปใช้มาก (Osterberg & Blaschke, 2005) แต่อาจพบปัญหาว่าผู้ใช้บริการอาจทิ้งยาก่อนมาพบแพทย์เพื่อแสดงว่ารับประทานยาครบ อาจมีการสับเปลี่ยนยาหรือมีการรวมยาในขวดเดียวกัน ทำให้การนับเม็ดยาเกิดความยุ่งยาก และมักพบปัญหาว่า ไม่ได้นำขวดยามาด้วย สิ่งเหล่านี้ทำให้มีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเกินจริง (Svarstad et al., 1999) และไม่ได้ข้อมูลว่า

มีการรับประทานยาจริง (Hodge et al., 1979) นอกจากนี้ ยังไม่สามารถบอกรูปแบบในการรับประทานยาได้ โดยอาจมีการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา หรืออาจมีการหยุดยา แล้วปรับเปลี่ยนยาในมือถัดไปเป็นสองเท่า (Osterberg & Blaschke, 2005)

2.3 การติดตามด้วยเครื่องมืออัตโนมัติ เป็นเครื่องมือที่บันทึกเวลาในการเปิดกล่องยา ซึ่งบ่งบอกถึงรูปแบบพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ใช้บริการ เช่น การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา แต่การประเมินวิธีนี้มีข้อเสียคือ ไม่สามารถบอกได้ว่ามีการรับประทานยาจริง การเปิดกล่องยาอาจเป็นการหยาบคาย มีการหยาบคายมากกว่าที่รับประทานจริงหรือหยาบคายไปไว้ที่อื่น และที่สำคัญการประเมินวิธีนี้มีค่าใช้จ่ายสูง (Osterberg & Blaschke, 2005)

2.4 การบันทึกการมาเติมยา (Pharmacy Refill Record) และการเบิกยา ซึ่งมักใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก เหมาะในการประเมินประชากรที่ศึกษาจำนวนมาก และประเมินการใช้ยาในระยะยาว แต่ข้อมูลที่ได้เป็นการประมาณสัดส่วนของจำนวนยาที่ใช้ไปกับยาที่จ่าย ซึ่งอาจประเมินเกินจริงในรายที่มารับยาครบแต่ไม่ได้รับประทานยา และอาจประเมินต่ำกว่าจริงในรายที่ไม่มารับยาแต่ไปซื้อยาจากที่อื่น (Guénette, Moisan, Prévile, & Boyer, 2005)

2.5 ผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษา การรับประทานยาลดความดันโลหิตมีผลในการช่วยลดความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตที่วัดอย่างถูกต้องสามารถใช้ในการประเมินความสม่ำเสมอในการรักษาได้ แต่เนื่องจากระดับความดันโลหิตเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ซึ่งไม่ได้เป็นผลจากความสม่ำเสมอในการรักษาเพียงอย่างเดียว โดยในรายที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอแต่ระดับความดันโลหิตไม่ลดลงนั้น อาจเกิดเนื่องจาก ผู้ใช้บริการไม่ตอบสนองต่อยาลดความดันโลหิต ส่วนในรายที่มีความสม่ำเสมอในการรักษาในระดับต่ำ แต่พบว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็อาจแสดงถึงว่า ผู้ใช้บริการได้รับการรักษาที่มากเกินไป ความจำเป็น ดังนั้น การวัดระดับความดันโลหิตจึงไม่ได้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรักษา (Hodge et al., 1979; Wuerzner, Hassler, & Burnier, 2003)

2.6 การประเมินตนเองของผู้ใช้บริการ ได้แก่ การเขียนบันทึกประจำวันของผู้ใช้บริการ การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและการใช้แบบสอบถาม เป็นวิธีที่ใช้ง่าย ค่าใช้จ่ายไม่แพง ได้ข้อมูลเร็วและสามารถนำมาใช้ปฏิบัติทางคลินิกได้และมีประสิทธิผล (Guénette, Moisan, Prévile, & Boyer, 2005; Kyngäs et al., 2000; Osterberg & Blaschke, 2005) แต่ปัญหาที่พบ คือ มักไม่ได้คำตอบที่เป็นจริงโดยผู้ให้บริการมักจะให้คำตอบตามที่ผู้ประกอบวิชาชีพคาดว่าจะให้ปฏิบัติตามนั้น หรือต้องการให้ผู้สัมภาษณ์เกิดความพอใจ ทำให้มีการประเมินได้ค่าเกินจริง (Hodge et al., 1979; Osterberg & Blaschke, 2005; Svarstad et al., 1999)

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การประเมิน โดยวิธีให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงประเมินตนเองจากการตอบแบบสอบถาม เนื่องจาก เป็นวิธีที่ง่าย ประหยัด และสะดวกต่อการปฏิบัติทางคลินิก โดยแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรักษา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของ ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ (2549) ที่ประยุกต์จากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งพัฒนาโดยอรสา พันธุ์ศักดิ์ และคณะ (2542) อ้างถึงใน ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2549) โดยมีข้อคำถามครอบคลุมการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายและการทำกิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การควบคุมความเครียด และการติดตามการรักษาและมาตรการตามนัด มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และนำไปใช้ประเมินในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค หลังนำไปใช้เท่ากับ .73 ผู้วิจัยได้ปรับลักษณะข้อคำถามในด้านการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมมากขึ้น และเพิ่มข้อคำถามในส่วนของการใช้ยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาคือ ปัจจัยทางด้านผู้ใช้บริการ ปัจจัยทางด้านการรักษาและปัจจัยทางด้านผู้ประกอบการวิชาชีพ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไป และลักษณะด้านจิตสังคมของผู้ใช้บริการ โดย

1.1 ลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับความดันโลหิต และการสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่า เพศหญิงจะมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าเพศชาย (Kyngäs & Lahdenperä, 1999; Naewbood, 2005) ผู้ที่มีอายุมาก มีรายได้มากกว่าและมีระดับการศึกษาสูงจะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2549; Hadi & Rostami-Gooran, 2004; Hashmi et al., 2007; Kabir et al., 2004; Kyngäs & Lahdenperä, 1999; Naewbood, 2005) ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง จะมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Lagi et al., 2006) และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จะมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Kyngäs & Lahdenperä, 1999)

1.2 ลักษณะด้านจิตสังคม พบว่ามีบทบาทสำคัญมากกว่าปัจจัยทางด้านลักษณะทั่วไป (Kjellgren, Ahlner, & Saljo, 1995) ลักษณะด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการ

รับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (กรรณิกา เรือนจันทร์, 2535; ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2549; อรพินท์ ภายโรจน์, 2543; อารีย์ เทียรประมุข, 2534; Dongyan, 2000; Hashmi et al., 2007; Naewbood, 2005) นอกจากนี้ การมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาลดความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Hadi & Rostami-Gooran, 2004)

2. ปัจจัยทางการรักษา ได้แก่ จำนวนชนิดยาที่ใช้รักษา ผลข้างเคียงของยา และระยะเวลาในการเดินทางมารับการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และช่วงเวลาในการนัดติดตามโดยพบว่า การใช้เพียงชนิดเดียวมีความสม่ำเสมอในการรับประทานมากกว่าการใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2549; Kabir et al., 2004; Naewbood, 2005) แต่ขัดแย้งกับบางการศึกษาที่พบว่า ชนิดยาที่ใช้ในการรักษาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ทำให้เกิดความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าการใช้ยาเพียงชนิดเดียว (Lagi et al., 2006; Hashmi et al., 2007) ส่วนปัจจัยทางด้านผลข้างเคียงของยา และระยะเวลาในการเดินทางมารับการรักษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรักษา (Hashmi et al., 2007) และระยะเวลาในการรักษาด้วยยาที่นานกว่า 5 ปี และช่วงเวลาในการนัดติดตามที่น้อยกว่า 3 เดือนจะมีผลให้เกิดความสม่ำเสมอในการใช้ยา (Hadi & Rostami-Gooran, 2004)

3. ปัจจัยทางด้านผู้ประกอบการวิชาชีพ พบว่า ผู้ประกอบการวิชาชีพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยจากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของศิริมาศ บุญประสาร (2544) พบว่า สัมพันธภาพกับแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยแพทย์ที่เปิดโอกาสให้ซักถามหรือแสดงความสนใจ ห่วงใย จะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ แต่ถ้าทำที่ที่แพทย์แสดงออกถึงการไม่สนใจ ไม่รับฟังข้อมูลหรือรีบเร่งจนทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกว่าการซักถามจะทำให้แพทย์เสียเวลาจึงไม่กล้าถามหรือปรึกษาปัญหาของตน เพราะกลัวถูกแพทย์ตำหนิ ทำให้ผู้ใช้บริการไม่อยากจะปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับ Gascón et al. (2003) ที่ได้ศึกษาเหตุผลของการที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า การที่แพทย์ไม่ได้กระตุ้นให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันและไม่สามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการเปิดเผยเรื่องที่ใช้บริการกังวลใจ ไม่มีโอกาสบอกปัญหาหรือความต้องการ ประกอบกับท่าทีของแพทย์ที่ไม่สบตาขณะพูดคุย การไม่ได้รับข้อมูลจากแพทย์อย่างเพียงพอ โดยข้อมูลที่ให้ไม่มีความจำเพาะเจาะจงกับผู้ใช้บริการแต่ละราย มีการใช้ภาษาที่ยากแก่การเข้าใจและให้เวลาในการให้ข้อมูลไม่เพียงพอ เป็นเหตุผลหนึ่งของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

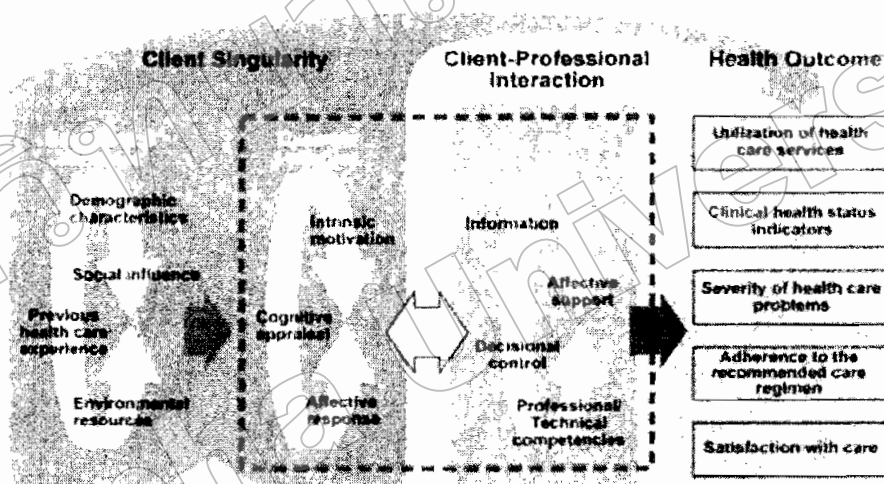
นอกจากนี้ จากการศึกษาของ อารีย์ เชียรประมุข (2534) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า แพทย์และพยาบาลเป็น แหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านการประเมินร้อยละ 84 และ 52 ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .39, p < .01$) และแพทย์/พยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารร้อยละ 82 และ 18 ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .34, p < .01$) และจากการศึกษาของ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ ดูแลตนเอง ($r = .24, p < .01$) จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพ เป็นส่วนหนึ่งที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง แต่ขัดแย้งกับ การศึกษาของ สักคินรินทร์ หลิมเจริญ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการ รักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการศึกษ พบว่า ปัจจัยด้านผู้ประกอบวิชาชีพในการบริการของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งเป็นอิทธิพลส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของ Hashmi et al. (2007) ที่พบว่า สัมพันธภาพที่ดีของแพทย์และผู้ใช้บริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษา เป็นปัจจัยที่ได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาอย่างมาก และผล การศึกษาค่อนข้างชัดเจน ส่วนปัจจัยด้านผู้ประกอบวิชาชีพ ยังมีผลการศึกษาที่ไม่ชัดเจนและไม่ สอดคล้องกัน ดังนั้น จึงได้ควรศึกษาถึงปัจจัยด้านผู้ประกอบวิชาชีพให้ชัดเจนอีกครั้ง โดยพบว่า การ มีปฏิสัมพันธ์ของผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่มีความดัน โลหิตสูงเกิดความสม่ำเสมอในการรักษา (Kyngäs et al., 2000; Vermeire et al., 2001; WHO, 2003)

รูปแบบปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (The Interaction Model of Client Health Behavior)

รูปแบบปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ Cox (1982) มุ่งอธิบายถึง ผลลัพธ์ ทางสุขภาพเป็นผลที่เกิดจากลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการ และปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและ ผู้ประกอบวิชาชีพ โดยรูปแบบนี้ ได้เน้นความสำคัญในบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพที่ส่งผลให้ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพอื่น ที่เน้นถึงสิ่งแวดล้อมและปัจจัยจากภายในตัวผู้ใช้บริการ โดยรูปแบบนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ผู้ใช้บริการจะมีอิสระ สามารถที่จะเลือกและตัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม รูปแบบนี้

จึงมุ่งเน้นความรับผิดชอบที่เกิดจากภายในของผู้ใช้บริการ โดยบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านการตัดสินใจจะลดลง และมีบทบาทของผู้สอน ผู้ให้คำปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น โดยรูปแบบนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการ (Client Singularity) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ (Client-Professional Interaction) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome) โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามวิธีการดูแลหรือปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งกำหนดขึ้นจากลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ใช้บริการ กล่าวคือ ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการ จึงจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีจะส่งผลย้อนกลับไปยังลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการ ความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Cox, 2003, p. E93)

องค์ประกอบของรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการ (Client Singularity) เป็นลักษณะของผู้ใช้บริการซึ่งเป็นปัจจัยภายในและภายนอกของผู้ใช้บริการ เป็นตัวกำหนดการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ และการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยด้านภูมิหลังของผู้ใช้บริการ (Background Variables) ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ใช้บริการ (เพศ อายุ) อิทธิพลทางสังคม (วัฒนธรรม ศาสนา อิทธิพลจากเพื่อน เครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม) ประสบการณ์เดิมในการดูแลสุขภาพ (ประวัติสุขภาพ พัฒนาการ

ข้อมูลทางสุขภาพที่สังเกตได้) และแหล่งทรัพยากรสิ่งแวดล้อม (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ) ปัจจัยเหล่านี้เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการ ณ เวลาที่ผู้ใช้บริการ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ประกอบวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ยากในเวลาอันสั้นและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

1.2 ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (Dynamic Variables) เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จากการมีปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย การประเมินโดยใช้ปัญญา (Cognitive Appraisal) ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Response) เป็นพื้นฐานทางอารมณ์และมีผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า ความไม่แน่นอน และแรงจูงใจ (Motivations) เป็นแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกที่นำไปสู่การตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยการเห็นประโยชน์ของเป้าหมายในการปฏิบัติ และกลวิธีของขบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย จะมีผลต่อการเกิดแรงจูงใจของผู้ใช้บริการ ปัจจัยเหล่านี้จะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

2. ปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ (Client-Professional Interaction)

เป็นการดูแลรักษาหรือขบวนการที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ใช้บริการพบกับผู้ประกอบวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Affective Support) การให้ข้อมูลทางสุขภาพ (Provision of Health Information) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Control) และความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ (Professional or Technical Competencies) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นการที่ผู้ประกอบวิชาชีพแสดงถึงความสนใจกับระดับภาวะทางอารมณ์และสร้างความผูกพันกับผู้ใช้บริการ (Cox, 2003) โดยผู้ประกอบวิชาชีพต้องประเมินความต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของผู้ใช้บริการ ถ้าผู้ใช้บริการมีการตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Response) มากกว่าการประเมินทางปัญญา (Cognitive Appraisal) ผู้ประกอบวิชาชีพต้องให้การสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะช่วยให้มีการประเมินทางปัญญาในการแก้ปัญหามากขึ้น (Cox, 1982) การให้ความใส่ใจต่อภาวะอารมณ์ของผู้ใช้บริการที่แสดงออกหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะอารมณ์นั้น โดยผู้ประกอบวิชาชีพให้ความมั่นใจให้ความรู้สึกล้นคลาญ หรือเข้าใจในสิ่งที่ผู้ใช้บริการแสดงความรู้สึกหรือกังวล และลดความวิตกกังวล โดยกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการได้แสดงออกถึงสิ่งที่กังวล และช่วยให้มองเหตุการณ์ในทางที่ดีขึ้น (Brown, 1992 cited in Bear & Browsers, 1998)

2.2 การให้ข้อมูลทางสุขภาพ เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ โดยผู้ประกอบวิชาชีพควรให้ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามของ

ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ และรายละเอียดในสิ่งที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติในการจัดการกับภาวะคุกคามนั้น ซึ่งการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถเผชิญกับปัญหา โดยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหา ซึ่งจะช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์ด้วย และความรู้เหล่านี้ยังช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ให้บริการในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Cox, 1982) นอกจากนี้ การให้ข้อมูลของประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้ข้อมูลย้อนกลับยังเป็นการส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Cox, 2003) โดยขบวนการให้ข้อมูลนั้นต้องมีความเหมาะสมในระยะเวลาและวิธีในการให้ข้อมูล เนื้อหาของข้อมูลที่ให้ต้องสำคัญและมีประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรค ผลกระทบจากโรค วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวที่จำเป็นในการควบคุมโรค (Bear & Browers, 1998) รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจต่าง ๆ (Bear & Holcomb, 1999) โดยความรู้ที่จำเป็นต้องเพียงพอกับความต้องการข้อมูลของผู้ใช้บริการ มีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ให้บริการ และความรู้ที่ให้นั้นต้องเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการตัดสินใจและตั้งเป้าหมายในการรักษาได้ (Cox, 2003)

2.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการเพิ่มอำนาจของการควบคุมของผู้ให้บริการ ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ผู้ให้บริการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากภายใน (Cox, 1982) นอกจากนี้ ยังเป็นการลดแรงต้านจากผู้ให้บริการ และทำให้ผู้ให้บริการเกิดความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น (Cox, 2003) โดยการให้โอกาสในการตั้งเป้าหมายของการรักษา และช่วยให้ผู้ให้บริการเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายให้อิสระในการเลือก เช่น การอนุญาตให้เลือกวิธีในการรักษา (Bear & Browers, 1998) และการสนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ให้บริการ (Cox, 2003) รวมทั้งให้การสนับสนุนความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ให้บริการในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง และหลีกเลี่ยงการบังคับ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ให้บริการรู้สึกดีต่อความสามารถ ไม่กล้าตัดสินใจและไม่อยากรับผิดชอบที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (Cox, 2003)

2.4 ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ เป็นทักษะความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในการดูแลรักษาได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ใช้บริการ (Cox, 1982) ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการ และให้การรักษาอย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้บริการแต่ละบุคคล รวมทั้งทักษะในการให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้ให้บริการ (Bear & Holcomb, 1999)

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome) เป็นพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่เป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ โดยแบ่งเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ การใช้บริการสุขภาพ (Healthcare Utilization) ภาวะสุขภาพ (Health Status Indicator) ความรุนแรงของโรค (Problem-severity Indicator) ความพึงพอใจในการดูแล (Satisfaction with Care) และความ

สม่ำเสมอในการดูแลรักษา (Adherence to the Recommended Care Regimen) ซึ่งเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป สาระสำคัญของรูปแบบนี้คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้นถูกกำหนดโดยลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการและการมีปฏิสัมพันธ์ในการสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและใช้เทคนิคในการดูแลอย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ใช้บริการจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Bear & Browers, 1998) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านลักษณะเฉพาะของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้แก่ เพศ อายุ เป็นปัจจัยด้านลักษณะทั่วไป การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านอิทธิพลทางสังคม ความรุนแรงของระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยด้านประสบการณ์เดิมในการดูแลสุขภาพ ระยะเวลาในการเดินทางมารับการรักษาและระยะเวลาในการใช้บริการเป็นปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากรแวดล้อม ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเป็นปัจจัยในการประเมินโดยใช้ปัญญา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจ โดยปัจจัยเหล่านี้ได้มีการศึกษาค่อนข้างชัดเจนแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา (กรรณิกา เรือนจันทร์, 2535; ศักคินทร์ินทร์ หลิมเจริญ, 2549; อรพินท์ ภายโรจน์, 2543; อารีย์ เขียวประมุข, 2534; Dongyan, 2000; Hashmi et al., 2007; Kabir et al., 2004; Lagi et al., 2006; Naewbood, 2005) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านหนึ่งที่ Cox (1982) ได้กล่าวไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพ กับความสม่ำเสมอในการรักษา และจากแนวคิดของ Cox (1982) ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา

ปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพ

ปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และผู้ประกอบวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความสม่ำเสมอในการรักษา (Kynge et al., 2000; Vermeire et al., 2001; WHO, 2003) จึงควรมีการศึกษาถึงความหมายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของปฏิสัมพันธ์ ดังนี้

ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป มาพบกันและแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกันเพื่อความเข้าใจตรงกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

ปฏิสัมพันธ์ เป็นพฤติกรรมที่แสดงการโต้ตอบซึ่งกันและกัน (Cox, 1982)

ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพจึงเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการโต้ตอบหรือแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์เพื่อให้เกิดความ

เข้าใจที่ตรงกันและสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมระหว่างผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ Cox (1982) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 ลักษณะ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ รายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ เนื่องจาก ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรัง ที่ต้องรักษายาวนาน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้เกิดความเครียดจากความไม่แน่นอนของโรค กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลัวการเสียชีวิต ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพจึงจำเป็นต้องให้ความสนใจและรับรู้ภาวะอารมณ์ของผู้ใช้บริการ โดยการกระตุ้นหรือเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ระบาย โดยพูดคุยและแสดงออกถึงความรู้สึก กระตุ้นให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและความกังวลใจ (JNC-7, 2003) และตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงบอก ให้การยอมรับและเข้าใจ พฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พูดคุยปลอบโยนและให้ความมั่นใจกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และแสดงท่าทีเอาใจใส่ต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นสิ่งที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความรู้สึกท้อแท้ได้ ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพจึงควรให้กำลังใจในการปฏิบัติกรออกกำลังกาย ควบคุมอาหารและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

2. การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรเป็นลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งพบว่า สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมากในการเรียนรู้ของผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Zemike & Henderson, 1998) ดังนั้น จึงควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพ โดยผู้ประกอบวิชาชีพควรค้นหาปัญหา และกระตุ้นให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้บอกอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง และปัญหาจากอาการข้างเคียงของยา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งความรู้ ความเชื่อและทัศนคติของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (Bradly, 2007; JNC-7, 2003) ซึ่งความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า เป็นสาเหตุหนึ่งของการหยุดการรักษา โดยพบว่า มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 84 ที่การหยุดการรักษาไม่ทราบถึงความดันโลหิตสูงจะเป็นตลอดชีวิต (วารรัตน์ เหล่านภากุล, 2546) และเข้าใจว่าความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่เป็นชั่วคราวที่ต้องการการรักษาเฉพาะเวลาเมื่ออาการ (Svensson, Kjellgren, Ahlner, & Saljo, 2000) หรือเข้าใจว่าหยุดการรักษาได้เมื่อระดับความดันโลหิตลดลงมาเป็นปกติ (Andrade, Vilas-Boas, Chagas, & Andrade,

2002) ส่งผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหยุดการรักษา ประกอบกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักไม่ได้บอกสิ่งที่ตนเองรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับอาการและปัญหา โดยพบว่าผู้ใช้บริการเพียงร้อยละ 24 ที่ได้บอกแพทย์ สิ่งเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดความสม่ำเสมอในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ (Korsch et al., 1968 cited in Kjellgren et al., 1995) การทราบความต้องการข้อมูลของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในแต่ละราย และการให้ข้อมูลได้อย่างจำเพาะเจาะจงกับความต้องการ จะทำให้ความรู้ที่ได้รับนั้นคงอยู่ได้นานมากขึ้น (Zemike & Henderson, 1998) และเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแล และพึ่งพาตนเองในระยะยาว ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงต้องการความรู้ และข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพ และวิธีการดูแลตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) โดยการให้ความรู้นั้นจะช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรม และรับประทานยาตามแผนการรักษา (JNC-7, 2003) ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพควรให้ความรู้ที่ถูกต้องและเพิ่มเติมความรู้ที่ขาดหายไป (JNC-7, 2003) ซึ่งความรู้ที่ให้แก่ผู้ใช้นั้นประกอบด้วย ด้านเนื้อ วิธีการ และระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนี้

2.1 ด้านเนื้อหา ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้น ควรประกอบด้วย (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2550; Bradley, 2007; JNC-7, 2003)

2.1.1 ลักษณะของภาวะความดันโลหิตสูง ที่มักไม่แสดงอาการชัดเจนและการมีอาการไม่ได้บ่งบอกถึงระดับความดันโลหิต ซึ่งจะทราบได้โดยการตรวจวัดความดันโลหิตเท่านั้น และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

2.1.2 การรักษา ประกอบไปด้วย การใช้ยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์ของการรักษาเพื่อควบคุมความดันโลหิต

2.1.3 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ในแต่ละครั้ง ความหมายของระดับความดันโลหิต เช่น ต่ำ สูง ปกติหรือค่อนข้างสูง การบอกถึงระดับความดันโลหิตในการเชื่อมทุกครั้งจะกระตุ้นให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตตามเป้าหมาย

2.1.4 อันตรายของการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และประโยชน์ที่จะได้จากควบคุมความดันโลหิต

2.1.5 การติดตามการรักษาโดยการติดตามความดันโลหิตและมาตรวจอย่างต่อเนื่อง

2.2 ด้านวิธีการ วิธีการให้ความรู้นั้นควรเป็นการอธิบายโดยการใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ และเนื่องจากความรู้ที่ไม่มีบททวนนั้นจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นการพูดซ้ำหรือการให้เอกสารจึงเป็นการส่งเสริมให้เกิดการคงไว้ซึ่งความรู้ (Zemike

& Henderson, 1998) และยังทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำกลับไปทบทวนได้ (JNC-7, 2003) นอกจากนี้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีความเข้าใจในข้อมูลที่ไม่ตรงกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยจากการศึกษาของ สุวิมล สังฆะมณี (2549) ที่พบว่า การให้ข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพในการจำกัดโซเดียมนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเข้าใจว่าเป็นการไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มเท่านั้น จึงไม่ได้จำกัดอาหารที่มีโซเดียมชนิดอื่นแต่ไม่มีรสเค็ม ดังนั้น จึงควรมีการตรวจสอบความเข้าใจตรงกันของข้อมูลที่ให้ร่วมด้วย

2.3 ด้านเวลา ควรมีเวลาในการให้ข้อมูลและถามตอบข้อสงสัยจนกระทั่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเข้าใจอย่างเพียงพอ (Sims, 1999)

3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการให้การพยาบาล โดยให้ความสำคัญของการลดช่องว่างของความรู้และสมรรถนะระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการ และเป็นการถ่ายโอนหรือการควบคุมบางอย่างจากผู้ประกอบวิชาชีพให้กับผู้ให้บริการ (Cahill, 1996) ในการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพควรลดอำนาจของตนเอง และยอมรับให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีอำนาจมากขึ้น และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ และวางแผนปฏิบัติร่วมกัน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) โดยบทบาทของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง คือ การบอกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ และเลือกวิธีการที่ดีที่สุดที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ส่วนบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพ คือ การส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงดูแลตนเอง การสนับสนุนจากผู้ประกอบวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดพลังอำนาจ (Empowered) และเกิดความรับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (JNC-7, 2003) ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงปฏิบัติพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรักษา ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น (Sims, 1999) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ยังทำให้ผู้ให้บริการเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแล รับรู้คุณค่าในตนเอง รับรู้อำนาจในการควบคุมตนเองมากขึ้น ลดความรู้สึกพึ่งพาผู้อื่นและมีทักษะในการตัดสินใจมากขึ้น (Cahill, 1996) โดยปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การตั้งเป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิต ในการกำหนดเป้าหมายของการรักษานั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องมีการตกลงเป้าหมายของความดันโลหิตร่วมกัน และกำหนดระยะเวลาในการไปถึงเป้าหมาย โดยเป้าหมายนั้นต้องมีการบันทึกอย่างชัดเจน (JNC-7, 2003; Sims, 1999)

3.2 การวางแผนการปฏิบัติ โดยร่วมกันหาทางเลือกที่เหมาะสมในการปฏิบัติ และร่วมอภิปรายถึงข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือกในการรักษา (Sims, 1999) และให้โอกาสผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเลือกพฤติกรรมการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการรักษา (JNC-7, 2003)

3.3 ร่วมประเมินผลของการรักษา ผลของการรักษาที่ดีจะช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความมุ่งมั่น และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติมากขึ้น แต่ถ้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่สามารถทำได้ควรมีค้นหาสาเหตุ และมีการปรับเปลี่ยนแผนร่วมกัน (Bradley, 2007; JNC-7, 2003)

4. ด้านความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ ทักษะที่สำคัญของผู้ประกอบวิชาชีพในการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

4.1 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารมีความสำคัญต่อปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของการดูแล โดยการรับรู้ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพต้องมีความสอดคล้องกัน (Isenberg, 1997 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพจึงควรมีความไวต่อการรับรู้ถึงอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพควรมีความรู้ สามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้มีความดันโลหิตสูงเข้าใจได้ และสามารถรับรู้ข้อมูลจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและเข้าใจได้อย่างถูกต้อง

4.2 การปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินชีวิตและความต้องการของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง สามารถให้คำแนะนำได้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2550; Sims, 1999) ปัจจุบันมีหลายทางเลือกในการรักษาที่ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดการยอมรับ เช่น เมื่อการปัสสาวะบ่อยทำให้รบกวนการนอนพยาบาลสามารถจัดการการรับประทานยาเพื่อช่วยลดผลข้างเคียงของยาโดยการให้รับประทานยาในตอนเช้า (Bradley, 2007) การจัดการรักษาให้เหมาะสมกับสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติเป็นประจำในแต่ละวัน โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ใช้บริการ เช่น การรับประทานยาก่อนหรือหลังการแปร่งฟัน (Kjellgren et al., 1995)

4.3 การกระตุ้นเตือนให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยควรมีการเน้นย้ำความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกครั้งและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาตรวจ การกระตุ้นเตือนจะทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ และเกิดความมุ่งมั่นในการรักษา (สุวิมล สังฆะมณี, 2549; JNC-7, 2003)

ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสม จึงควรประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ในแต่ละด้าน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรักษา

การประเมินปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบเครื่องมือในการประเมินปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้น จากรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ Cox (1982) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ 4 ลักษณะ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ และมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพจะมีมากขึ้นเพียงใดขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความรู้ โดยพบว่าเพศหญิงจะมีความต้องการในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าเพศชาย (Arora & McHorney, 2000; Hamann et al., 2007; Nomura, Ohno, Fujinuma, & Ishikawa, 2007) ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแลกเปลี่ยนข้อมูลมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Arora & McHorney, 2000; Hamann et al., 2007) และผู้ใช้บริการที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำจะมีการใช้สิทธิในการร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ (นฤมล บุญเลิศ, 2546) นอกจากนี้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีระยะการเจ็บป่วยยาวนานจะต้องการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจจะลดลง (Sims, 1999) และถ้าผู้ใช้บริการรู้สึกว่าคุณสบายดีและมีความรู้เพียงพอ จะต้องการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ แต่ถ้ารู้สึกว่าคุณเจ็บป่วยรุนแรง และไม่มีความรู้เพียงพอจะไม่อยากมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ (Biley, 1992)

2. ปัจจัยทางด้านผู้ประกอบวิชาชีพ พบว่า ลักษณะแพทย์ที่เคารพความเป็นบุคคล มีความเป็นกันเอง ยอมรับความเป็นอิสระของผู้ใช้บริการ และยินดีที่จะมีการต่อรอง จะมีปฏิสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลมากกว่าแพทย์ที่มีลักษณะควบคุมผู้ใช้บริการ และไม่ให้อิสระกับผู้ใช้บริการ ในการซักถามข้อสงสัยหรือไม่รับฟังสิ่งที่ผู้ใช้บริการพูด (Flocke, Miller, & Crabtree, 2002) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Henderson (2003) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ยินดีที่จะให้ผู้ใช้บริการร่วมตัดสินใจในการรักษาโดยพยาบาลมีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้รอบรู้มากกว่าและมองว่าผู้ใช้บริการขาดความรู้ทางการแพทย์ ดังนั้นจึงต้องเป็นผู้ควบคุมแทนผู้ใช้บริการ ซึ่งส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและการตัดสินใจลดลง และจากการศึกษาของ Nomura et al. (2007) ที่

พบว่า แพทย์ที่เป็นเพศหญิง มีอายุในวัยกลางคน มีทักษะในการสื่อสารดี มีประสบการณ์ทางคลินิก มากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ วัฒนธรรม โดยจากการศึกษาของ Young and Klinge (1996) พบว่า วัฒนธรรมที่ต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ โดยชาวอเมริกันที่มีเชื้อสายอเมริกันจะ แสดงการมีส่วนร่วมในการรักษามากกว่าชาวอเมริกันที่มีเชื้อสายเอเชีย นอกจากนี้ยังพบว่า นโยบายของระบบสุขภาพมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ โดยพบว่า นโยบายที่ให้อิสระกับผู้ให้บริการและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะส่งเสริมให้ ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมมากขึ้น (Biley, 1992)

ดังนั้น การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพจึงควรคำนึงถึงปัจจัย ต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมส่งผลให้เกิดความสม่ำเสมอใน การรักษามากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพกับ ความสม่ำเสมอในการรักษา

Cox (1982) ได้อธิบายว่า ความสม่ำเสมอในการรักษาเป็นผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของ ผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ โดยแบ่งลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์เป็น 4 ลักษณะ คือ การ สนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและความสามารถ ของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งมีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าว และได้ผลการวิจัย ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ จากการศึกษาของ สิริมาส บุญประसार (2544) เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ พบว่า แพทย์ที่เปิดโอกาสให้ซักถามหรือแสดงความสนใจ ห่วงใย ทำให้ผู้ให้บริการเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ แต่ถ้าทำที่ที่แพทย์แสดงออกถึง การไม่สนใจ ไม่รับฟังข้อมูลหรือรีบเร่งจนทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกว่า การซักถามจะทำให้แพทย์ เสียเวลาจึงไม่กล้าถามหรือปรึกษาปัญหาของตน โดยมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงบางรายได้ทดลอง ปรับแผนการรักษาเมื่อมีปัญหาที่บ้านแต่ไม่กล้าที่จะปรึกษาแพทย์เพราะกลัวถูกแพทย์ตำหนิ ทำให้ ผู้ใช้บริการไม่อยากจะทำตามแผนการรักษา สอดคล้องกับ Gascón et al. (2004) ที่ได้ศึกษา เหตุผลของการที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ถ้าผู้ที่มีความดันโลหิต สูงมีความกังวลใจในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์และไม่มีโอกาสบอกปัญหาหรือความต้องการ ของตน ประกอบกับท่าทีของแพทย์ที่ไม่สบตาขณะให้คำปรึกษาและใช้เวลาในการอธิบายน้อย แต่ ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเขียนบันทึก เป็นเหตุผลหนึ่งของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Rose, Kim, Denisson, and Hill (2000) ที่พบว่า สัมพันธภาพที่ประกอบด้วยการนับถือและเข้าใจกัน ให้ความสนใจกับสิ่งรอบตัวของผู้ใช้บริการ เช่น การเงิน การเดินทาง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความสม่ำเสมอในการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับผลการศึกษาของ สักคินรินทร์ หลิมเจริญ (2549) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ใช้บริการไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา และการศึกษาของ Hashmi et al. (2007) ที่พบว่าสัมพันธภาพที่ดีของแพทย์ และผู้ใช้บริการไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน

2. การให้ข้อมูลทางสุขภาพ จากการศึกษาของ บุคลธร จีรพงศ์พิทักษ์ (2542) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพ ในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการใช้ยา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม ส่งผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาพร มุ่งทวีพงษา และคณินิจ เพิ่มพูล (2544) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลโสธร โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมความดันโลหิตส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น และพบว่า การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใช้บริการในระดับสูง ($r = .90$)

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Miller, Larkin, and Jimenez (2005) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับความรู้หรือคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพส่งผลให้ผู้ใช้บริการมารับการรักษาครั้งที่สองและการมาเดิมขาดตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการ โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับข้อมูลจะมีการขาดการมารับยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลมากถึง 5 เท่า และการศึกษาของ Kobayashi (1992) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า การไม่ได้รับข้อมูลหรือขาดความเข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาสัมพันธ์กับการขาดความต่อเนื่องในการรักษา และจากการศึกษาของ Gascón et al. (2004) พบว่า ปัญหาในการให้ข้อมูล ได้แก่ การไม่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สอบถาม และส่วนของเราให้ข้อมูลพบว่า สารระของข้อมูลที่ให้เป็นเรื่องทั่วไปซึ่งไม่มีความจำเพาะเจาะจงกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแต่ละราย มีการใช้ภาษาที่ยากแก่การเข้าใจและให้เวลาในการให้ข้อมูลไม่เพียงพอ เป็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยจะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษา แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ สักคินรินทร์

หลิมเจริญ (2549) ที่พบว่า การสื่อสารในการให้ข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

นอกจากนี้ ยังพบว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพยังไม่เพียงพอที่จะให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก ความรู้อาจลดลงได้เมื่อเวลาผ่านไป โดยจากการศึกษาของ พรทิพย์ ชีระกาญจน์ (2544) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพมีค่าคะแนนร้อยละ 80 และเมื่อติดตามผล 6 สัปดาห์ต่อมาลดลงเหลือร้อยละ 70 นอกจากนี้ จากผลการศึกษาของ สมพร กิตติวิศิษฎ์ (2543) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านภายหลัง พบว่า มีผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องร้อยละ 28 ซึ่งแสดงถึงว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้ในระยะยาว

3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จากการศึกษาของ ปรีศณี ศรีกัน (2546) ที่ศึกษาผลของการตั้งเป้าหมาย และการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การให้ข้อมูลในการออกกำลังกายร่วมกับการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าการให้ข้อมูลทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น โดยจากการศึกษาของ วิมลนิจ สิงหะ และประไพ กิตติบุญฉัตร (2548) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชน โดยการร่วมกันค้นหาปัญหาหรือความต้องการและวางแผนในการปฏิบัติ รวมทั้งให้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเองและประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตดีกว่า และมีความดันซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2544) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของสตรีสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยกิจกรรมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่าง

ผู้ใช้บริการกับผู้ประกอบวิชาชีพและการให้ร่วมตัดสินใจในการร่วมตั้งเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติและการร่วมประเมินผลในการดูแล ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง และการศึกษาของนภารัตน์ ธราวร (2545) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยการให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ และมีการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และประเมินผลในการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับความดันโลหิตลดลง

4. ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ จากการศึกษาของ Gascón et al. (2004) พบว่าการที่แพทย์ไม่ได้กระตุ้นให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันและไม่สามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการเปิดเผยเรื่องที่ใช้บริการกังวลใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการรักษา ได้ก็ส่งผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

ปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ประกอบวิชาชีพในแต่ละด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ จะเป็นแรงเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรักษา โดยจากการศึกษาของ สุชาติ อุพัทธวานิชย์ (2550) ที่ศึกษาผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่จังหวัดจันทบุรี โดยการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ให้คู่มือการดูแลตนเอง การตั้งเป้าหมายและเลือกวิธีการปฏิบัติ ร่วมกับการติดตาม กระตุ้น ทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอทุก 2 สัปดาห์ 9 ครั้ง ภายหลังจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และค่าความดันโลหิตทั้งค่าบนและค่าล่างลดลงมากกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางด้านผู้ประกอบวิชาชีพ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ น่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา แต่ผลการศึกษายังไม่ชัดเจน และไม่สอดคล้องกัน ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาซ้ำเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น โดยผลของการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อ

นำไปสู่การส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยในการควบคุมความดันโลหิต และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของอวัยวะเป้าหมายจากภาวะความดันโลหิตสูง และยังเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University