

## การพยาบาล กับ การสนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

สุพัตรา บัวทิ PhD\*

### บทคัดย่อ

การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตได้ การควบคุมความดันโลหิตประกอบด้วยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และปรับเปลี่ยนแบบพฤติกรรมและรูปแบบการดำเนินชีวิต ทั้งนี้การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในหลากหลายรูปแบบได้แก่การจัดการบริการที่ส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management) การจัดระบบบริการมีความสะดวก เข้าถึงง่าย สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ เน้นการให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่น การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา จัดบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง ในส่วนที่เกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตจัดให้โดยเสริมสร้างแรงจูงใจ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ จัดบริการที่ช่วยสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการจัดรูปแบบบริการที่ใช้บ้านและชุมชนเป็นฐาน (home and community-based) การจัดบริการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, ความดันโลหิตสูง, การควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

## **Nursing and Support for Health Behavior Adherence to Blood Pressure Control**

### **Abstract**

Blood pressure control adherence can reduce disease deterioration and prevent complications of high blood pressure such as cardiovascular disease, stroke, and kidney disease. Continuing adherence to blood pressure control medication and lifestyle modification regimens are necessary. Self-management is an essential to facilitate adherence of clients to treatment regimens. Nurses should deliver care with convenient, accessible, and context-based health care services. Providing knowledge and counseling to support clients' life style modification abilities should be focuses of health education. Continuation, motivation, and open listening to clients' voices are required to facilitate learning. A build up of social support is also required to help the adherence. Home-based and community-based health care can assure the extending of care network to support clients' adherence to blood pressure control practices.

**Keywords:** nursing, hypertension, nursing, blood pressure control adherence

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการตายของคนทั่วโลกในอันดับที่ 3 โดยเป็นสาเหตุการตายของ 1 คนใน 8 คน (World Health Organization, 2003) สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ความรุนแรงของโรคมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้น ทั้งในส่วนของอัตราผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนที่เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปี คือระหว่าง ปี พ.ศ. 2549-2553 พบว่าเพิ่มจาก 659.6 เป็น 1,349.4 และอัตราตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 3.8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2549 เป็น 3.9 ในปี พ.ศ. 2553 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ แต่อัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตยังน้อยโดยอยู่ระหว่างร้อยละ 30 ถึง 50 (Chobanian et al., 2003) เช่นเดียวกับในประเทศไทยอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ยังคงไม่ดีเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากอัตราตายต่อประชากรหนึ่งแสนคนจากโรคที่เกิดจากปัจจัยชกน้าจากภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มจาก 19.4 ในปี 2549 เป็น 20.5 ในปี 2553 โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต จาก 20.6 ในปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 27.5 ในปี 2553 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงนี้สามารถควบคุมได้ถ้าผู้ป่วยปรับพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา (non-adherence) เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Yiannakopoulou et al. 2005) จากการคาดการณ์ค่าเฉลี่ยของอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา อยู่ระหว่างร้อยละ 50-70 (World Health Organization, 2003) โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ไม่ได้ใช้ยา ยังมีแนวโน้มที่ต่ำกว่า (Uzen, et al., 2009) ซึ่งการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาจะส่งผลทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (Hodgson & Cai, 2001) ทำให้คุณภาพชีวิตด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพลดลง (Handler, 2005) ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการปฏิบัติดูแลรักษา จะช่วยให้การควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นบทบาทที่ทำนายพยาบาล หากพยาบาลสามารถที่จะพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกลุ่มผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้จะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการจัดการดูแลผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้เป็นจำนวนมาก เพื่อให้บรรลุผลดังกล่าวพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งในเรื่องของโรค แนวทางการดูแลรักษา เข้าใจในปัจจัยที่เอื้อ และขัดขวางการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ ความแตกต่างของบุคคล แรงจูงใจ ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติตัว ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวอาศัยทักษะในการให้คำแนะนำ สร้างแรงจูงใจ มีความไวกับประเด็นทางวัฒนธรรมที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการ

ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้เหมาะสมมากขึ้น

### ระดับความดันโลหิต และภาวะภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึงภาวะที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (National Institutes of Health, 2004) แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary/essential hypertension) พบประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension) เป็นผลจากการเป็นโรคไต หลอดเลือดแดงตีบ พิษแห่งครรภ์ ฯลฯ (National Institutes of Health, 2004)

การควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายจะช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และช่วยลดอัตราการตายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นแนวทางสำคัญที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ การควบคุมความดันโลหิตที่ได้ผล คือ มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (Hansson et al., 1998) และต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยเบาหวาน และโรคไต (American Diabetes Association, 2003; National Kidney Foundation Guideline, 2002) ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตที่ได้ผลจะทำให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) เพิ่มขึ้น (Psaty, et al., 2001) ซึ่งหากผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท) สามารถลดความดันโลหิตตัวบนลงได้ 12 มิลลิเมตรปรอทและตัวล่างลงได้ 10 มิลลิเมตรปรอทจะป้องกันอัตราการตายลงได้ 1 คนใน 11 คน (Ogden, et al., 2000) การควบคุมระดับความดันโลหิตที่ได้ผลจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ลดลงร้อยละ 35-40 และลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20-25 (Chobanian, et al, 2003)

อย่างไรก็ตามอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ยังมีอัตราที่ต่ำ โดยมีการศึกษาพบว่าอัตราการควบคุมได้เพียงร้อยละ 30-37 (Chobanian, et al., 2003; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2011) โดยเฉพาะในส่วนของพฤติกรรมปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต (Uzun et al., 2009) โดยพบว่ามีอัตราการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตแบบไม่ใช่ว่าอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องต่ำกว่าการรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต (Uzun, et al., 2009) และที่น่าเป็นห่วงคือกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น (young adults) เป็นกลุ่มที่มีอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้น้อย (Morbidity and Mortality Weekly Report, 2011) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญของสังคมมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะแทรกซ้อนจากระดับความดันโลหิตที่สูงเป็น

ระยะเวลานานๆ ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่นานๆ จะทำให้ผนังหลอดเลือดหนา และแข็งตัว (arterosclerosis) ขาดความยืดหยุ่นและขรุขระเป็นผลก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อย ทำให้อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่พอ หรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด (thrombosis) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการเต้นพลิ้วของหัวใจห้องบนขวา (atrial fibrillation) (Rienstra & Van Gelder, 2007) บางครั้งมีหลอดเลือดแดงโป่งพอง (aneurysm) และแตกง่าย จะทำให้อวัยวะต่างๆเกิดการเปลี่ยนแปลง และเสื่อมสภาพ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (heart attract) หัวใจวาย (heart failure) โรคไต (kidney disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) (Muntner et al., 2011)

### การปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษา (adherence) หมายถึง ความร่วมมือของผู้รับบริการที่ดำเนินควบคู่ไปกับทีมสุขภาพในการวางแผน โดยรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาตามความถี่ และขนาด (Brunier, 2006) และดูแลรักษาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาตามเป้าหมายอย่างเป็นอิสระในการตัดสินใจ (Kaufman & Birks, 2009) โดยผู้รับบริการต้องเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆอย่างสม่ำเสมอ โดยเคร่งครัด ซึ่งแตกต่างจากคำที่เคยนิยมใช้ในอดีต คือ การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา (compliance) หมายถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางวิชาชีพ (Haynes et al., 1979) ซึ่งความหมายของคำทำให้ผู้รับบริการอยู่ในฐานะของผู้ยอมทำตาม และเป็นที่มาของการได้รับคำตำหนิจากบุคลากรทางสุขภาพในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่ได้รับคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญได้ (Home et al. 2005 อ้างอิงใน Kaufman & Birks, 2009) ดังนั้นการใช้คำว่า การปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (adherence) กับแนวทางการรักษาจึงมีความเหมาะสมในการที่จะให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากผู้รับบริการต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต และมีการรับประทานที่ต้องอาศัยการตัดสินใจ และความตั้งใจของผู้รับบริการ

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติที่เหมาะสมกล่าวคือควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือ 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่ เป็นเบาหวาน จะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ชะลอความก้าวหน้าของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Chobanian,

et al, 2003) ในทางกลับกันหากมีการควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย แนวทางในการการควบคุมระดับความดันโลหิตตามข้อเสนอของ The JNC7 (National institutes of Health, 2004) ประกอบด้วย ประกอบด้วยแนวทางที่สำคัญ 2 แนวทาง คือ

แนวทางที่ 1 การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (lifestyle modifications) ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว การจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (the Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554) โดยเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและมีไขมันเป็นส่วนประกอบ เลือกดื่มนมที่มีไขมันต่ำ ควรเลือกใช้ไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เน้นการบริโภคผัก และผลไม้สด รับประทานคาร์โบไฮเดรตกลุ่มธัญพืชชนิดไม่ขัดสี (whole grain) จำกัดการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ มีการเคลื่อนไหวร่างกายแบบแอโรบิก หรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างกระฉับกระเฉง ทำจิตใจให้สบายโดยการสร้างวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตดี รู้จักคลายเครียดและทำจิตใจให้สงบ เช่น ฟังโยคะ ชี่กง การเจริญสติ การเจริญสมาธิ และสังเกตอาการเตือนของระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น เช่นอาการปวดศีรษะปวดท้ายทอย อาการหน้ามืด หัวหมุน อาการหน้าตาบวมตึง อาการปัสสาวะบ่อย วิงเวียนศีรษะ หรืออาการที่แสดงว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (National institutes of Health, 2004)

แนวทางที่ 2 รับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษา (pharmacologic treatment) โดยผู้ป่วยต้องไม่หยุดยาเองแม้ว่าระดับความดันโลหิตจะเป็นปกติ ไม่เปลี่ยนขนาดหรือชนิดยาเอง หากมีอาการข้างเคียงให้ปรึกษาแพทย์ การมาพบแพทย์ตามนัด หรือก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554; National institutes of Health, 2004)

### **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (adherence) กับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิต**

การปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งแบบใช้ยา และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. ลักษณะของโรคที่เกี่ยวข้องกับอาการของภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลไม่ยึดติดกับการรักษาด้วยยาควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ ลักษณะอาการของโรคที่ไม่ปรากฏชัดเจน ประกอบกับการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีการยึดติดกับแนว

ทางการรักษาน้อยลง (Dowell, Jones & Snadden, 2002; Ebrahim, 1998) จากการศึกษาในได้พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้มีการยึดติดกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Chen, Tsai & Lee, 2009).

2. แนวทางการดูแลการรักษา ได้แก่ จำนวนของยารักษาความดันโลหิต และค่ายาที่แพงทำให้ ผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาได้ อาการข้างเคียงจากยา ซึ่งหากมี อาการข้างเคียงมากจะทำให้ผู้รับบริการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา นอกจากนี้การรักษาเป็น ระยะเวลายาวนานก็จะทำให้ผู้รับบริการมีการยึดติดกับการรักษาน้อยลง (Dowell, Jones & Snadden, 2002; Ebrahim, 1998) ความเชื่อมั่นว่ายาสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตจะทำให้ผู้รับบริการมองข้ามอาการ ข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น จะทำให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษามากขึ้น (Ren et al., 2002)

2. ลักษณะของผู้ให้บริการสุขภาพผู้รับบริการ การจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะประชากร เช่น อายุ เชื้อชาติ การศึกษา เพศ และ สถานภาพสมรส (Trivedi, Ayotte, & Edelman, 2008; Li, Wallhagen & Froelicher, 2007) การจัดบริการสุขภาพที่ไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีโอกาสที่จะได้ทราบเกี่ยวกับการ ดำเนินของโรค เช่น ในการไปพบแพทย์แต่ละครั้งไม่มีโอกาสทราบถึงระดับความดันโลหิต หรือเป้าหมายของ การรักษาจากระยะเวลาที่มีจำกัดน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการยึดติดกับแนวทางการควบคุมระดับความดัน โลหิตที่น้อยลง (Parchman, 2007) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ปัจจัยทางอารมณ์ และจิตใจ ซึ่งพบว่าการมีสภาวะทางอารมณ์ที่ดี จะมี ผลต่อเชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต ในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการสูบบุหรี่ (Trivedi, Ayotte, & Edelman, 2008)

3. บริบททางสังคม ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะทางวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยและแนวทางการดูแลรักษา ซึ่งหากมีความแตกต่างมากจะทำให้ต้องมีการปรับการเปลี่ยนแปลง ที่แตกต่างไปจากแนวทางการดำเนินชีวิตที่คุ้นเคยจะทำให้ผู้รับบริการการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาลดลง (Patel & Taylor, 2002) และพบว่าความแตกต่างทางวัฒนธรรมมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตาม แผนการรักษา (Li, Wallhagen & Froelicher, 2007) และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ (Dowell, Jones & Snadden, 2002; Ebrahim, 1998)

**การพยายามลดการส่งเสริมการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง**

พยายามลดส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับกับการควบคุมระดับความดัน โลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การพยายามส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่ง เสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูงยึดติดกับแนวทางการควบคุมระดับความดัน โลหิตเพิ่มมากขึ้น

การจัดแนวทางการการให้การรักษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเอง (self-management) สามารถทำได้โดยการใช้แนวคิดการจัดการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centred care) เป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้รับบริการมีการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ต้องอาศัยการจัดบริการสุขภาพที่ทำให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสม และเกิดความคุ้มค่า (Pollock, 2005) โดยมีแนวทางการจัดการบริการที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษา ดังนี้

1. จัดระบบบริการสุขภาพ โดยการจัดบริการให้มีความสะดวก เข้าถึงง่าย จัดให้มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาทั้งแบบที่ใช้ยา และไม่ใช้ยา ทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด ซึ่งหากผู้รับบริการได้มีโอกาสแลกเปลี่ยน พูดคุยกับผู้ให้บริการจะช่วยให้มีการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากขึ้น (Zolnieriek & DiMatteo, 2009) จัดการบริการให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบททางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินชีวิตประจำวัน และวัฒนธรรม เช่น ภาษา ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลรักษา ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลรักษา (Li, et al., 2007)

2. การให้ความรู้ และให้คำปรึกษา เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (Margolius, et al., 2012) โดยจัดบริการพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาแบบใช้ยา โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตช่วยให้ช่วยให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาเพิ่มขึ้น (Karaeren, et al., 2009) โดยใช้รูปแบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง เช่น ใช้วิธีการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา เช่น การโทรศัพท์เตือนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรักษาในระยะ 3 เดือนแรก (Kaufman & Birks, 2009) การเป็นพี่เลี้ยงให้การฝึกการปฏิบัติด้านสุขภาพ (health coaching) ทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่ากลุ่มที่มีพี่เลี้ยงมีระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีพี่เลี้ยง (Margolius, 2012) ประสานงานกับทีมสุขภาพในพื้นที่ เพื่อการจัดการโรค และการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถจัดการตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม

3. การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การควบคุมการออกกำลังกาย และการหยุดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งการให้การดูแลมีจุดเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดที่หลากหลายเพื่อให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น การสนใจ ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา (Weir, et al., 2000) ทั้งนี้ทีมสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรค และการดูแลรักษา เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งการประเมินความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรค และความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการเข้าใจผู้ใช้บริการและมีการปรับการให้บริการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ และความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการให้



ความร่วมมือกับแผนการรักษามากขึ้น (Robin, et al., 2007) นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเป็นอิสระเป็นวิธีการสามารถสร้างพลังอำนาจ (Moulton, 2007) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเริ่มต้น และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตที่ต้องอาศัยความสามารถ และศักยภาพของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Morisky, et al., 1985) พยาบาลจึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนเพื่อเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงยึดติดกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน การมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีสุขภาพทางอารมณ์ดีขึ้นทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติตัวสอดคล้องกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ทำให้มีสุขภาพอารมณ์ที่ดีส่งผลให้ยึดติดกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่สมรส (Trivedi et al, 2008)

การให้การพยาบาลเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีความต่อเนื่องในการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ส่งเสริมผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงยึดติดกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การมีเครือข่ายในชุมชนจะช่วยให้เกิดความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการปฏิบัติให้สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น (Robin, 2004) โดยเฉพาะในส่วนของการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น มีการศึกษาพบว่าบุคคลมีการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ที่เพิ่มมากขึ้นจากการใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based) ที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (Roessler & Ibsen, 2009) และพบว่ารูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการที่ทำให้การปฏิบัติเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตแบบไม่ใช้ยา มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การดูแลตามแบบปกติ (Ribeiro, 2011)

## บทสรุป

ภาวะความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความพิการ หรือเสียชีวิต การควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดการดำเนินโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การบริการพยาบาลที่สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องของ

ผู้รับบริการต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจของผู้ให้บริการทั้งในแง่ของพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินโรค ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลรักษา ตลอดจนการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต วิธีการที่จะส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบไปด้วย การสนับสนุนให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต นอกจากนี้การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยการจัดการดูแลที่มีบ้านและชุมชนเป็นฐาน(home and community-based) ซึ่งจะทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องได้มากขึ้น ซึ่งหากผู้รับบริการสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ก็จะทำให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจากไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีความดันโลหิตที่สูงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด

### เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข (2554). รายงานประจำปี 2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- American Diabetes Association. (2003). Treatment of hypertension in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 26: S80-S82.
- Burnier, M. (2006). Improving outcomes in hypertensive patients: Focus on adherence and persistence with antihypertensive therapy. *The Journal of Clinical Hypertension*, 11(7): 376-382.
- Chen, S., Tsai J. & Lee, W. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 2234-2244.
- Chobanian, A.V., Babris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green L.A., Izzo, J.L., et al. ( 2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA*, 289, 2560-2572.
- Dowell, J., Jones, A., & Snadden, D. (2002). Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherence' patients: A qualitative study. *British Journal General Practice*, 52: 24-32.
- Ebrahim, S. (1998). Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke: Systemic review. *Health Technology Assessment*, 2: i-iv, 1-78.
- Handler, J. (2005). Quality of life and antihypertensive drug therapy. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)* 7, 274-285.

- Hansson L., Zanchetti, A., Carruthers, S.G., Dahlof, B., Elmfeldt, D., Julius, S., et al. (1998). Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: Principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. *HOT Study Group. Lancet*, 351:1755-1762.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett, D.L. (1979). *Compliance in health care*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore MD.
- Hodgson, T.A., & Cai, L. (2001). Medical care expenditures for hypertension, its complication and its comorbidities. *Medical Care*, 39, 599-615.
- Karaeren, H., Yokusoglu, M., Uzun, S., Baysan, O., KÖz, C., Kara, B., et al., (2009). The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. *Anadola Kardiyol Derg*, 9: 183-188.
- Kaufman, G. & Birks, Y. (2009). Strategies to improve patients' adherence to medication. *Nursing Standard*, 23 (49): 51-57.
- Li, W., Wallhagen, M.I., & Froelicher, E.S. (2007). Hypertension control, predictors for medication adherence and gender differences in older Chinese immigrants. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (3): 326-335.
- Margolius, D., Bodenheimer, T., Bennett, H., Wong, J., Ngo, V., Padilla, G., et al. (2012). Health coaching to improve hypertension treatment in a low-income, minority population. *Annals of Family Medicine*, 10(3): 199-205.
- Morbidity and Mortality Weekly Report. (2011). Vital Signs: Prevalence, treatment, and control of hypertension-United States, 1999-2002 and 2005-2008. 60 (4), 103-108.
- Moriskey, D.E., DeMuth, N.M., Field-Fass, M., Green, L.W. & Levine, D.M. (1985). Evaluation of family health education to build social support for long- term control of high blood pressure. *Health Education & Behavior*, 12 (1): 35-50.
- Moulton, L. (2007). *The naked consultation: A practical guide to primary care consultation skills*. Radcliffe Publishing: Abingdon.
- Muntner, P., Halanych, J.H., Reynolds, K., Durant, R., Vupputuri, S., Sung, V.W. et al. (2011). Low medication adherence and the incidence of stroke symptoms among individuals with hypertension: The REGARDS Study. *The Journal of Clinical Hypertension*. 13(7): 479-486.

- National institutes of Health. (2004). National High Blood Pressure Educational Program: The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, and treatment of high blood pressure.
- National Kidney Foundation Guideline. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. *American Journal of Kidney Disease*, 39:S1-S246.
- Ren, X.S., Kazis, L.E., Lee, A., Zhang, H., & Miller, D.R. (2002). Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with anti-hypertensive medications. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1, 47-56.
- Rienstra, M. & Van Gelder, IC. (2007). Cardiovascular morbidity in hypertensive patients with persistent atrial fibrillation. *Cardiology Review*, 24(11): 21-24.
- Robin, D.M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2): 207-218.
- Robin, D.M., Kelly, H.B. & Summer, W.L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Medical care*, 45(6): 521-528.
- Roessler, K.K. & Ibsen, B. (2009). Promoting exercise on prescription: Recruitment, motivation, barriers and adherence in a Danish community intervention study to reduce type2 diabetes, dyslipidemia and hypertension. *Journal of Public Health*, 17: 187-193.
- Ogden, L.G., He,J., Lydick, E., Whelton, P.K. (2000). Long-term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. *Hypertension*, 35:539-543.
- Patel, R.P., & Taylor, S.D. (2002). Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *The Annals of pharmacotherapy*, 36, 40-45.
- Parchman, M.L., Pugh, J.A., Romero< R.L., & Bowers, K.W. (2007). Competing demands or clinical inertia: The case of elevated glycosylated hemoglobin. *Annual Family Medicine*, 5(3): 196-201.

- Pasty, B.M., Furberg, C.D., Kuller, L.H., Cushman, M., Savage, P.J., Levine, D., et al. (2001). Association between blood pressure level and the risk of myocardial infarction, stroke, and total mortality: The cardiovascular health study. *Achieve International Medicine*, 161: 1183-1192.
- Pollock, K. (2005). *Concordance in medical consultations*. Radcliffe Publishing: Abingdon.
- Ribeiro, A.G., Ribeiro, S.M., Dias, C.M., Ribeiro, A.Q., Castro, F.A., Suárez-Varela, M.M. et al. (2011). Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*, 11: 637, Retrieved on November 29, 2012 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/637>.
- Simmons, S. (2012). Recognizing and preventing acute stroke in women. *Nursing*: March 2012, 42 (3): 30-35. Retrieved 3 September, 2012 from [http://Journals.Iww.com/nursing/Fulltext/2012/03000/Recognizing\\_and\\_Preventing\\_Acute\\_Stroke\\_in\\_Wom](http://Journals.Iww.com/nursing/Fulltext/2012/03000/Recognizing_and_Preventing_Acute_Stroke_in_Wom).
- Trivedi, R.B., Ayotte, B., & Edelman, D. (2008). The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 31: 487-497.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, Switzerland.
- Yiannakopoulou, E., Papadopoulos, J.S., Cokkinos, D.V., & Mountokalakis, T.D. (2005). Adherence to antihypertensive treatment: A critical factor for blood pressure control. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12, 243-249.
- Uzun, S., Kara, B., Yokusoglu, M., Arslan, F., Yilmaz, M.B., & Karacren, H. (2009). The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations. *Anadolu Kardiyol Derg*, 9: 102-109.
- Weir, M.R., Maibach, E.W., Bakris, G.L., Black, H.R., Chawla, P. & Messerli, F.H. (2000). Implications of a health lifestyle and medication analysis for improving hypertension control. *Achives of Internal Medicine*, 160(14): 481-490.
- Zolnierek, K.B. & DiMatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*: 47(8): 826-834.