

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง
 - 1.3 อาการ อาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.4 ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 การควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุ
2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
 - 2.2 แนวคิดการจัดการตนเอง
 - 2.3 กระบวนการจัดการตนเอง
 - 2.4 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.6 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง
3. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) โรคความดันโลหิตสูงที่พบในผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง เช่น ปริมาณเกลือที่รับประทาน การดื่มสุรามาก ประวัติครอบครัว ภาวะอ้วนและเชื้อชาติ เป็นต้น (Chobanian et al., 2003) จากการสำรวจภาวะสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า สถิติโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 2006 มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 53.3 ของประชากรสูงอายุ ทั้งหมด ซึ่งในปี ค.ศ. 2003 มีเพียงร้อยละ 40.3 (U.S. National Center for Health Statistics, 2007) ในประเทศไทย จากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ซึ่งจัดทำโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2548 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2549 พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบเป็นอันดับ 2 รองจากโรคปวดข้อ ซึ่งพบถึงร้อยละ 27.3

การเกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุพบว่ามีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยอายุที่มากขึ้นจะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวขึ้น (atherosclerosis) จากปริมาณไขมันในผนังหลอดเลือดแดงที่ลดลง 1 ใน 3 เป็นผลมาจากความเสื่อมของเส้นใยยืดหยุ่นผนังหลอดเลือดชั้นนอก ทำให้ผนังหลอดเลือดชั้นกลางบางลงและเปราะ มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันในผนังหลอดเลือดชั้นกลาง ส่วนผนังชั้นในพบว่าจะมีการเพิ่มจำนวนและหนาตัวมากขึ้นจากการเคลื่อนย้ายเซลล์ของผนังชั้นกลาง ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และขนาดกลางลดลง มีการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง และความไวของบาริเรเซพเตอร์ในหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะทำงานลดลงทำให้เพิ่มปฏิกิริยาของระบบประสาทซิมพาธิกส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว เกิดแรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นในผู้สูงอายุโดยทั่วไปแล้วจะมีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวที่ลดลงเพียงเล็กน้อย (Ogihara & Rakugi, 2005) ซึ่งรูปแบบความดันโลหิตดังกล่าวนี้ทำให้ค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุต่างกับผู้ใหญ่ คือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวจะ

เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้นในผู้ใหญ่ แต่ในผู้สูงอายุนั้นค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งอายุ 70-80 ปี ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวจะเพิ่มสูงขึ้นจนกระทั่งอายุ 50-60 ปี แล้วจึงค่อย ๆ ลดลง (Chobanian et al., 2003)

การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง

การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูงมีหลายประเภท ที่นิยมได้แก่

1. จำแนกตามระดับค่าความดันโลหิต โดยใช้เกณฑ์ของคณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินและรักษาโรคความดันโลหิต สหรัฐอเมริกานับที่ 7 Joint National Committee 7 [JNC 7]) (Chobanian et al., 2003) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ดังนี้

ระดับความดันโลหิตปกติ (normal) มีค่าความดันขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (prehypertension) มีค่าความดันขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 120-139 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว น้อยกว่า 80-90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระดับหนึ่ง (hypertension stage 1) มีค่าความดันขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 140-159 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว น้อยกว่า 90-99 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระดับสอง (hypertension stage 2) มีค่าความดันขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

2. จำแนกตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย (World Health Organization [WHO], 1999) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ตรวจไม่พบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ

ระยะที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่างดังต่อไปนี้ หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดแดงมีการตีบทั่วไปหรือบางส่วน มีโปรตีนในปัสสาวะและหรือความเข้มข้นของครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นเล็กน้อย (1.2-2.0 mg/dl) ตรวจอัลตราซาวด์หรือรังสีพบคราบไขมันในหลอดเลือดแดง

ระยะที่ 3 ตรวจพบทั้งอาการและอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ประกอบด้วย หัวใจ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ภาวะสมองบวม ตา เลือดออกในจอตา และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม ไต พบความเข้มข้นของครีเอตินินในเลือด สูงมากกว่า 2.0 mg/dl ไตวาย หลอดเลือด มีการโป่งพองของหลอดเลือด โรคหลอดเลือดอุดตัน

3. จำแนกตามสาเหตุ แบ่งออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ ๆ (Kaplan, 2006)

3.1 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) จะพบได้น้อย ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นความดันโลหิตสูงที่เกิดจากสาเหตุ ต่างๆแน่นอนซึ่งมีอยู่หลายชนิด ได้แก่ โรคไตต่างๆ เช่น ไตอักเสบ ไตจากเบาหวาน โรคของต่อม ไร้ท่อ เช่น เนื้องอกของต่อมหมวกไต และจากการใช้ยาบางประเภท เช่น ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ หรืออยู่ในภาวะตั้งครรภ์ ซึ่งถ้ารักษาสาเหตุเหล่านี้แล้วความดันโลหิตจะกลับมาสู่ปกติ

3.2 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ essential hypertension) พบ เป็นส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ความเครียด การรับประทานอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การแบ่งระดับของความดันโลหิตสูง โดยใช้เกณฑ์ของ คณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินและรักษาโรคความดันโลหิต สหรัฐอเมริกาฉบับที่ 7 (JNC 7)

อาการ อาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มักไม่มีอาการและอาการแสดงให้เห็นเด่นชัดใน ช่วงแรก แต่เป็นโรคที่อันตรายและเป็นภัยเงียบที่ผู้สูงอายุคาดไม่ถึง อาการจะปรากฏชัดขึ้นเมื่อ หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น จากการบีบตัวเพื่อดันเลือดให้ไหลผ่านแรงดันภายในหลอดเลือดที่ สูงขึ้น โดยเฉพาะหลอดเลือดในผู้สูงอายุนั้นมีความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง มีการแข็งตัวของ หลอดเลือดเพิ่มขึ้นทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ถ้าปล่อยไว้เป็นระยะ เวลานานจะส่งผลให้ หัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้นเกิดภาวะหัวใจวายได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; พิกุล บุญช่วง, 2541) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางรายที่มีค่าความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรงมาเป็น ระยะเวลาาน โดยเฉพาอย่างยิ่งในรายที่ไม่เคยได้รับการรักษาหรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ อาจพบ อาการดังต่อไปนี้ได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545, ทิพมาส ชินวงศ์, 2545; Kaplan, 2006; Levine, 2004)

1. ปวดศีรษะ ลักษณะอาการปวดศีรษะมักจะปวดที่บริเวณท้ายทอยมักเกิดขึ้นในตอนเช้าและอาจจะดีขึ้นหรือค่อย ๆ หายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง หรืออาจเป็นอยู่ประมาณ 2-3 ชั่วโมง ต่อมาอาจมีคลื่นไส้ อาเจียนหรือตามัวร่วมด้วย ซึ่งกลไกนี้เชื่อว่าจะเกิดจากการมีการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะหลังตื่นนอน เนื่องจากเวลากลางคืนขณะนอนหลับศูนย์การควบคุมการหายใจในสมองจะลดการกระตุ้นจึงทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์คั่งและสารคาร์บอนไดออกไซด์นี้จะมีผลทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองขยายขึ้นจึงทำให้เพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะได้
2. อาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอกขณะออกแรงหรือทำงานหนัก เนื่องจากกล้ามเนื้อที่หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือจากกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาตัวขึ้น ซึ่งพบได้เร็ว ใจสั่นได้ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีอาการนอนราบไม่ได้ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวได้
3. อาการตามัว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงที่จอรับภาพในตา และมีการบวมของจอภาพนัยน์ตาหรือมีเลือดออกที่ขั้วประสาทตาพร้อมด้วย
4. เลือดกำเดาไหล (epistaxis) เป็นอาการที่พบได้แต่ไม่บ่อยนัก
5. เวียนศีรษะ มึนงง อาจเกิดร่วมกันกับอาการปวดศีรษะข้างต้นหรือไม่ก็ได้ บางครั้งอาจมีอาการหูอื้อร่วมด้วย
6. อาการอื่นๆที่อาจพบ ได้แก่ อาการอ่อนเพลียง่าย แขนขาอ่อนแรง ชาตามปลายมือปลายเท้าได้

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้ต้องพบกับผลกระทบในหลายด้านดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในวัยสูงอายุนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากปกติโดยเฉพาะระบบหลอดเลือดและหัวใจ โดยหลอดเลือดแดงมีการตีบแข็งเพิ่มขึ้น ร่างกายต้องปรับความสมดุลโดยการเพิ่มแรงดันในการสูบฉีดเลือดดำไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ นอกจากนั้นการทำงานของบาโรรีเซพเตอร์ในสมองของผู้สูงอายุจะลดลง ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาธิก (sympathetic) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงขนาดของหลอดเลือด และการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นได้ (Wong & Wong, 2005) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ หากผู้สูงอายุปล่อยไว้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้นโดยไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องหรือดูแลตนเองไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะต่อไปนี้ได้

1.1 หัวใจ พบว่า เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นหัวใจจะทำงานชดเชยต่อภาวะความดันโลหิตสูง โดยเพิ่มความหนาของผนังหัวใจโดยเฉพาะห้องล่างซ้ายซึ่งต้องบีบตัวเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ห้องหัวใจจะยืดขยายขึ้น การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลงส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2547) การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลดอัตราการตายลงได้ถึงร้อยละ 12 โดยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 25 (Ogihara et al., 2003)

1.2 สมอง พบว่า ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัวและตีบแคบ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง จึงทำให้หลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายเกิดอัมพาตตามมาได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 36 (Ogihara et al., 2003)

1.3 ไต มีการแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้อัตราการกรองที่ไตลดลงและหน้าที่ของท่อไตเสื่อมลง จึงสามารถพบโปรตีนในปัสสาวะและหรือความเข้มข้นของครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดภาวะไตวายได้ (WHO, 1999) และถ้าการคั่งของของเสียอยู่ในระดับที่สูงจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด เกิดภาวะไตวายเรื้อรังตามมา อาจทำให้หมดสติและเสียชีวิตได้ ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนี้จะตายจากปัญหานี้ได้ถึงร้อยละ 10 (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546)

1.4 ตา จะมีการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพ (retina) ของตา เกิดจากภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ต่อมาอาจแตกออกที่จอรับภาพทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัวลง จนส่งผลให้ตาบอดได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา (พีระบุรณะกิจเจริญ, 2546)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ต้องประสบกับความเครียดที่เกิดจากหลายปัจจัย เช่น ผู้สูงอายุต้องทนกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยา และการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตดั้งเดิม ไม่ว่าจะเป็นบริโภคนิสัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การปฏิบัติต่างๆ นี้ ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความยากลำบาก และเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดได้ทั้งสิ้น (Fogari & Zoppi, 2004)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้นบางรายต้องมีการลดบทบาททางสังคมลง โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นและในบางครั้งอาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมตามมา จากการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) และส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะรายละ 1,670 บาท ต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาท ต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ยังไม่นับรวมถึงค่าใช้จ่ายจากการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เพิ่มขึ้นมา

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต เป้าหมายของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้สูงอายุต้องควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เกณฑ์เป้าหมายในการควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุใช้เกณฑ์เดียวกันกับผู้ป่วยทั่วไป (Chobanian et al., 2003) โดยการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถประเมินผลได้จากการตรวจวัดค่าความดันโลหิตโดยเครื่องวัดความดันโลหิต

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ 1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Modification) วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้เป็นวิธีที่ได้ผลดี และนิยมใช้กันค่อนข้างมาก 2) การรักษาโดยการให้ยาดังนี้ (Chobanian et al., 2003)

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.1 การควบคุมอาหาร ได้แก่ การจำกัดโซเดียม เพราะความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ ทั้งนี้เพราะปริมาณโซเดียมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดมีความตึงตัวมากขึ้นแล้วยังทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที ในผู้สูงอายุควรมีการจำกัดโซเดียมให้น้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน (Ogihara & Rakugi, 2005) การจำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นเนื่องจากการตกผลึกของไขมันในหลอดเลือด เกิดแรงต้านบริเวณหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่ดี (U.S. Department of Health and Human Services, 2006)

1.2 การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์/วัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงและยากต่อการรักษา เป็นความดันโลหิตสูงที่ดื้อยา และยังทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้การออกซิเดชันของกรดไขมันลดลง อาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแข็งตัวหรือแตกได้ นอกจากนี้อาจเกิดอันตรายจากการเสริมฤทธิ์ของยาได้ (Groer, 2001a)

1.3 การควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิด ความดันโลหิตสูง เนื่องจากการรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตและไขมันนั้นส่งผลในการ กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้นและหลอดเลือดมีการหดตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Oparil & Weber, 2000) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและมีน้ำหนัก ตัวเกินมาตรฐานนั้น เชื่อว่าถ้าสามารถลดน้ำหนักลงได้ ตั้งแต่ 10 กิโลกรัมจะช่วยลดระดับความดัน ชิสโตลิกลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอทและในผู้ชายควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 102 ซม. ในผู้หญิงควรมี เส้นรอบเอวไม่เกิน 88 ซม. และควรควบคุมดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) ให้อยู่ในระดับ 18.5-24.9 กก/ม² (Chobanian et al., 2003) ดัชนีสุภาพ อยู่ระหว่าง 100-112 ซม.- กก.

1.4 การออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุควรจะเป็นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน จะทำให้หัวใจบีบตัวได้ดี เพิ่มความทนทานของหัวใจ นอกจากนั้นยังทำให้แรงต้านของหลอดเลือด ลดลง ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ (Robert & Hirofumi, 2001) และการออกกำลังกายที่ ได้ผล ควรเป็นแบบไอโซโทนิค (isotonic or dynamic exercise) อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน ว่ายน้ำบริหาร หรือ รำมวยจีน (ดวงฤดี ลาสุขะ, ทศพร คำผลศิริ, และ ชวินทร์ เลิศศรีมงคล, 2542) ขณะออกกำลังกายควรมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 110 ครั้ง/นาที และควรออกกำลังกายครั้งละ 30-40 นาที 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ (Ogihara & Rakugi, 2005) แต่ควร หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric or static exercise) เพราะจะทำให้หลอดเลือด หดตัว เพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การออก กกำลังกายยังช่วยเพิ่มระดับอินซูลิน และลดระดับความเข้มข้นของไตรกลีเซอไรด์ได้ (Ogihara & Rakugi, 2005)

1.5 การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้แก่ การนวดเป็นการสัมผัสส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว การใช้จินตนาการนึกภาพเหตุการณ์ที่ประทับใจใน ชีวิตหรือภาพฝันรมย์ ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น เป็นต้น (จำลอง ดิษยานิษ และ พร้มเพรา ดิษยานิษ, 2545)

1.6 การลดความเครียด เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยเพิ่มแรงต้านทานหลอดเลือด เพิ่มปริมาณ

เลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) การจัดการกับความเครียดสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การทำสมาธิ การฝึกโยคะ การร่ำมวยจีน การพักผ่อนหย่อนใจ หรือใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกต่าง ๆ

1.7 การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงได้ชั่วคราว การงดสูบบุหรี่จะทำให้เกิดผลดีต่อร่างกาย โดยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Groer, 2001)

2. การรักษาโดยการให้ยา ในผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตลงได้ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แพทย์ต้องใช้วิธีการรักษาโดยการให้ยาควบคู่ไปด้วย ซึ่งการใช้ยารักษาความดันโลหิตนั้นจะเริ่มจากการใช้ในขนาดที่น้อย และเพิ่มขนาดขึ้น จนกระทั่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปัจจุบันยาควบคุมระดับความดันโลหิตที่ใช้ทั่วไป ได้แก่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545, JNC 6 อ้างใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Chobanian et al., 2003)

1) ยาขับปัสสาวะ (diuretic drug) เป็นยาที่ใช้ลดการทำหน้าที่ในการดูดซึมกลับของน้ำและเกลือที่ไต ในระยะแรกจะผ่านการขับโซเดียมออกทางปัสสาวะทำให้เกิด volume depletion ส่วนในระยะยาวจะมีฤทธิ์ลด peripheral vascular resistance ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง

2) ยาด้านเบต้า (bata-adrenagic receptor blocker) เป็นยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ซึ่งมีผลต่อหัวใจทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง และยับยั้งการหลั่งเรนิน เปลี่ยนแปลงความไวของปลายประสาทรับความรู้สึกและมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางที่ศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมองส่วนกลาง ซึ่งฤทธิ์ข้างเคียงของยาทำให้หลอดเลือดตีบแคบทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หัวใจเต้นช้าลง เช่น โพรพานอลอล (propanolol) หรือ อะทีโนลอล (atenolol) แต่ไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด โรคหัวใจ

3) ยาด้านแอลฟา (alpha-adrenagic receptor blocker) ยามีฤทธิ์ด้านการจับกับโพสซินแนปติก อัลฟา วันหรืออัลฟา 2 (postsynaptic alpha 1, 2-receptor antagonists) ทำให้เส้นเลือดขยายตัว จึงควรระวังเรื่องความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) เช่น พราโซซิน (prazosin)

4) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitors: ACE inhibitors) ยานี้มีคุณสมบัติในการยับยั้งเอนไซม์ที่ชื่อว่า angiotensin converting enzyme ที่ทำหน้าที่เปลี่ยน angiotensin1 เป็น angiotensin 2 โดยที่ angiotensin 2 จะมีคุณสมบัติเป็นเอนไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวดังนั้นความดันโลหิตจึงลดลง นอกจากนี้การลดลงของ angiotensin 2 ยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน ลดการดูดซึมกลับของโซเดียม และปริมาณน้ำใน

ระบบไหลเวียนมีผลทำให้ไตเสียหายที่ จึงไม่ใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เช่น แคปโตพริล (captopril) หรือ เอนาลาพริล (enalapril)

5) ยาต้านแคลเซียม (calcium channel blocker) เป็นยาที่ยับยั้งการเคลื่อนเข้าของ ประจุแคลเซียมในเซลล์ ทำให้กล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดคลายตัว เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ส่วนปลาย หลอดเลือดโคโรนารี และหลอดเลือดที่ใด อาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและ จากฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงทำให้มีอาการปวดศีรษะ หน้าแดงและใจสั่นได้ เช่น เวอร์าพามิล (verapamil) หรือ นีเฟดิพีน (nifedipine)

6) ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิเทนซินรีเซพเตอร์ (angiotensin-2 receptor antagonist) ยาจะไปแย่งจับ AT1 receptor ทำให้แองจิเทนซิน ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ผลก็คือหลอดเลือด ขยายตัว ความดันโลหิตลดลง ยานี้ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่ม ACE inhibitors ซึ่งทำให้มีอาการไอแห้ง ๆ เช่น แลซาร์แทน (lasartan) หรือ วอลซาร์แทน (valsartan)

7) ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดคลายตัว ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ควรใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำ และใช้ ร่วมกับยาด้านเบต้า เพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เช่น ฮัยดราลาซีน (hydralazine) หรือ มินอกซิดิล (minoxidil)

ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุมี หลากหลายปัจจัยดังต่อไปนี้ (บังอร ชมเดช, 2544; พิกุล บุญช่วง, 2541)

1. แรงบีบตัวของหัวใจ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดเพราะหัวใจเป็นแหล่งที่ทำให้เกิดความดันโลหิต และมีบทบาทในการกำหนดค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว
2. ปริมาณของเลือดที่ไหลเวียนในหลอดเลือดแดง ถ้าปริมาณเลือดมีมากในระบบไหลเวียนโลหิตส่งผลให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ในทางตรงข้ามถ้าปริมาณเลือดมีน้อยในระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ค่าความดันโลหิตลดลงได้
3. ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ถ้าหลอดเลือดเหล่านี้มีการหดตัว ความต้านทานต่อการไหลของเลือดจะเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหลอดเลือดแดงลดลง แต่ถ้าหลอดเลือดเหล่านี้ขยายตัว จะลดความต้านทานต่อการไหลของเลือด ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง ความต้านทานของหลอดเลือด

ส่วนปลายนี้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ในผู้สูงอายุพบว่า หลอดเลือดแดงมีการแข็งตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้

4. ความหนืดของเลือด ถ้าเลือดมีความหนืดมากทำให้การไหลของเลือดช้าลง หัวใจต้องบีบตัวแรงมากขึ้น เพื่อดันเลือดให้เคลื่อนที่ไป ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้นได้

5. ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ โดยปกติผนังชั้นกลางของหลอดเลือดแดงประกอบด้วยเนื้อเยื่อยืดหยุ่น (elastic tissue) เป็นจำนวนมาก จึงทำให้หลอดเลือดแดงสามารถยืดขยายได้มากและหดตัวกลับสู่ปกติได้ดี ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่ต่ำมากและสามารถไหลกลับสู่ปลายทางได้แม้ในขณะที่หัวใจคลายตัว แต่ในผู้สูงอายุพบว่าความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ทำให้ต้องใช้แรงดันในการบีบตัวของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตทั้งสองค่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยใช้ค่าความดันโลหิตทั้งขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว อย่างไรก็ตามนอกจากปัจจัยต่างๆที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยส่งเสริมที่มีผลต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ดังนี้

1. อายุ จากการศึกษาพบว่าระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 1-2 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวจะเพิ่มเฉลี่ยปีละ 0.5-1 มิลลิเมตรปรอท (Swales, 1995) และในวัยสูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามวัยที่มากขึ้น (aging change) ส่งผลให้มีแรงต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น จากการที่หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง ผนังหลอดเลือดชั้นกลางและชั้นในหนาตัวขึ้น สิ่งต่างๆเหล่านี้ล้วนทำให้ความดันโลหิตในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้ (ศิริพันธ์ สาสัดย์, 2551)

2. เพศ พบว่า ในผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 จะมีภาวะความดันโลหิตสูง (Hansen, 1998) เนื่องจากในเพศหญิงหลังการหมดประจำเดือนนั้น การทำงานของเรตินจะลดลง มีผลทำให้หลอดเลือดเกิดแรงต้านทานมากขึ้น (Kaplan, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับผลการรายงานทางสถิติของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแบ่งตามอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในเพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศชาย โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเพศชายค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ย เท่ากับ 131.3 ส่วนเพศหญิงความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ย เท่ากับ 136.8 (World Health Organization/ International Society of Hypertension Writing Group, 2003)

3. พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 30-60 (Groer, 2001a) จากการศึกษาเชื่อว่ายีนส์ซึ่งเป็นตัวควบคุมพันธุกรรม และมีผลต่อการเกิด

ความดันโลหิตสูงได้ โดยผู้ที่เป็่ชวตวันตจะมีความดันโลหิตสูงกว่ชวตวันออก และชวตวันตด้วยกันชนชาติผิวดำจะมีความดันโลหิตสูงกว่ชนชาติผิวขาว (Swales, 1995) และพบว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มว่ค่าความดันโลหิตสูงกว่บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีความดันโลหิตปกติ

4. ภาวะอ้วน จากการศีกษาพบว่าภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง โดยกลไกของการเกิดความดันโลหิตสูงในคนอ้วนเกี่ยวข้องในเรื่งน้่านักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณของเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาทีสูงขึ้น (Kotchen & Kotchen, 1999) และพบว่าคนอ้วนมากกว่าร้อยละ 50 จะมีภาวะการต้านอินซูลิน นำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง มีผลในการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียมส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Kaplan, 2006) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและมีน้่านักตัวเกินมาตรฐานนั้น เชื่อว่ถ้าสามารถลดน้่านักลงได้ ตั้งแต่ 10 กิโลกรัม จะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

5. การออกกำลังกาย พบว่ผู้ที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความดันทั้งขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวได้ 5-7 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งขึ้นอยู่กับน้่านักที่ลดลงด้วย นอกจากนี้พบว่าการออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือด และลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่บาโรรีเซฟเตอร์รีเฟลกซ์ (Oparil, 2000)

6. การสูบบุหรี่ เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด กระตุ้นปมประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวและการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นความดันโลหิตจึงสูงขึ้น (Groer, 2001b) จากรายงานการวิจัยพบว่านิโคตินในบุหรี่จะทำให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท (Wexler & Aukerman, 2006)

7. การดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งของแควิโคลามีนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว หัวใจบีบตัวแรงขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Groer, 2001b) และจากการศีกษาพบว่าคาเฟอีน มีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้นในการบีบตัวไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Jee, 1999)

8. ความเครียด เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน มีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและ

หลอดเลือดโดยเพิ่มแรงต้านทานหลอดเลือด หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Kaplan, 2006)

9. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เพราะความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากปริมาณโซเดียมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดมีความตึงตัวมากขึ้นแล้วยังทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที นอกจากนี้โซเดียมยังเสริมให้มีการกั่งของปริมาณน้ำ ดังนั้นจึงเป็นการเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือดและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Groer, 2001a) และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีโคเลสเตอรอลสูง จะทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เนื่องจากการตกผลึกของไขมันในหลอดเลือด หลอดเลือดมีการตีบแคบลง เกิดแรงต้านทานบริเวณหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Dash, 2006)

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพและรักษาภาวะสุขภาพ (Dongbo, Ding, Patrick, & Hua, 2006) การจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากความเชื่อที่ว่าบุคคลสามารถจัดการตนเองเพื่อให้สามารถควบคุม โรคและอาการที่เกิดขึ้นได้จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีผู้ที่ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองไว้หลากหลาย อาทิเช่น

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อจัดการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Creer, 2000)

การจัดการตนเอง เป็นทักษะการเรียนรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้คงไว้ซึ่งสภาวะทางอารมณ์ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการตนเองมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้วยตนเองและในการดูแลสุขภาพร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ (Lorig, 1993)

การจัดการตนเอง เป็นการเฝ้าระวังและจัดการกับอาการของโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษา การดำรงชีวิตโดยการรักษาภาวะสุขภาพ และการจัดการกับผลกระทบของโรคต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ และความสัมพันธ์ของอารมณ์ (Holman & Lorig, 2000)

การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา การจัดการด้านร่างกาย จิตสังคม และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงการติดตามภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง โดยอาศัยกระบวนการรับรู้ รู้คิด มีการ

ตอบสนองที่จำเป็นต่อพฤติกรรมและอารมณ์ เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิต เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่อง (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002)

การจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมของบุคคลที่ต้องปฏิบัติเพื่อสามารถอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังหนึ่งโรคหรือมากกว่าได้ ซึ่งกิจกรรมนั้นเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในการจัดการกับการใช้ยา การจัดการบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ (Adams et al., 2004)

การจัดการตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับการรับประทานยาได้และคงไว้ซึ่งการรักษาสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การมีบทบาทในครอบครัว การจัดการกับอนาคต รวมถึงการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และการจัดการกับความผิดหวัง อารมณ์โกรธและความซึมเศร้า (Redman, 2004)

สำหรับการศึกษานี้ การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อจัดการกับอาการ และภาวะเรื้อรังของโรคที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ด้วยกระบวนการฝึกทักษะ คิดแก้ไขปัญหา วางแผนจัดการปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้น ตลอดจนสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สามารถปรับเข้าใช้ในการดำเนินแบบแผนชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ และส่งเสริมให้ปฏิบัติทักษะต่างๆอย่างเหมาะสม

แนวคิดการจัดการตนเองของลอริกและฮอลแมน

ลอริก และคณะ (Lorig et al., 2001) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นในปี ค.ศ. 1996 ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นโดยโปรแกรมถูกใช้ในศูนย์วิจัยการสอนผู้ป่วยมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยการให้ความรู้ เสริมสร้างทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการเกี่ยวกับการรักษา (medical or behavior management) เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 2) การจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้การเปลี่ยนแปลงและการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง (role management) 3) การจัดการกับอารมณ์ที่มีผลต่อภาวะเรื้อรังของโรค (emotional management) เช่น การเรียนรู้ในการจัดการกับความโกรธ ความกลัว ความผิดหวัง ความเครียด ซึ่ง

พบได้ทั่วไปในผู้ที่มีภาวะเรื้อรังของโรค โดยใช้ทักษะการจัดการตนเอง 6 ประการ (Lorig & Holman, 2003) ดังนี้

1. การแก้ไขปัญหา (problem solving) เป็นทักษะที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนเอง ประกอบด้วย การระบุปัญหาด้วยตนเอง การใช้แหล่งข้อมูลเพื่อขอคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาจากเพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติในการแก้ปัญหา

2. การตัดสินใจ (decision making) เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหา เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค เนื่องจากผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจที่จะกระทำเพื่อจัดการกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของโรคเรื้อรังที่ตนมีอยู่ ทั้งนี้การตัดสินใจของผู้ป่วยต้องอาศัยพื้นฐานของการมีข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอ

3. การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) โดยการสอนให้ผู้ป่วยในการเข้าถึง และ การใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การใช้ห้องสมุด การใช้อินเทอร์เน็ต เป็นต้น หลายโปรแกรมกล่าวถึงแหล่งประโยชน์เหล่านี้ แต่ไม่ได้สอนวิธีการที่จะติดต่อกับแหล่งประโยชน์นั้นๆ เช่น เว็บไซต์ที่จะเข้าไปค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เบอร์โทรศัพท์ของแหล่งที่สามารถช่วยเหลือและให้คำแนะนำได้

4. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (forming of patient/health care provider partnership) โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเลือกและจัดรูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษาภาวะเจ็บป่วย สามารถอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการรักษากับบุคลากรด้านสุขภาพ และสามารถรายงานเกี่ยวกับอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง

5. การลงมือปฏิบัติ (taking action) เป็นทักษะที่มีความคล้ายคลึงกับทักษะการแก้ไขปัญหา เป็นการสอนทักษะการเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการวางแผนการปฏิบัติระยะสั้น ประมาณ 1-2 อาทิตย์ และต้องระบุพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง สามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องมีความเชื่อมั่นที่จะสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ โดยความเชื่อมั่นนี้สามารถประเมินเป็นคะแนนได้โดยแบบประเมินที่สร้างขึ้นบนพื้นฐานทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 ถ้าคะแนนมากกว่า 7 แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงและมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะบรรลุตามแผนที่วางไว้ แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 จะต้องหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นและสามารถบรรลุตามแผนที่วางไว้ได้

6. การปรับทักษะ ความรู้ในการจัดการตนเอง ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (self-tailoring) เมื่อผู้ป่วยลงมือปฏิบัติได้ระยะหนึ่งแล้ว ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูง จะสามารถจัดการตนเองโดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับภาวะของโรคเรื้อรังได้ แต่ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้ความรู้ในการจัดการตนเองด้านที่คะแนนความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำอีกครั้ง พร้อมทั้งปรับเป้าหมายและพฤติกรรมที่จะบรรลุถึงเป้าหมายในผู้ป่วยแต่ละคน

การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนแหล่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ได้แก่

1. การทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง (skill mastery) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมกับให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำได้ รวมถึงมีการวางแผนซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการซักถามถึงเป้าหมายเฉพาะที่ผู้ป่วยต้องการจะให้เกิด รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะไปถึงเป้าหมาย พร้อมกับสอบถามถึงความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีมาตรวัด 10 ระดับ คะแนน 1 หมายถึงไม่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเลย คะแนน 10 หมายถึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก ถ้าคะแนนที่ได้น้อยกว่า 7 ให้ใช้เทคนิคการแก้ปัญหา ปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติ จากนั้นจะมีการติดตามประเมินผลในสัปดาห์ถัดไปอีก

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะ ของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคล ที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ ซึ่งตัวแบบอาจเสนอผ่านทางวิดีโอ หรือสื่อต่างๆที่ประกอบด้วยภาพและเสียง หรืออาจเป็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในกลุ่ม เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ได้ง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง Bandura ได้กล่าวไว้ว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตน

4. การชักจูงจากสังคม (social persuasion) เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เชื่อว่าถ้าบุคคลรอบข้างปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใด ผู้ป่วยก็มักจะปฏิบัติตาม เช่น ถ้าสมาชิกในกลุ่มออกกำลังกายและประสบผลสำเร็จตามที่วางไว้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะออกกำลังกาย ดังนั้นการให้ความรู้แบบกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมได้

กระบวนการจัดการตนเอง

การที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองได้นั้นจะต้องมีขั้นตอนของกระบวนการคิดและปฏิบัติตาม เกรียร์ (Creer, 2000) ซึ่งเป็นผู้ที่ริเริ่มคำว่าจัดการตนเองเป็นคนแรกนั้น ได้กล่าวถึงกระบวนการของการจัดการตนเองว่าประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมายหรือการกำหนดจุดมุ่งหมาย (goal selection) เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะให้เกิด โดยบุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของตน และจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ด้วยตนเอง ซึ่งความรู้นั้นได้มาจากการให้ความรู้ การสอนทักษะการจัดการภาวะสุขภาพจากผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดการตั้งเป้าหมายที่เฉพาะในการที่จะบรรลुภาวะสุขภาพดี การเลือกเป้าหมายเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ หลังจากการตั้งเป้าหมายได้ จะมีการอภิปราย เปรียบเทียบ และได้ข้อสรุป และควรที่จะมีการเขียน อภิปรายแหล่งของแนวทางการรักษา หรือแผนที่จะกระทำ ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วย โดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางบวกที่ตามมาจากการเลือกเป้าหมาย คือ กำหนดเป้าหมายตามความชอบ เพิ่มพันธะสัญญาของบุคคลในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองให้ตรงกับเป้าหมาย กำหนดความคาดหวังของผู้ป่วยที่ช่วยกระตุ้นความพยายาม และความสามารถ

2. การรวบรวมข้อมูล (information collection) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการติดตามตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง (self-recording of data) การติดตามตนเองไม่ได้เป็นแค่พื้นฐานการจัดการตนเอง แต่เป็นสิ่งที่จำเป็นในการตัดสินใจ และทำให้ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง แนวทางในการติดตามตนเองมี 3 ประการ คือ 1) ผู้ป่วยต้องติดตามสังเกตพฤติกรรมเป้าหมายที่วัดได้ 2) วิธีการวัดต้องเป็นรูปธรรม มีความเชื่อมั่นและน่าเชื่อถือพอ และ 3) มีการสังเกตและบันทึกในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น การวัดค่าความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง

3. การประเมินข้อมูลและการสรุปผลข้อมูล (Information processing and evaluation) ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้ที่จะดำเนินการและสามารถประเมินความรู้ที่รวบรวมมาได้ จัดกระทำข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยสามารถที่จะค้นหาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง กระบวนการในการประเมินข้อมูลต้องมีการสังเกต บันทึก และการปฏิบัติเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้ หากข้อมูลนั้นมีการวัดที่เป็นรูปธรรม เช่น การติดตามค่าความดันโลหิต แต่การติดตามข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็นนามธรรม เช่น ปวดศีรษะ หรืออาการปวดเรื้อรัง เป็นสิ่งที่ประเมินได้ยาก ดังนั้นจึงต้องมีการให้ความรู้ การกำหนดเป้าหมาย และฝึกทักษะในการเฝ้าระวังอาการที่จะเกิดขึ้น

3.2 การประเมินควรมีมาตรฐานในการประเมินที่ชัดเจน มีแบบบันทึกเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินอาการด้วยตนเอง เช่น แบบประเมินอาการปวด แบบบันทึกค่าความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3.3 ผู้ป่วยสามารถประเมิน และตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ การตัดสินใจทำได้ง่ายในข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตที่วัดได้กับค่ามาตรฐาน หากสูงกว่าค่ามาตรฐานแสดงว่ามีความดันโลหิตสูง แต่การประเมินและตัดสินใจจะเป็นเรื่องยากและมีความคลุมเครือถ้าข้อมูลที่ได้อาจมาจากการรับรู้อาการของตัวเอง ดังนั้นควรสอนให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการสำคัญของโรคและวิธีการสังเกตอาการของตนเอง

3.4 การเรียนรู้ที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากอะไร และสามารถแก้ไขการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และทำให้ได้ข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำต่อไปในอนาคต

3.5 การวิเคราะห์และประเมินผลข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง เช่น ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ การรับรู้อาการ พฤติกรรมในการจัดการตนเอง เป็นต้น

4. การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยได้รวบรวม ประมวล และประเมินข้อมูล ต้องมีการตัดสินใจที่เหมาะสมบนพื้นฐานของข้อมูล ผู้ป่วยไม่ได้เพียงแค่ตัดสินใจเกี่ยวกับอาการ แต่เพื่อการตัดสินใจที่ซับซ้อน และตัวบ่งชี้ในการตัดสินใจเป็นส่วนสำคัญของการประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง

5. การกระทำ (Action) แสดงถึงทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือภาวะสุขภาพที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยอาศัยการชี้แนะตนเอง (self-instruction) มีความหมายในการจัดการตนเองอยู่ 2 ทาง คือ

5.1 ผู้ป่วยมีอิสระในการปฏิบัติที่จะควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีขั้นตอน มีการกำหนดแผนการปฏิบัติล่วงหน้า

5.2 มีกลยุทธ์ในการจัดการกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วยการคำนึงถึงทรัพยากรที่จะนำมาใช้ มีความพยายาม มีการวางแผน และการแก้ปัญหา การเตือนด้วยคำพูดของตนเอง การเตรียมการที่จะเรียนรู้หรือการคาดหวัง การควบคุมสิ่งกระตุ้น และความคิดจิตใจหรือการควบคุมการรับรู้ กลยุทธ์อื่น เช่น การผ่อนคลาย การตอบสนองต่อตนเอง การฝึกซ้อมทักษะ การจำลองรูปแบบ การเชื่อมต่อ หรือไม่เชื่อมต่อของพฤติกรรม และการสนับสนุนตนเอง

6. การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นขั้นตอนในการประเมินความสามารถของตนเอง และปรับเข้าเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณพบว่า พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นประกอบด้วย 1) การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรทางสุขภาพ 2) การจัดการบทบาท และ 3) การจัดการกับอารมณ์ที่มีผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องนั้นจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ (Lorig & Holman, 2003)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่

1. เพศ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของคน จากการศึกษาของ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับเพศชาย เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยผู้หญิงจะมีการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ และต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้านในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย เพศชายจึงได้รับการดูแลสุขภาพจากเพศหญิง การศึกษาของ ดองโบ และคณะ (Dongdo et al., 2003) พบว่าเพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน

2. อายุ เป็นตัวกำหนดคุณลักษณะ ประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อ การคิด การรับรู้และการตัดสินใจของบุคคล ดังนั้นจึงมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลด้วย จากการศึกษาของ หทัยรัตน์ ธิตีศักดิ์ (2540) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีเวลาในการจัดเตรียมอาหารเอง แต่กลุ่มหญิงวัยทำงานจะละเลยเรื่องการควบคุมอาหารเนื่องจากไม่ได้เตรียมอาหารเองและรับประทานอาหารใกล้ที่ทำงานและตามความสะดวก

3. สถานภาพสมรส ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความคาดหวัง และแหล่งประโยชน์ของครอบครัวอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540) จากการศึกษาของ จักรทอง ปัญญาปิง (2549) พบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จะมีบทบาทสำคัญอย่างสูงในการช่วยส่งเสริม สนับสนุน หรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุ

4. ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (จิราภา หงส์ตระกูล, 2532) ต่างจากการศึกษาของ หทัยรัตน์ ธิตีศักดิ์ (2540) พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพราะในปัจจุบันการให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยนั้นมีค่อนข้างหลากหลาย และมีความเหมาะสมกับบุคคลทุกระดับ เช่น วิดีทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค เป็นต้น

5. อาชีพ พบว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมีการประกอบอาชีพอยู่ อาทิเช่น เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง จากการศึกษาของ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี

อาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน จะมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น เกษตรกรรม รับจ้างรายวัน เนื่องจากกลุ่มที่มีอาชีพที่กำหนดเวลาแน่นอน รู้จักแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

6. รายได้ฐานะเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง และรายได้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ดังนั้นผู้ที่มีรายได้สูง ย่อมมีการแสวงหาแหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ด้วยเหตุนี้ รายได้จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (จิรนุช สมโชค, 2540)

7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเป็นโรคแตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันได้ การศึกษาของ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 4-10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี และมากกว่า 11 ปี ขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 5-10 ปีขึ้นไป จะมีระยะเวลาการเรียนรู้และการปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพได้ดีกว่า

8. ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแล้ว จะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยผู้ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับก่อนความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตสูงระดับหนึ่งสามารถที่จะรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ร่วมกับการรับประทานยา ส่งผลให้การรักษาดีขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งมีทั้งการประเมินทางตรง เช่น การสังเกต และวัดพฤติกรรมตนเอง และทางอ้อม เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม เป็นต้น ซึ่งการเลือกใช้แต่ละวิธีต้องให้มีความเหมาะสมกับพฤติกรรมที่จะประเมิน มีผู้วิจัยหลายท่านได้ศึกษาและสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองดังนี้

1. การใช้แบบสัมภาษณ์ ได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ สำหรับในผู้สูงอายุจะนิยมใช้แบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายจะมีปัญหาด้านการมองเห็น นอกจากนี้การสัมภาษณ์ ไม่มีความยุ่งยาก ประหยัดเวลาในการตอบ ไม่รบกวนผู้สูงอายุ

มากเกินไป สามารถอ่านให้ฟังแล้วผู้สูงอายุตอบได้ เช่นการศึกษาของ ดองโบและคณะ (Dongbo et al., 2003) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ในชุมชนเมือง 5 ชุมชนของเมืองเซียงไฮ้ ประเทศจีน และประเมินผลโดยการสัมภาษณ์ ตัวต่อตัว โดยการใช้ข้อคำถามปลายเปิด มีรายละเอียดของข้อคำถาม เช่น โปรแกรมสามารถช่วยให้ท่านจัดการกับพยาธิสภาพเรื้อรังได้หรือไม่ ให้ท่านอธิบาย, เมื่อออกจากโปรแกรมแล้วท่านคิดว่าอะไรที่แตกต่างออกไป เป็นต้น และขณะสัมภาษณ์จะมีการบันทึกเทปร่วมด้วย

2. การใช้แบบสอบถาม ได้มีผู้ที่สร้างเครื่องมือในการประเมินการจัดการตนเองโดยใช้แบบสอบถามไว้หลายท่าน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สร้างโดยศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551) ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ได้แก่ การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ ด้านการรับประทานยา 7 ข้อ ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อ และด้านการตรวจตามนัด 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อคำถามด้านบวก และมีลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อย การแปลผลคะแนนพฤติกรรมแบ่งโดยใช้เกณฑ์อันตรายภาคขึ้น โดยใช้ค่าพิสัย แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน ดังนี้ คะแนนช่วง 67.67-87.0 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพเหมาะสมมาก คะแนนช่วง 48.34-67.66 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพเหมาะสมปานกลาง คะแนนช่วง 29.00-48.33 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพเหมาะสมน้อย มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .91

2.2 แบบวัดพฤติกรรมในการจัดการตนเองของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกาในด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับอาการและปัญหาทางอารมณ์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการใช้ยา และด้านการติดต่อกับแพทย์ ด้านการออกกำลังกาย มีข้อคำถาม 6 ข้อ นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 51 คน นำมาตรวจสอบความคงที่ โดยวิธีทดสอบซ้ำ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สัมพัทธ์มีค่าเท่ากับ .83 นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .75 ด้านการจัดการกับอารมณ์มีข้อคำถาม 1 ข้อ นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 51 คน นำมาตรวจสอบความคงที่ โดยวิธีทดสอบซ้ำ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สัมพัทธ์มีค่าเท่ากับ .92 ด้านการติดต่อสื่อสารกับแพทย์มีข้อคำถาม 3 ข้อ นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 51 คน นำมาตรวจสอบความคงที่ โดยวิธีทดสอบซ้ำ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สัมพัทธ์มีค่าเท่ากับ .89 นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .73 แต่ละข้อเป็นมาตราวัด 6 ระดับ 0 หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย 5 หมายถึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ (Lorig et al., 2001)

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสร้างโดย ชิว และคณะ (Siu, Chan, Poon, Chui, & Chan, 2007) ได้แปลแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นภาษาจีนโดยถามถึงความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับรู้และการจัดการอาการ การใช้ประโยชน์จากแหล่งชุมชน และการติดต่อกับแพทย์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดัดแปลงมาจาก ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธาน (2551) โดยมีการลดจำนวนข้อคำถามลงเหลือ 26 ข้อจาก 29 ข้อ เนื่องจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการตรวจสอบเนื้อหาและมีข้อเสนอแนะว่าในการประเมินผู้สูงอายุควรมีข้อคำถามที่ลดลงและข้อคำถามควรมีเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 7 ข้อ ด้านการรับประทานยา 7 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 3 ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด 4 ข้อ

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ลอริก และ ฮอลแมน ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองขึ้นโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจนและได้ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังหลายกลุ่ม ต่อไป ดังเช่นผลการศึกษาของ ดองโบ และคณะ (Dongbo et al., 2003) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ในชุมชนเมือง 5 ชุมชนของเมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง มีจำนวน 526 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 428 คน โปรแกรมประกอบด้วยการสอนเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2-2.5 ชั่วโมง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ ประเมินผลลัพธ์ก่อนการทดลองและ 6 เดือนหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์สุดท้ายเหลือกลุ่มทดลอง จำนวน 430 คน กลุ่มควบคุมเหลือ 349 คน 6 เดือนหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมี

ความรู้และทักษะการจัดการตนเองดีขึ้น รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น คณะกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการและการจัดการโรค รวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพและระยะเวลานอนโรงพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดจากโปรแกรมของลอริกและคณะ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย กิจกรรมการสอนและให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาท การจัดการทางอารมณ์ โดยใช้การสอนเป็นกลุ่มๆละ 10-15 คน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม โดยในส่วนของ การให้ความรู้จะครอบคลุมความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว วิธีการตั้งเป้าหมาย และกำหนดผลการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สำหรับการฝึกทักษะ เน้นทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 อย่าง ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับทักษะการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล ในส่วนของ การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนใช้กิจกรรมได้แก่ การให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ โดยใช้ระยะเวลาการฝึกอบรม 6 สัปดาห์ๆ ละ 2-2.5 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดโปรแกรมดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง อาการ อาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน และสิ่งสำคัญคือการสอนวิธีการตั้งเป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้

2. การฝึกทักษะในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน

- 2.1 การแก้ปัญหา โดยการให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้ฝึกปฏิบัติการแก้ปัญหาในการจัดการตนเองด้าน 1) เทคนิคการจัดการอาการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) การใช้ยารักษาความดันที่ถูกต้อง 5) การประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงให้มีการนำเสนอปัญหา และร่วมกันแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม

2.2 การตัดสินใจ เป็นการฝึกทักษะการตัดสินใจแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น เมื่อมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะจะอย่างไร พร้อมยกตัวอย่างอาการที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงทดลองตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3 การใช้แหล่งประโยชน์ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจะหาข้อมูลได้ พร้อมทั้งสอนวิธีการและฝึกให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งข้อมูลนั้นๆ โดยให้ผู้สูงอายุรู้จักแยกแยะและใช้แหล่งข้อมูลที่เหมาะสม ทั้งยังสามารถใช้แหล่งข้อมูลที่เข้าถึงได้มาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ บุคคลที่จะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แหล่งที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น

2.4 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถรายงานเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ได้ มีการเปิดเผยปัญหา และแจ้งผลการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ การเห็นด้วยหรือไม่เกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับแก่บุคลากรสุขภาพ รับทราบข้อมูลการรักษา และตัดสินใจร่วมกับบุคลากรสุขภาพได้

2.5 การลงมือปฏิบัติ โดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฝึกปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองในด้าน 1) การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เหนื่อยหอบ เป็นต้น 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) การใช้ยารักษาความดันที่ถูกต้อง 5) การประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ

2.6 การปรับทักษะ ความรู้ในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยประเมินจากความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่มีคะแนนความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำ จะมีการวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านที่มีคะแนนความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำอีกครั้ง พร้อมทั้งปรับเป้าหมายและพฤติกรรมที่จะบรรลุถึงเป้าหมายในผู้สูงอายุแต่ละคน

3. การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยการได้รับข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง (skill mastery) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) 4. การชักจูงจากสังคม (social persuasion) ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ในด้านต่อไปนี้

3.1 การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารควรลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือมีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูง (Ogihara & Rakugi, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุควรรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ น้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน จะสามารถลดความดันลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003; Ogihara & Rakugi, 2005; Sacks et al., 2001) นอกจากนี้การรับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) คือ อาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ จะสามารถลดความดันซิสโตลิกลงได้ถึง 11-12 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกลง 6-7 มิลลิเมตรปรอท (Azadbakht, Mirmiran, Esmailzadeh, Azizi, & Azizi, 2005) 2) พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมน้ำหนักเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือมีดัชนีมวลกายอยู่ระดับ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Chobanian et al., 2003) และดัชนีสุขภาพอยู่ในช่วง 100-112 เซนติเมตร-กิโลกรัม (ศักดิ์ พริงลำภู, 2548) จะช่วยลดการทำงานของหัวใจลง ถ้าลดน้ำหนักได้มากกว่า 4.5 กิโลกรัมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงน้อย คือ ช่วงบนไม่เกิน 159 มิลลิเมตรปรอท และช่วงล่างไม่เกิน 99 มิลลิเมตรปรอทจะทำให้ความดันโลหิตอยู่ระดับปกติได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธักดิ์, 2545) การลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003; Wexler & Aukerman, 2006) 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ช่วยลดความดันโลหิตและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุนั้น คือการออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิค คือการออกกำลังกายที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อแต่ความตึงตัวของกล้ามเนื้อยังคงที่มีหรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เป็นการช่วยให้มีการขนส่งออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่นการว่ายน้ำ การถีบจักรยาน การเดิน เป็นต้น (อรสา พันธักดิ์, 2542) ขณะออกกำลังกายควรจะมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 110 ครั้ง/นาที และออกกำลังกายครั้งละ 30-40 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (Ogihara & Rakugi, 2005) แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric or Static Exercise) เพราะจะทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรเลือกการออกกำลังกายที่มีการใช้ออกซิเจน โดยมีการยืดหดกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ ทำให้ประสิทธิภาพปอดและหัวใจดีขึ้น การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ (Ostchega et al., 2007) 4) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มชา กาแฟ เป็นต้น จากรายงานการวิจัยพบว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายซึ่งทำให้ความดัน

โลหิตสูงได้ชั่วคราว การงดสูบบุหรี่จะทำให้เกิดผลดีต่อร่างกาย โดยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย และการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์/วัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงและยากต่อการรักษา เป็นความดันโลหิตสูงที่ดื้อยา และยังทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น (Groer, 2001a) และในผู้ที่ดื่มกาแฟ 2-3 ถ้วยติดต่อกัน จะทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที และคงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมง (Jee, 1999) 5) พฤติกรรมการรับประทานยา ปัจจุบันการรักษาโดยการให้ยาในโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีประสิทธิภาพค่อนข้างสูง โดยจะเริ่มให้ยาในปริมาณที่น้อยและเพิ่มปริมาณยาตามลำดับขั้นของแผนการรักษา (Chobanian et al., 2003) จนได้ผลการรักษาที่ต้องการ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีหลายกลุ่ม และยาแต่ละกลุ่มจะมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันออกไป อาทิเช่น ง่วงซึม ปวดศีรษะ มึนงง หัวใจเต้นแรง ดังนั้นผู้สูงอายุบางรายที่รับประทานยาแล้วมีอาการต่างๆเหล่านี้จึงหยุดยาเอง ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตจึงจำเป็นต้องรู้จักชนิดของยาที่ตนเองรับประทาน ผลข้างเคียงของยา และไม่ควรหยุดยาหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง หากมีปัญหาควรปรึกษาแพทย์ทันที อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษามีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมาก เพราะสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (รัตนาริณอินทร์, 2550) 6) พฤติกรรมมาตรวจตามนัด เป็นพฤติกรรมที่สำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้แผนการรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้ การมาตรวจตามนัดเป็นการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดและไม่มีโรคอื่นร่วมจำนวน 481 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลว คือ การไม่มาตรวจตามนัด (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) ดังนั้นการมาตรวจตามนัดจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรส่งเสริมและเน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจ เพื่อให้การควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

3.2 การจัดการด้านบทบาท โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงคงไว้ซึ่งบทบาทที่เหมาะสมในทุกด้านที่กล่าวมาแล้ว เช่น การจัดการบทบาทด้านการรับประทานอาหารมีการสนับสนุนความสำเร็จจากการลงมือกระทำโดยการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างทดลองการจัดตารางอาหารด้วยตนเอง การจัดการบทบาทด้านการออกกำลังกาย สนับสนุนความสำเร็จจากการลงมือกระทำโดยการฝึกออกกำลังกายในแบบที่ผู้สูงอายุแต่ละคนถนัดและต้องการกระทำ การจัดการบทบาทด้านการใช้ยา สนับสนุนความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยการฝึกให้ผู้สูงอายุ

อธิบายถึงผลข้างเคียงของยา วิธีการใช้ยาได้ เป็นต้น และให้สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จจากการประสบความสำเร็จภายในกลุ่ม พร้อมทั้งกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับหน้าที่และบทบาทที่ต้องรับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยของตนเองให้ได้

3.3 การจัดการด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรมีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมด้วยตนเองเนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจจะหลอดเลือดโดยเพิ่มแรงต้านทานหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542) ความเครียดจะส่งผลอย่างมากต่อความเจ็บป่วยและมีความสัมพันธ์กันตลอด ถ้าผู้สูงอายุมีความเครียดสูง จะทำให้ความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าผู้สูงอายุมีความเครียดลดลง ความเจ็บป่วยก็จะทุเลาลง ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงจากสิ่งทำให้เกิดความเครียด โมโห หรือหงุดหงิด ซึ่งการจัดการกับความเครียดนั้นสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ (จำลอง ดิษยวานิช และ พร้มเพรา ดิษยวานิช, 2545)

1) การทำสมาธิ เป็นการฝึกที่ให้ความสนใจมุ่งจดจ่อสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้า-ออก การยุบพองของท้อง การกำหนดสติ เป็นการมีสติรู้ตามอิริยาบถของร่างกาย

2) การฝึกการหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้อง การหายใจให้ลึก ช้า และสม่ำเสมอ โดยขณะหายใจเข้าทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกและยุบลงขณะหายใจออก เพื่อให้อากาศที่หายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด

3) การใช้เทคนิคผ่อนคลายกลัมนื้อ ได้แก่

3.1) การใช้จินตนาภาพ นึกภาพเหตุการณ์ประทับใจในชีวิตหรือภาพที่น่ารื่นรมย์ ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น

3.2) การนวดเป็นการสัมผัสส่วนต่างๆ เพื่อให้กลัมนื้อคลายความตึงตัว

3.3) การระบายความไม่สบายใจให้บุคคลอื่นฟัง หรือการพักผ่อน เช่น การฟังเพลงที่ตนเองชื่นชอบ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ เป็นต้น

โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการติดตามประเมินความเชื่อมั่นที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้านตามที่วางแผนไว้ โดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดสมรรถนะแห่งตนของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 ถ้าคะแนนมากกว่า 7 แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงและมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะบรรลุตามแผนที่วางไว้

แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 จะต้องหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นและสามารถบรรลุตามแผนที่วางไว้ได้

การประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งมีวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไปในแต่ละหัวข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการติดตามประเมินความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการจัดการกับโรคโดยทั่วไปและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยการใช้แบบวัด เช่น แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกาที่สร้างขึ้นโดยลอริกและคณะบนพื้นฐานความเชื่อมั่นแห่งตนของแบนดูรา เป็นการวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นมาตรวัด 10 ระดับ ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง 10 หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองมากที่สุด แบบวัดนี้ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 186 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .83 การประเมินสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองตามโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของลอริกและคณะจะใช้ติดตามประเมินความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยประเมินในทุกสัปดาห์ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามแผนที่วางไว้ แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 จะต้องหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management Behavior) เป็นการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งมีอยู่หลายวิธี เช่น การสอบถาม การสัมภาษณ์ การรายงานด้วยตนเอง เป็นต้น เป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เช่น แบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด มีข้อคำถาม 6 ข้อ ถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นมาตรวัด 5 ระดับ ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างน้อย 30 นาทีต่อสัปดาห์ 2 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างน้อย 30-60

นาที่ต่อสัปดาห์ 3 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างน้อย 1-3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 4 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แบบวัดนี้ได้ทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 51 คน ตรวจสอบความคงที่โดยวิธีทดสอบซ้ำ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์มีค่าเท่ากับ .56 (Lorig et al., 2001)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดผลลัพธ์ของ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตรวมทั้งมีการติดตามประเมินสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละสัปดาห์

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ เป็นการนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองของลอริกมาใช้ (Lorig & Holman, 2003) โดยมีฐานความคิดว่าบุคคลสามารถที่จะจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้ ทักษะในการจัดการตนเอง และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคและความรู้ด้านการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการตนเองด้านบทบาท 3) การจัดการด้านอารมณ์ และการปฏิบัติตัวการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหา (problem solving) 2) การตัดสินใจ (decision making) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร (The formation of a patient provider partnerships) 5) การปฏิบัติ (taking action) และ 6) การปรับทักษะให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (self tailoring) และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยวิธีการ ให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ โปรแกรมดังกล่าวจะทำให้ความรู้ ทักษะในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุใช้กระบวนการในการจัดการตนเองในการเลือกเป้าหมาย การเลือกสรรข้อมูล ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น และสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้