

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการกลุ่ม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

2.1 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

- 2.1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
- 2.1.2 กลไกและพยาธิสภาพการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
- 2.1.3 พยาธิสรีรวิทยาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
- 2.1.4 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
- 2.1.5 การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.2 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

- 2.3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม
- 2.3.2 การดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติ
 - 2.3.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป
 - 2.3.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการของโรค
 - 2.3.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะที่มีโรคแทรกซ้อน

2.4 การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการกลุ่ม

- 2.4.1 ความสำคัญของกระบวนการกลุ่ม
- 2.4.2 การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง
- 2.4.3 ขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม
- 2.4.4 การใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2.1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) หมายถึงภาวะที่มีแรงกระทำต่อผนังหลอดเลือดแดงมากเกินไป หรือค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทซึ่งเชื่อว่าปัจจัยที่มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ ความเครียด ความอ้วน การสูบบุหรี่ โดยมีการแบ่งประเภทของความดันโลหิตตามกำหนดของ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII. 2003) ดังนี้

ตารางที่ 2.1

การแบ่งประเภทของความดันโลหิตตามกำหนดของ JNC VII. 2003

| ประเภทของความดันโลหิต | ความดันโลหิตตัวบน Systolic (มม.ปรอท) | ความดันโลหิตตัวล่าง Diastolic (มม.ปรอท) |
|---|---|--|
| ปกติ Normal | <120 | <80 |
| มีแนวโน้มเป็นความดันโลหิตสูง (Prehypertension) | 120 - 139 | 80 - 90 |
| ความดันโลหิตสูง (Hypertension) | | |
| Stage 1 | 140 - 159 | 90 - 99 |
| Stage 2 | ≥160 | ≥100 |

2.1.2 กลไกและพยาธิสภาพการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ประกอบด้วยกลไกทางระบบประสาท กลไกทางฮอร์โมนและสารเคมี กลไกการปรับแรงดันเลือด เมื่อแรงเลือดเปลี่ยนแปลง กลไกเหล่านี้จะมีผลต่อความดันในหลอดเลือดฝอยและกลไกทางไต ซึ่งแต่ละกลไก ดังนี้

2.1.2.1 กลไกทางระบบประสาท (Neural Mechanisms) เป็นกลไกที่เกิดขึ้นในเวลาเพียงวินาที นาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น มักเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ขณะออกกำลังกาย การเปลี่ยนท่า ส่วนใหญ่ความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติ ที่สำคัญคือ ระบบ

ประสาทส่วนกลางและระบบประสาทซิมพาเทติก (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์และคณะ. 2546 : 190-191) ได้แก่

1. บาโรรีเซพเตอร์ รีเฟล็กซ์ (Baroreceptor Reflex) โดยเอออดิโคแคโรติดไซนัส รีเฟล็กซ์ (Aorticocarotid Sinus Reflex) เมื่อความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงจะส่งสัญญาณประสาทไปยังศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมอง ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลต่อขนาดของหลอดเลือดในสมองกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดหลอดเลือดและการทำงานของหัวใจ คือ

- ถ้าความดันโลหิตเพิ่มขึ้น สัญญาณประสาทจากตัวรับจะส่งไปยังศูนย์ควบคุมหลอดเลือด (Vasomotor Center) ในสมองให้เพิ่มความถี่มากขึ้น โดยผ่านประสาทสมองที่ 9 และ 10 คือ กรอสโซฟาริงค์เจียล (Glossopharyngeal) และเส้นประสาทเวกัส (Vagus Nerve) ทำให้หลอดเลือดขยาย ในขณะที่เดียวกันจะมีสัญญาณประสาทไปยังเส้นประสาทเวกัส (Vagus Nerve) ทำให้หัวใจเต้นช้าลงและความแรงในการบีบตัวลดลง มีผลให้ความดันโลหิตลดลง

- ถ้าความดันโลหิตลดลง สัญญาณประสาทถูกส่งไปช้าลง ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำงานมากขึ้น มีผลให้หลอดเลือดตีบตัว ความต้านทานของหลอดเลือดจะสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและความแรงในการบีบตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อหลอดเลือดดำ ทำให้ไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น เป็นการเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac Output) ช่วยปรับความดันโลหิตให้สู่ระดับปกติ

2. เคโมรีเซพเตอร์ รีเฟล็กซ์ (Chemoreceptor Reflex) ตัวรับรู้นี้จะไวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันของออกซิเจน (PO_2) คาร์บอนไดออกไซด์ (PCO_2) และความเข้มข้นของไฮโดรเจนไอออน (H^+) ในเลือด โดยส่งสัญญาณประสาทไปยังศูนย์ควบคุมการหายใจในเมดัลลา ทำให้หายใจเพิ่มขึ้นและกระตุ้นศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมองด้วย ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวเป็นการเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือด

3. ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System: CNS) โดยระบบอิสซีมิกเรสปอนส์ รีเฟล็กซ์ (Ischemic Response Reflex) ถ้าความดันเลือดลดลงมากจนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอเพียง ทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและเพิ่มการทำงานของห้องหัวใจและการหดตัวของหลอดเลือด

2.1.2.2 กลไกทางฮอร์โมนและสารเคมี (Hormonal Mechanisms) ประกอบด้วยฮอร์โมนที่หลั่งจากต่อมใต้สมองและมีผลต่อกลไกการเพิ่มแรงดันโลหิต (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์และคณะ. 2546 : 190-191) ดังนี้

1. ระบบนอร์อีพิเนฟริน-อีพิเนฟริน (Norepinephrine-Epinephrine System) สอร์โมน 2 ชนิดนี้มีผลให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงขึ้น เป็นผลให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac Output) สูงขึ้น แต่นอร์อีพิเนฟรินจะมีผลอย่างมากต่อการเพิ่มความดันโลหิตมากกว่าอีพิเนฟริน

2. ระบบเรนินแองจิโอเทนซินแอลโดสเตอโรน(Renin Angiotensin Aldosterone System) เป็นเอ็นไซม์ที่สร้างโดยจังก์ต่ากอมูรูลาเซลล์ (Juxtaglomerular Cells) ในไตซึ่งมีบทบาทไปเปลี่ยนแองจิโอเทนซิโนเจน (Angiotensinogen) ให้เป็นแองจิโอเทนซิน 1 (Angiotensin I) และจากแองจิโอเทนซิน 1 จะถูกเปลี่ยนเป็นแองจิโอเทนซิน 2 (Angiotensin II) โดยอาศัยเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติงเอนไซม์ (Angiotensin Converting Enzyme: ACE) เมื่อความดันโลหิตลดลงอย่างมากจากการที่มีเอ็นไซม์แองจิโอเทนซิน 2 จะมีการกระตุ้นไตให้หลั่งเรนิน (Rennin) เพิ่มมากขึ้นสุดท้ายจะเปลี่ยนเป็นแองจิโอเทนซิน 2 และมีผลกระตุ้นให้หลอดเลือดตีบตัวอย่างแรง เกิดภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ระบบเรนินแองจิโอเทนซินแอลโดสเตอโรนยังมีบทบาทในการรักษาสมดุลของเกลือแร่และน้ำในร่างกาย โดยแองจิโอเทนซิน 2 กระตุ้นแอดรีนอลคอร์เทกซ์ (Adren Cortex) ให้มีการหลั่งสอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ไต เป็นการเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

3. วาโซเพรสซิน (Vasopressin) โดยสอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone, ADH) เมื่อความดันโลหิตลดลงมากจากภาวะขาดน้ำหรือเสียเลือด จะมีการกระตุ้นระบบประสาทพิทูอิทารีส่วนหลัง (Posterior Pituitary Gland) ให้หลั่งเอ ดี เอช (ADH) ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดตีบตัวและเพิ่มการดูดกลับของน้ำที่ไตด้วยทำให้แรงดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

2.1.2.3 กลไกการปรับความดันโลหิตที่ต้องใช้เวลานาน ประกอบด้วยกลไกทางหลอดเลือดฝอยและกลไกทางไต ดังนี้

1. กลไกทางหลอดเลือดฝอย (Capillary Fluid Shift) เมื่อความดันเลือดเปลี่ยนแปลงจะมีผลต่อความดันในหลอดเลือดฝอยด้วย ถ้าความดันเลือดสูงค่าแรงดันไฮโดรสแตติก (Hydrostatic Pressure) ของหลอดเลือดฝอยก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้มีการกรองของเหลวออกจากหลอดเลือดมากขึ้น ปริมาตรเลือดก็จะลดลง ทำให้ความดันเลือดลดลง ในทางตรงข้าม เมื่อความดันเลือดลดลง ค่าแรงดันไฮโดรสแตติกของหลอดเลือดฝอยก็จะลดลง ทำให้ของเหลวถูกดูดกลับเข้ามาในหลอดเลือดฝอยเพิ่มขึ้นความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

2. กลไกทางไต (Renal Body Fluid Mechanism) เป็นการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซินและการออกฤทธิ์ของเอดีเอชรวมทั้งแอลโดสเตอโรน ทำให้การปรับระดับความดันเลือดสูงขึ้น ถ้าความดันเลือดสูงไตจะหลั่งฮิวแมนแฟคเตอร์ (Human Factor) คือ คาร์ลิกวินไคนิน (Kallikrein-Kinin) และโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins)

2.1.3 พยาธิสรีรวิทยาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (วิทยา ศรีดามา. 2550) ยังไม่ทราบกลไกการเกิดที่แน่นอน แต่ได้อธิบายไว้ดังนี้

1. Genetic Defect มีความผิดปกติของไตเองตั้งแต่กำเนิด ไม่สามารถขับเกลือและน้ำได้
2. Sympathetic Nervous System มี Overactivities เพิ่มการหลั่ง Adrenaline และ

Noradrenaline มากกว่าปกติ

3. Renin Angiotensin System ผู้ที่มีกลุ่มเรนินสูง มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูง

พยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูงไม่สามารถอธิบายกลไกใดกลไกหนึ่งได้ชัดเจน ต้องอธิบายตามแต่ละสาเหตุ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นความผิดปกติของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ตัวที่กำหนดระดับความดันโลหิต (Blood Pressure:BP) ที่สำคัญ คือ ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output: CO) และแรงต้านทานของหลอดเลือด (Peripheral Resistance: PR) ดังนี้ $BP = CO \times PR$ เมื่อมีการเพิ่มของ Cardiac Output และ Peripheral Resistance จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการที่ไตถูกทำลายหรือหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงไตตีบ จะกระตุ้น Renin Angiotensin Aldosterone System กล่าวคือ Renin Enzyme ที่สร้างจาก Juxtaglomerular Cells ในไตหลั่งออกมามากขึ้น ไปทำปฏิกิริยากับ Angiotensinogen ซึ่งสร้างจากตับ ให้เป็น Angiotensin I แล้ว Angiotensin Converting Enzyme จากปอดจะเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นตัวทำให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ Cardiac Output เพิ่มขึ้นด้วย และ angiotensin II ยังกระตุ้น Adrenal Gland ให้หลั่ง Aldosterone เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมและน้ำที่ไต เป็นการเพิ่มปริมาตรน้ำ ในร่างกายทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การที่มีความผิดปกติของ adrenal gland ในส่วนของ Adrenal Medulla หรือ มีการกระตุ้น Sympathetic Nervous System ทำให้มีการหลั่ง Epinephrine, Norepinephrine มีผลให้ Arteriole หดตัว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการที่มีความผิดปกติของ Adrenal Gland ในส่วนของ Adrenal Cortex มีผลให้ ACTH สูงขึ้น ทำให้มีการหลั่งของ Cortisol มากขึ้น เกิดการดูดกลับของ Na เพิ่ม Blood Volume และ Vasoconstriction ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

ความผิดปกติของระบบประสาท เมื่อมี Ischemia ของสมอง จะมีการกระตุ้น Pons และ Medulla ส่งกระแสประสาทไปที่ Sympathetic Nervous System ของ Spinal Cord และ Sympathetic Nerv ที่ไปยังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตจึงสูงขึ้นความดันโลหิตสูงอื่น ๆ ที่ควรทราบ ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูงที่พบในขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension) พบใน Trimester ที่ 1-2 ค่อย ๆ ลดลงเป็นปกติในระยะที่ 3 และหลังคลอดภายใน 10 วัน

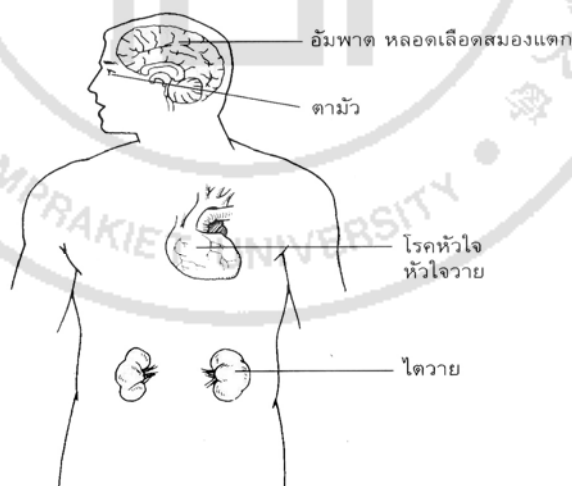
2. ความดันโลหิตสูงเฉพาะ Systolic คือ พบเฉพาะค่า Systolic สูงกว่า 140 mm.Hg. แต่ค่า Diastolic ปกติ พบในผู้ที่อายุเกิน 65 ปี ขึ้นไป

3. Accelerated (Malignant) Hypertension เป็นความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดย Diastolic สูงกว่า 120 mm.Hg. อยู่ยาวนานมีผลให้หลอดเลือดและอวัยวะที่เกี่ยวข้องถูกทำลาย ได้แก่ ไตเสีย

2.1.4 ภาวะและโรคแทรกซ้อนที่สำคัญของความดันโลหิตสูง (วิทยา ศรีดามา. 2550)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้หลายชนิด โดยขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) หรือ ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ที่ผิดปกติ ระยะเวลาที่เป็น การรักษาที่เหมาะสมที่ได้รับรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Risk Factor) อื่นที่มีร่วมด้วย โดยเฉพาะถ้าพบร่วมกับการสูบบุหรี่ ไขมันสูงและเบาหวาน จะยิ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ (ภาพที่ 1.1) (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2545)

ภาพที่ 1.1
โรคแทรกซ้อนที่สำคัญของความดันโลหิตสูง



2.1.4.1 หัวใจ การที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้หัวใจต้องบีบตัวต้านต่อความดันโลหิตที่สูง ผลตามมา คือ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัวให้มีความหนามากขึ้น เกิดภาวะการตีบของศูนย์กลางหัวใจห้องล่างด้านซ้าย (Concentric Left Ventricular Hypertrophy) ในระยะแรกนี้ ถ้าให้การรักษาที่เหมาะสม กล้ามเนื้อหัวใจที่หนาจะสามารถลดลงมาอยู่ในระดับปกติได้ กล้ามเนื้อ

หัวใจที่หนาขึ้นจะมีผลต่อการขยายตัวตามปกติของหัวใจทำงาน (Diastolic Function) ของหัวใจห้องล่างด้านซ้าย (Left Ventricle) ไม่เป็นปกติ ทำให้ความดันในหัวใจห้องบนซ้าย (Left Atrium) เพิ่มขึ้นและหัวใจห้องบนซ้าย (Left Atrium) ขยายตัวมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ (Atrial Arrhythmia) ตามมาได้ง่ายขึ้น ในกรณีที่กล้ามเนื้อหัวใจหนามาก ๆ อาจจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย (Diastolic Heart Failure) ได้ถ้ามีปัจจัยอื่นสนับสนุน และถ้าผู้ป่วยยังคงไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมหลุมช่องในร่างกายนด้านซ้าย (Left Ventricle Cavity) จะเพิ่มขึ้น ขอบเขตปริมาตรการขยายตัวตามปกติของหัวใจ (End Diastolic Volume) เพิ่มขึ้น ในระยะแรกหัวใจยังสามารถมีการบีบตัวของหัวใจทำงาน (Systolic Function) ที่ดี การตกผลึกเป็นชิ้นเล็กๆการขับออกมา (Ejection Fraction) หัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricle) จะยังไม่ลดลง แต่เมื่อหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricle) ยังคงขยายตัวเพิ่มขึ้นก็จะถึงจุดที่หัวใจไม่สามารถที่จะรักษาความสามารถในการทำงานของหน้าที่การบีบตัวของหัวใจช่องในร่างกายนด้านซ้าย (Left Ventricle Systolic Function) ได้ การตกผลึกเป็นชิ้นเล็กๆการขับออกมาช่องในร่างกายนด้านซ้าย (Left Ventricle Ejection Fraction) จะลดลงอย่างต่อเนื่องตามขนาดของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricle) ที่โตขึ้น และผนังของอวัยวะในร่างกายนหัวใจห้องล่างทางซ้าย (Left Ventricular Wall) ที่บางลง จนในที่สุดก็เกิดภาวะการบีบตัวของหัวใจล้มเหลว (Systolic Heart Failure) ตามมา ในกรณีที่พยาธิสภาพดำเนินมาถึงขั้นตอนนี้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถกลับไปสู่ภาวะปกติได้ แม้จะได้รับการรักษาควบคุมความดันโลหิตอย่างเต็มที่

ความดันโลหิตที่สูงจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้จากภาวะเร่งการสะสมไขมันที่หลอดเลือด (Accelerated Atherosclerosis) มีผลให้หลอดเลือดแดงใหญ่ที่หัวใจ (Coronary Artery) เกิดการตีบ เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) ตามมาในขณะที่ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left Ventricular Hypertrophy) ก็จะมีผลให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทั้งสองปัจจัยนี้จะนำไปอย่างต่อเนื่องและจะนำไปสู่โรคหัวใจโคโรนารีต่อไป ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) ได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งจะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในกรณีที่ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง (Accelerated Hypertension) หัวใจจะต้องปรับตัวรับกับท่อหรือหลอดเลือดซึ่งเป็นระบบอุปกรณต่อพ่วง (Peripheral Systemic Vascular Resistance) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถที่จะบีบตัวสู้กับความต้านทานที่เกิดขึ้นได้ก็จะทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างล้มเหลวจับพลัน (Acute Ventricular Failure) ได้ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินของความดันโลหิตสูง (Hypertensive Emergency) ที่จะทำการลดความดันโลหิตลงอย่างรวดเร็ว

2.1.4.2 สมอง ผลของการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะเป็นความผิดปกติที่มาจากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจนอุดตัน เกิดการเกิดเนื้อตายเนื่องจากขาดการไหลเวียนของโลหิต (Cerebral Infarction) หรืออาจเกิดเลือดออกในสมอง (Cerebral Hemorrhage) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นโลหิตแดงเล็กโป่งพอง (Microaneurysm) อยู่แล้ว การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างรวดเร็วและรุนแรงจะเป็นผลทำให้เกิดการแตกของเส้นโลหิตแดงเล็กโป่งพอง (Microaneurysm) ผลต่อระบบประสาทจะขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดการแตกและผลของความดันที่เพิ่มมากขึ้นในกะโหลกศีรษะ ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาจจะมีอาการโรคสมองเสื่อมจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Encephalopathy) ได้ ซึ่งจะเกิดในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมาก (Severe Hypertension) ร่วมกับความผิดปกติของระดับความรู้สึก ผู้ป่วยอาจจะสับสน เป็นลมชัก ชี้นหรือหมดสติได้ ตรวจร่างกายก็จะพบว่ามีลักษณะของความดันภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Pressure) สูง ตาตก (Retinopathy) ร่วมกับลิ้นบวม (Papilledema) บางครั้งอาจพบสัญลักษณ์ทางประสาทวิทยาที่สำคัญมาก (Focal Neurological Sign) ร่วมด้วยซึ่งต้องการการรักษาอย่างรวดเร็ว

2.1.4.3 ไต ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงฉีกขาด (Atherosclerotic Lesions) ที่ผลกระทบที่หลอดเลือดแดง (Efferent Arteriole) และเส้นโลหิตฝอยที่กรวยไต (Glomerular Capillary) ซึ่งจะทำให้เกิดการลดลงของกระบวนการกรองของกรวยไตทำหน้าที่ผิดปกติ (Glomerular Filtration Rate Tubular Dysfunction) รวมถึงความผิดปกติของ Glomerular ซึ่งจะทำให้เกิดการเสื่อมลงของไตจะทำให้เกิดปัญหาหัวใจวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure) ตามมา

2.1.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

จุดมุ่งหมายในการลดความดันโลหิตสูงก็เพื่อที่จะป้องกันการตายและพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และพยายามยืดชีวิตที่มีความสุขไปให้ชียาว ในบุคคลที่มีความดันโลหิตสูงนั้นจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวไม่เท่ากันทุกคน ผู้ชายจะมีโอกาสมากกว่าผู้หญิง คนอายุมากจะมีโอกาสมากกว่าคนอายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวานจะมีโอกาสมากกว่ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็น ดังนั้น จึงมีการแบ่งกลุ่มของผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยง และระดับของความดันโลหิตออกเป็นกลุ่มเพื่อที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมตามการแบ่งชั้นของปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของวิทยา ศรีดามา (2550)

Risk Stratification and Treatment of hypertension in Adults

| Blood pressure stage, มม.ปรอท | Risk group A* | Risk group B* | Risk group C* |
|--------------------------------------|--|---|--|
| High-normal 130-139/80-89 มม.ปรอท | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | รักษาโดยยา ถ้ามีภาวะหัวใจล้มเหลว, เบาหวาน, หรือไตวาย ร่วมกับปรับเปลี่ยน พฤติกรรม |
| Stage 1 140-159/90-99 มม.ปรอท | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นเวลาถึง 2 เดือน | ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถึง 6 เดือน พิจารณาตั้งแต่แรก ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง | รักษาโดยยา และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม |
| Stage 2 160-169/100-109 มม.ปรอท | รักษาโดยยา และปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม | รักษาโดยยา และปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม | รักษาโดยยา และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม |

* Risk group A – ไม่มีปัจจัยเสี่ยง, target organ damage, หรือ clinical cardiovascular disease

* Risk group B – อย่างน้อยมี 1 ปัจจัยเสี่ยง (ไม่มีร่วมเบาหวาน)

* Risk group C – มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัยเสี่ยง

จะเห็นว่าในการรักษานั้นจะเริ่มต้นที่การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) ก่อนที่จะให้ยาลดความดันโลหิต โดยที่มีจุดมุ่งหมายว่าถ้าสามารถคุมความดันโลหิตได้โดยไม่ต้องใช้ยา ก็จะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และการทำการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) นี้ก็ต้องทำควบคู่ไปกับการใช้ยาด้วย ในกลุ่มผู้ที่จำเป็นต้องได้รับยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมีลักษณะ ความดันโลหิตสูงที่เปลี่ยนแปลงเสมอ (Labile Hypertension) จะมีประโยชน์มากที่สุดก็คือการทำการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) จะต้องทำต่อเนื่องตลอดไป โดยจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนโดยทั่วไปจะประกอบด้วย

1. ลดความเครียด
2. การควบคุมอาหาร

3. การทำการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Aerobic Exercise) ที่สม่ำเสมอ
4. การลดน้ำหนักถ้าน้ำหนักเกิน
5. การคุมปัจจัยเสี่ยง (Risk Factor) อื่นๆ ที่จะมีส่วนทำให้เกิดไขมันในเส้นเลือด (Atherosclerosis)

หลังจากที่ได้ทำการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) อย่างต่อเนื่อง และเต็มที่แล้ว ความดันโลหิตจะสามารถลดลงได้แต่จะไม่มากนัก ดังนั้น จึงจะได้ผลเฉพาะผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตกลุ่มขั้นแรกของความดันโลหิตสูง (Mind Hypertension) ดังนั้น ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงขั้นที่ 2 (Stage 2 Hypertension) จึงสมควรที่จะเริ่มให้ยา รวมไปถึงด้วยการทำการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) ไปเลยเมื่อเริ่มการรักษาหลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) และการรักษาด้วยยา (Pharmacologic Treatment)

2.1.5.1 การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) มีการศึกษาวิจัยเพื่อหา รูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เป็นอย่างเรื้อรังหลายวิธี ซึ่งวิธีการส่วนใหญ่ที่ได้ผลดีมักเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลทุกด้านที่มีผลต่อความดันโลหิต ไม่เน้นให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องอาหารเพียงอย่างเดียว แต่ให้ความสำคัญการควบคุมปัจจัยด้านอื่นด้วย เช่น การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย ในการควบคุมน้ำหนักเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมดัชนีมวลของร่างกาย (Body Mass Index [BMI]) ให้อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 kg/m² มีการศึกษาพบว่า การลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัมของคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ 50-20 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII. 2003) ด้านการออกกำลังกาย มีรายงานการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที แต่ละสัปดาห์ให้ได้จำนวนวันมากที่สุด จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท

ด้านการจำกัดอาหารเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีการศึกษาวิจัยพบว่า การจำกัดการรับประทานเกลือประมาณ 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัม หรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Sack. 2001) นอกจากเกลือโซเดียมแล้ว โปตัสเซียมและแคลเซียมก็มีผลต่อระดับความดันโลหิตด้วย ดังที่สุพรชัย กองพัฒนากุล (2542) ได้รวบรวมผลการศึกษาเกลือที่มีผลต่อความดันโลหิตโดยสังเคราะห์งานวิจัย 19 เรื่อง พบว่าปริมาณการบริโภคโปตัสเซียมและแคลเซียมในแต่ละวันมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับระดับความดันโลหิต การให้โปตัสเซียมวันละ 60 มิลลิโมลสามารถลดความดันซิสโตลิกได้เฉลี่ย 8.2 มิลลิเมตรปรอทและลดความดันไดแอสโตลิกลงได้เฉลี่ย 4.5

มิลลิเมตรปรอท แต่การให้ไปดัสเซียมในผู้ป่วยความดันโลหิตเพียงเล็กน้อยหรือคนที่มีความดันโลหิตปกติจะได้ผลน้อยมากหรือไม่ได้ผลเลย

สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก การควบคุมปัจจัยหลายอย่างร่วมกันช่วยให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ วิมลนิจ สิงหะ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติ (คือ เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 1 และ 2 หรือมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่เกิน 1 ปี) โดยจัดกิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา ½ วันประกอบด้วย ขึ้นกำหนดเป้าหมายที่คาดหวังโดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเขียนความต้องการทางด้านสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตและสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับการร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา ½ วัน ประกอบด้วย ขึ้นความต่อเนื่องของการปฏิบัติสมาชิกจะประเมินสิ่งที่เคยประกาศไว้ตามสัญญาใจ ว่ามีเรื่องใดสามารถทำได้สำเร็จหรือไม่สำเร็จอย่างไร ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมการสร้างพลังมีผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน และมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ให้ความรู้ตามปกติ และกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

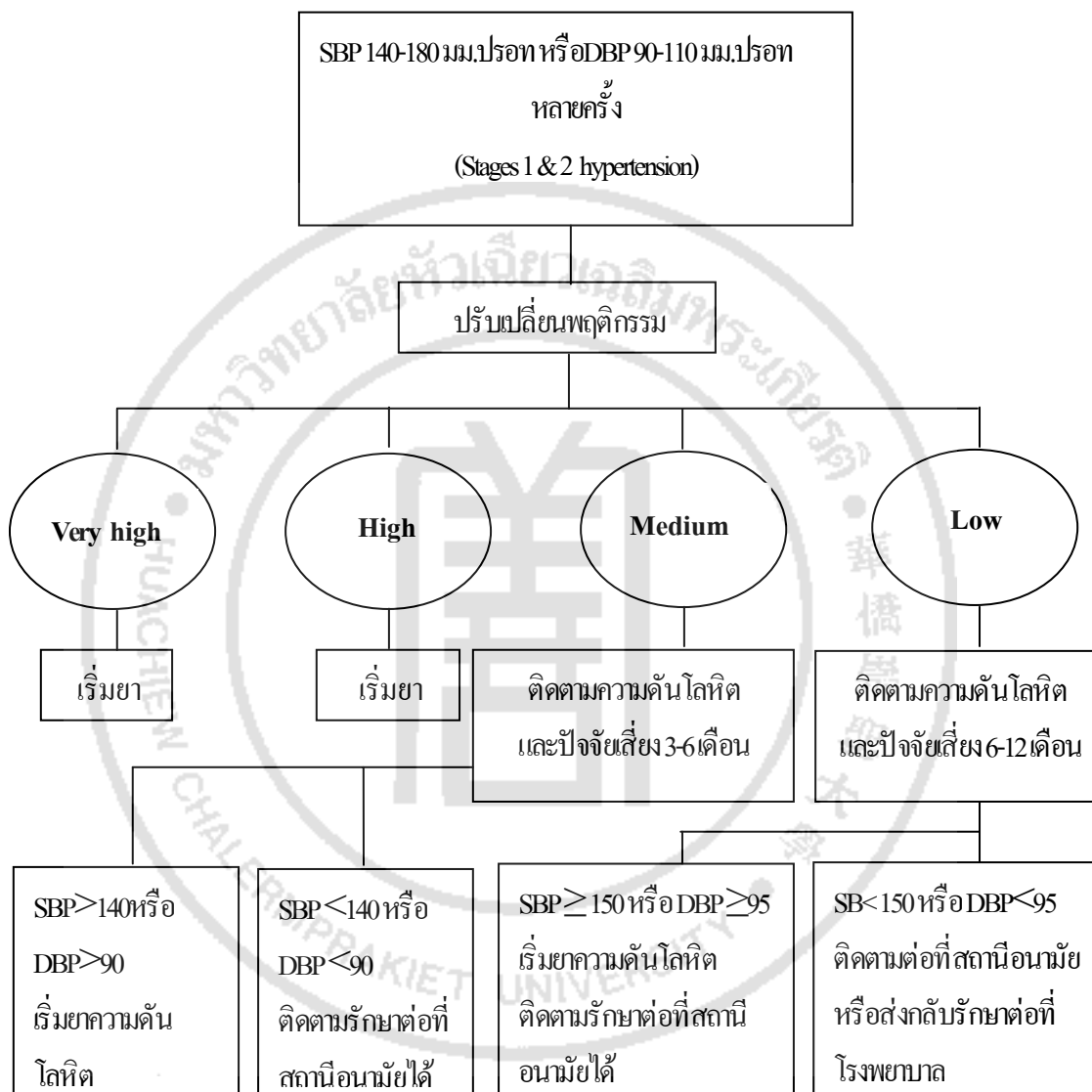
นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของนพรัตน์ เจริญกิจ (2549) ศึกษาผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลบ้านโป่ง (จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย) โดยการสุ่มกลุ่มทดลองให้เข้าร่วมการส่งเสริมการดูแลตนเองในกระบวนการกลุ่มโดยมีกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มและให้รู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงโดยพยาบาล ครั้งที่ 2 เป็นการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มกับโภชนาการ ครั้งที่ 3 เป็นการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มกับนักกายภาพบำบัด ครั้งที่ 3 เป็นการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มกับพยาบาลจิตเวช ผลการทดลองพบว่าภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การให้คำปรึกษาเพื่อควบคุมความดันโลหิตจึงควรพิจารณาวิธีการดำเนินชีวิตทุกด้าน รวมไปถึงกิจกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วย ดังเช่นการศึกษาของสร้อยจันทร์ พานทอง (2545) เกี่ยวกับผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย ผลการทดลองพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ นอกจากการควบคุมความดันโลหิตในด้านต่าง ๆ แล้วดังกล่าว ยังต้องคำนึงถึงรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งอาจใช้เทคนิคการจัดบริการแบบมีส่วนร่วมหรือเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้รับบริการ พบว่าการจัดบริการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต และตั้งเป้าหมายการปรับวิถีชีวิตตนเอง ตลอดจนร่วมวางแผนในการใช้ยา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเส้นเลือดของผู้ป่วยนอกที่เคยประสบความล้มเหลวในการควบคุมระดับความดันโลหิต (John and Others, 2003)

2.1.5.2 การรักษาด้วยยา การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยาสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ร้อยละ 35-40 ลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) ร้อยละ 20-25 และลดอัตราเกิดโรคหัวใจวายได้มากกว่าร้อยละ 50 (Neal, 2000) ยาที่ใช้ได้ผลดีในการลดความดันโลหิตมีหลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะชนิดไทอะไซด์ (Thiazide-Type Diuretics) เช่น Hydrochlorothiazide (Hctz) , Chlorothiazide (Diuril) กลุ่มยาด้าน ACE (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) เช่น Enalapril , Ramipril กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า (Beta-Blockers) เช่น Propanolol, Atenolol โดยยาพื้นฐานตัวแรกที่ถูกเลือกใช้ในการลดความดันโลหิต คือ ยาขับปัสสาวะชนิดไทอะไซด์ เมื่อเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตควรนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำทุกเดือน จนค่าความดันโลหิตเป็นไปตามเป้าหมาย ยกเว้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 2 หรือมีโรคอื่นร่วมด้วย มักให้ยากลับอื่นร่วมกับไทอะไซด์ และจำเป็นต้องนัดบ่อยกว่า 1 เดือน โดยมีการตรวจระดับโปตัสเซียม และครีเอตินินปีละ 1-2 ครั้ง จนกระทั่งสามารถควบคุมความดันโลหิตได้คงที่ตามเป้าหมายแล้วจึงนัดทุก 3-6 เดือน (JNC VII, 2003) ดังแผนภูมิที่ 2.1 (วิทยา ศรีดามา, 2550)

แผนภูมิที่ 2.1

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วิทยา ศรีดามา. 2550)



2.1.6 การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติตัวที่ดีถือเป็นหัวใจของการรักษาโรคนี้ โดยต้องควบคู่กับการใช้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งการปฏิบัติตัวที่สำคัญและจำเป็นประกอบด้วย

2.1.6.1 การจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคไม่เกินวันละ 2.4 กรัม (เทียบเท่าเกลือแกงหรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัมหรือ 1 ช้อนชา) โดยงดรับประทานอาหารเค็ม (เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม น้ำพริก กะปิ ปลาร้า หน่าเลียบ ผักดองเกลือ) ลดอาหารที่ใส่ผงชูรสหรืออาหารที่ใส่ผงฟู

(เช่น ขนมนึ่ง ขนมน้ำจืด) หรือใส่สารกันบูด ยาชาตุน้ำแดง ยาเม็ดโซดาไมนด์ เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีเกลือโซเดียมสูง ควรรับประทานอาหารที่มีรสจืด (ใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสที่มีรสเค็มให้น้อยที่สุด) หลีกเลี่ยงการจมน้ำจืดหรือซอสที่รสเค็ม เวลาบริโภคอาหารกระป๋องหรืออาหารสำเร็จรูปควรเลือกชนิดที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ (ซึ่งสังเกตได้จากฉลากบนผลิตภัณฑ์) ทั้งนี้เนื่องจากการบริโภคเกลือโซเดียมจะทำให้ความดันโลหิตสูงและต้องได้รับการรักษาได้

2.1.6.2 การลดน้ำหนักกรณีอ้วน โดยการลดอาหารพวกไขมันชนิดอิ่มตัว (เช่น อาหารมันของผัด ของทอด ของใส่กะทิ ขาหมู หมู 3 ชั้น) และอาหารพวกแป้งและน้ำตาล (เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว เผือก มัน เครื่องดื่ม ของหวาน ผลไม้หวาน) และควรรับประทานผักผลไม้ (ที่ไม่หวาน) ให้มากขึ้น

2.1.6.3 การงดเหล้า หรือจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกินวันละ 30 มิลลิลิตร เพราะอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผล และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

2.1.6.4 การงดสูบบุหรี่ เพราะอาจเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจขาดเลือด อัมพาตได้มากขึ้น

2.1.6.5 การออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เล่นกีฬา เป็นต้น ควรเริ่มแต่น้อยก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่าออกกำลังกายที่ต้องมีการเบ่ง (เช่น ยกน้ำหนัก วิดพื้น) การออกกำลังกาย การเดินรำ การเล่นดนตรี การร้องเพลง หรือการทำงานอดิเรกให้เกิดความเพลิดเพลิน ก็เป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ดีเช่นกัน การคลายเครียดมีส่วนช่วยลดความดันโลหิตได้

2.1.6.6 การทำจิตใจให้สงบ หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น หรือเครียด ควรทำสมาธิ บริหารจิต หรือสวดมนต์ภาวนาตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ เพื่อคลายความวิตกกังวล ร้อน และทำให้จิตสงบเยือกเย็น

2.1.6.7 การหลีกเลี่ยงยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน โดยใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่น เช่น ใช้ถุงยางอนามัย ใส่ห่วง ทำหมัน เป็นต้น

การปฏิบัติตัวดังกล่าวอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องมีส่วนช่วยในการควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย ถ้าปฏิบัติตัวได้ดี ความดันโลหิตอาจลดโดยไม่ต้องใช้ยารักษาก็ได้หรือไม่ก็ช่วยลดขนาดของยาที่ใช้ลงได้ (สุรเกียรติ์ อาษานานภาพ. 2545)

2.2 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีขอบเขตการบริการสุขภาพครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพดี ในชุมชนลักษณะต่าง ๆ มุ่งการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วยกลุ่มที่ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลในระยะยาวเป็นส่วนใหญ่ โดยมีหน้าที่ประสานกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับ ให้การบริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพป้องกัน ควบคุมโรคการรักษาและฟื้นฟูสภาพ วนิคาคุรงค์ฤทธิชัย (2549) ได้อธิบายบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไว้ว่าเป็นการให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการสร้างเสริมวิถีชีวิตที่เป็นไปเพื่อการมีสุขภาพดี เนื่องจากแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและปริมาณผู้สูงอายุในสังคม รวมไปถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นพร้อมกับอาการเจ็บป่วยที่ยังมีอยู่ เป็นผลให้ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของบุคคล ครอบครัวและชุมชนมีมากขึ้น พยาบาลจึงต้องสร้างเจตจำนงของการประสานเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของบริการสุขภาพแต่ละระดับและเชื่อมโยงบริการสุขภาพเข้ากับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประสานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ การเชื่อมต่อการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคมสงเคราะห์และบริการสังคมอื่น ๆ รวมทั้งต้องดูแลผู้ใช้บริการแบบเชื่อมโยงมิติของความเป็น “คน” ที่ประกอบไปด้วยมิติทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมรวมถึงจิตวิญญาณ ซึ่งจะบรรลุได้ก็ต่อเมื่อเกิดบรรยากาศของความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างพยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ใช้บริการและชุมชน

แม้ว่าบทบาทเชิงเวชปฏิบัติของพยาบาลจะได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความก้าวหน้าของวิชาชีพ รวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้ใช้บริการตามการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม พบว่ามีปัญหาอุปสรรคหลายประการในการที่จะทำให้เป้าหมายการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการบรรลุได้ไม่ว่าจะเป็นความไม่ชัดเจนในบันไดวิชาชีพ ความไม่ชัดเจนในการทำงานระหว่างบทบาทพยาบาลทั่วไปและพยาบาลเวชปฏิบัติ การที่จะทำให้บรรลุบทบาทเชิงเวชปฏิบัติภายใต้อุปสรรคจากภาระงานตามปกติและความไม่ชัดเจนระหว่างการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลต้องพัฒนาบทบาทนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาบทบาทดังกล่าวยังช่วยให้การป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นซึ่งมีแนวทางที่สามารถนำมาใช้ได้ดังนี้

1. การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้รับบริการให้เกิดผลเชิงปฏิบัติมากที่สุดภายใต้การคำนึงถึงความคุ้มค่า คุ้มทุนของการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งนำต้นทุนการให้บริการสุขภาพมาเป็นดัชนีในการประเมินผลการให้บริการสุขภาพ

2. การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานแบบเน้นการจัดการผู้รับบริการเฉพาะราย (Managed Care) โดยอาศัยการทำงานแบบเครือข่ายสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การดูแลสุขภาพที่บ้านและกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรับผิดชอบสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

3. การใช้ทักษะของการให้เหตุผลทางคลินิก การใช้เทคโนโลยีสุขภาพขั้นสูงและการปฏิบัติพยาบาลตามขั้นตอนการรักษาที่มีความซับซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นที่สุดและกลับไปดูแลตนเองให้มากที่สุด ประกอบกับความก้าวหน้าของความรู้ทางวิชาชีพ ความทันสมัยของเทคโนโลยี ส่งผลให้มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งพยาบาลจะปฏิบัติเช่นนี้ได้ก็ต่อเมื่อมีความรู้ทางพยาธิวิทยา เกษษวิทยา กายวิภาคศาสตร์ ชีววิทยา แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนรวมทั้งความรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศแล้วนำมาออกแบบเป็นแนวปฏิบัติพยาบาลหรือสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่ครอบคลุมวิธีการดูแลตนเองของผู้รับบริการประเภทต่างๆ

4. การปฏิบัติพยาบาลที่เน้นการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้น (Outcome-Based Practice) หรือเป็นการปฏิบัติพยาบาลบนประจักษ์หลักฐาน (Evidence-Based Practice) ซึ่งปัจจุบันผู้ใช้บริการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากตนเองต้องลงทุนดูแลสุขภาพด้วยค่าใช้จ่ายที่สูง พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพที่ผู้ใช้บริการจะได้รับให้มากที่สุดและชัดเจนที่สุด ซึ่งเมื่อผู้รับบริการมีความต้องการที่จะทราบถึงผลลัพธ์บริการที่จะเกิดขึ้นเช่นนี้แล้วก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้นเช่นกัน

5. การแสดงบทบาทของผู้นำในการสร้างและใช้แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ด้วยการให้ความสำคัญกับแนวคิดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพ (Patient - Centered Care) การดูแลต่อเนื่อง การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพแล้วนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติที่สามารถดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการแบบผสมผสานและจัดการสุขภาพเฉพาะโรคได้ ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการได้อย่างเป็นองค์รวมและส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการเกิดการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

6. การพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและการจัดการสุขภาพอย่างกลมกลืน รวมทั้งลดอุบัติเหตุและความชุกสูงของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้นด้วยการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการโน้มน้าวให้ผู้ใช้บริการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของตนเอง

7. การปฏิบัติงานแบบหุ้นส่วนสุขภาพกับผู้ร่วมวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ ในชุมชน บนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะเพื่อแสดงให้เห็นความสามารถในการประสาน ประโยชน์และความสามารถในการสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนในการพึ่งพาตนเอง ด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการประเด็นสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนใน ชุมชน รวมทั้งโน้มน้าวให้ผู้มีอำนาจในชุมชนตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ทุกระดับอย่างชัดเจน

ดังนั้น ในการป้องกันและควบคุมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ให้เกิดความดันสูงเกินระดับ 1 ในชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำเป็นจะต้องมีบทบาทส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ ให้เกิดผลเชิงปฏิบัติมากที่สุด ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการรับผิดชอบสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง การ ปฏิบัติพยาบาลที่เน้นการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้น (Outcome-Based Practice) หรือเป็นการปฏิบัติพยาบาลบนประจักษ์หลักฐาน (Evidence - Based Best Practice) การ แสดงบทบาทของผู้ดำเนินการสร้างและใช้แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะ โรคเรื้อรัง ด้วยการให้ความสำคัญกับแนวคิดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพ (Patient - Centered Care) การดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิการปฏิบัติงานแบบ หุ้นส่วนสุขภาพกับผู้ร่วมวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

2.3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

การดูแลตนเอง (Self-Care) ตามแนวคิดของโอเรม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) เป็นการ ปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างมีเป้าหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุก ในชีวิต การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งเสริมให้มีโครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด การกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายเป็นกระบวนการกระทำด้วยความตั้งใจหรือเจตนาที่จะให้บรรลุผลหรือเป้าหมายตามที่ต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพิจารณาตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ เป็นระยะการวินิจฉัยวิเคราะห์เพื่อให้ เข้าใจ และตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์ว่า จะทำอะไรและจะไม่ทำอะไร สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ อย่างไร รวมทั้งการตัดสินใจผลลัพธ์ของการกระทำนั้นเป็นอย่างไร บุคคลที่สามารถจะปฏิบัติดูแล ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่า สิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการณนั้น ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยการกระทำนั้น ๆ ว่า

เหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นมีประสิทธิภาพและสถานะการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกต และมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 การกระทำและผลของการกระทำ โดยเริ่มจากการตัดสินใจว่าจะทำอะไร วางแผนทำอย่างไร จากนั้นลงมือกระทำ จนสิ้นสุดการกระทำและผลการกระทำที่บรรลุเป้าหมายหรือไม่บรรลุเป้าหมาย (Orem. 1995 : 164) สิ่งสำคัญของการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม เชื่อว่า มนุษย์มีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care Agency) และกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self Care Demand) โดยอธิบายความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care Agency) และความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care Agency) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนี้เป็นคุณสมบัติเฉพาะของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ทั้งของบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและสามารถเลือกกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โอเรมเชื่อว่าบุคคลทุกคนมีความสามารถในการคิด มีเหตุผลในการไตร่ตรอง และสามารถกระทำการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผน มีความตั้งใจในการกระทำ โดยความสามารถของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ของแต่ละบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components) และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self Care Operations) โดยเรียงลำดับดังแสดงในภาพที่ 2.1 (Orem. 1995)

ภาพที่ 2.1

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)



1.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่กระทำอย่างจงใจ ได้แก่

1.1.1 ทักษะการเรียนรู้ เช่น ความสามารถในการทำตามหรือเลียนแบบ ความสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา

1.1.2 การรับรู้ เช่น ความสามารถรับรู้ต่อสิ่งที่มองเห็น การรับรู้ในสถานะที่เป็นอยู่

1.1.3 ความตั้งใจและสนใจ

1.1.4 ความสามารถในการจำ เช่น จำได้ทันทีทันใด หรือความจำในอดีต

1.1.5 ความรู้ความเข้าใจ เช่น การรู้เวลา สถานที่

1.1.6 ความเข้าใจในตนเอง ตระหนักในสถานะของตนเอง

1.1.7 ความห่วงใย เอาใจใส่ต่อตนเอง

1.1.8 การยอมรับตนเองตามสภาพความเป็นจริง การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.1.9 นิัยส่วนตัวและความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง

1.2 พลังความสามารถ (Power Components) พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ ประกอบด้วย 10 ประการ

1.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองและสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ความสามารถในการสังเกตอาการของตนเอง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย

1.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายเพื่อการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหวของร่างกายได้

1.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

1.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

1.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ

1.2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้

1.2.8 มีทักษะในการจัดการ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

1.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

1.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

1.3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self Care Operations) เป็นความสามารถที่บุคคลแสดงการกระทำการดูแลตนเองอย่างจริงจังตามพลังความสามารถ 10 ประการ โดยแสดงให้เห็นถึงการคิด การตัดสินใจ สภาวะทางอารมณ์ และสมรรถนะทางกาย

ความต้องการการดูแลตนเอง (Self-Care Demand) โอเรมแบ่งความต้องการการดูแลตนเองเป็น 3 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2546 : 12-17)

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self - Care Requisites) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ในโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของบุคคล ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย ได้แก่ การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการ

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self - Care Requisites) เป็นความต้องการดูแลอันเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ตลอดวงจรชีวิต

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health-Deviation Self - Care Requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วย บาดเจ็บ ความพิการหรือได้รับการ

ตรวจวินิจฉัยและรักษา ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม การปฏิบัติเพื่อการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ การให้ความสนใจรับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของตนเอง การ ปรับอัตร โนทส์และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพและสภาวะที่เป็นอยู่อย่างปกติสุข

การดูแลตนเองที่จำเป็นเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการพิจารณาและกำหนดกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคล ผู้ที่มีความเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งอาจจะช่วยควบคุมพยาธิสภาพในระยะแรกและป้องกัน ความพิการที่จะเกิดขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ต้องการการสนองตอบการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองตามพัฒนาการ เพราะจะช่วยส่งเสริมให้มีความสมบูรณ์ในโครงสร้างและหน้าที่ การทำงานของร่างกาย เมื่อความต้องการการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านได้รับการสนองอย่างมี ประสิทธิภาพแล้วจะทำให้เกิดผลแก่บุคคลได้รับในสิ่งต่อไปนี้คือ 1) สนับสนุนการให้มีชีวิตอยู่รอด 2) ความปกติในโครงสร้างและหน้าที่ 3) สนับสนุนพัฒนาศักยภาพของบุคคล 4) ป้องกันการ บาดเจ็บและพยาธิสภาพ 5) ส่งเสริมให้มีการควบคุมผลกระทบจากการบาดเจ็บและพยาธิสภาพ 6) ส่งเสริมต่อการรักษาหรือควบคุมพยาธิสภาพและ 7) ส่งเสริมความผาสุก (Orem, 1995: 109) ดังนั้น ถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 3 อย่างมีประสิทธิภาพจะ ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้นั้นต้องมีพลังหรือ ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ถ้าบุคคลไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ พยาบาลจะ มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ซึ่งระบบพยาบาลอาจต้องช่วยเหลือ ผู้รับบริการทุกด้าน หรือช่วยเหลือบางส่วน หรือให้การสนับสนุน ขึ้นอยู่กับพลังความสามารถ และ ความต้องการของผู้รับบริการ โอเรมแบ่งระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1) ระบบทดแทนทั้งหมด เป็นการกระทำแทน (Doing for) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถ กระทำกิจกรรมด้วยตนเองได้

2) ระบบทดแทนบางส่วน ระบบนี้ผู้รับบริการและพยาบาลร่วมรับผิดชอบตอบสนองตอบ ความต้องการการดูแลตนเอง และพยาบาลให้การชี้แนะ (Guiding Another) เพื่อการตัดสินใจเลือก ของ ผู้รับบริการภายใต้การแนะนำและตรวจตราของพยาบาล

3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน ระบบนี้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะกำหนดความ ต้องการของตนเอง และกระทำการดูแลตนเองโดยพยาบาลให้การสนับสนุน (Supporting Another) การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมและดูแลตนเอง คิดถึงสถานการณ์และตัดสินใจได้ (Orem, 1995: 14-20)

2.3.2 การดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนสามารถเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการของตนเอง และกระทำการดูแลตนเองได้ พยาบาลจะใช้ระบบสนับสนุน ให้ความรู้ ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ทั้งด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ เพื่อดำรงโครงสร้างหน้าที่การทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสู่ระดับปกติและป้องกันความรุนแรงของโรคได้

2.3.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปให้สอดคล้องกับกระบวนการควบคุมความดันโลหิต โดยมีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังนี้

1. การรับประทานอาหารและน้ำที่เพียงพอ (Maintain Sufficient Food and Water) อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ดังนั้นเพื่อให้ได้ผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ 5 หมู่ อย่างเพียงพอในแต่ละวัน โดยมีการปรับเปลี่ยนปริมาณการรับประทานอาหารบางอย่างให้เหมาะสมกับวัยและพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ อาหารที่มีไขมันน้อย จำกัดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลในรายที่อ้วน รับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้น และดื่มน้ำอย่างเพียงพอคือ 100 ซีซี ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในแต่ละวันผู้ใหญ่เพศชายควรดื่มน้ำวันละ 2,900 ซีซี หรือ 12 แก้ว ในเพศหญิงควรดื่มน้ำวันละ 2,200 ซีซี หรือ 9 แก้ว และในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรดื่มน้ำก่อนออกกำลังกาย 1-2 แก้ว และหลังการออกกำลังกายควรดื่มน้ำอย่างน้อย 2 แก้ว (Kleiner. 1999: 200)

2. การปฏิบัติตนเพื่อให้มีการขับถ่ายตามปกติ (Maintain Elimination Process) ปัญหาท้องผูกไม่มีผลดีต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เพราะการออกแรงเบ่งมาก ๆ เป็นการออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนไหวที่ (Isometric Exercise) กล้ามเนื้อตึงตัวมาก เป็นสาเหตุทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งตัวบนและตัวล่าง (Gavras. 1983: 108)

3. การทำกิจกรรมและการพักผ่อน (Physical Activity and Rest) บุคคลจำเป็นต้องคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ทั้งนี้เพราะการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการออกกำลังกายซึ่งต้องใช้พลังงานและสร้างความอ่อนล้าให้แก่ร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอจะช่วยซ่อมแซม สร้างเสริมพลังงานและกระบวนการต่างๆ ของร่างกายขึ้นมาใหม่ และเตรียมพร้อมที่จะทำกิจกรรมต่อไป

4. การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น (Social Interaction) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพัฒนาการ (Developmental Processes) การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิด

วัฒนธรรมและสังคมซึ่งกันและกัน และได้รับสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต การเจริญเติบโตและ พัฒนาการ ในขณะที่การอยู่คนเดียวทำให้บุคคลนั้นได้รับสิ่งเร้าทางสังคมลดลงหรือไม่ได้รับการ สะท้อนคิดพิจารณาจากบุคคลอื่น (Orem, 1995: 192) ดังนั้นการดำรงสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคล ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อสร้างความมั่นคงทางสังคม การพูดคุยและ พบปะกับครอบครัวและเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ในการควบคุมความดันโลหิตซึ่งจะนำไปสู่การ ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (Avoiding Risk Factors) บุคคลต้องดูแลตนเองในการป้องกัน อันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง โดยกำจัดสิ่งที่เป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือ ปกป้องตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายถ้าไม่สามารถกำจัดอันตรายนั้นๆ ได้ (Orem, 1995) ผู้ที่มีความดัน โลหิตสูงจำเป็นต้องป้องกันอันตรายที่เกิดจากการคุกคามของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากความดัน โลหิตสูง โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ งดดื่ม ชา กาแฟ สุรา และงดสูบบุหรี่

2.3.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

1. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่อยู่ในวัยกลางคนอายุประมาณ 45 – 50 ปี บุคคลต้องประกอบ อาชีพ หาเลี้ยงครอบครัว มีสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน เพื่อนฝูง เครือญาติ ผู้ที่มีบุตรจะเป็นระยะที่บุตร คนแรกเริ่มออกไปประกอบอาชีพ หรือสร้างครอบครัวใหม่ วัยกลางคนจึงต้องปรับตัวหลายด้าน ทั้งด้านการทำงาน การวางแผนการใช้จ่ายในครอบครัว การรักษาสัมพันธภาพภายในครอบครัว และ ในสังคม ตลอดจนการค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิต

2. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ หรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำเป็นต้องปฏิบัติพัฒนา กิจตามวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของชีวิต ตามที่วรรณนิภา (2550) กล่าวว่าผู้สูงอายุต้องปรับตัวต่อ ภาวะการหลายด้าน ได้แก่ การมีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง การเกษียณอายุ การมีรายได้ลดลง การ สูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลอันเป็นที่รัก และปรับบทบาททางสังคม จากสภาวะการณ์ในช่วงวัย กลางคน และวัยสูงอายุดังกล่าว ก่อให้เกิดความเครียดที่ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น บุคคลในวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับ 1 จึงต้องมีการดูแลตนเองที่จำเป็น ตามระยะพัฒนาการที่เน้นการจัดการความเครียดจากการปรับตัวกับเครือญาติ สัมพันธภาพกับ ลูกหลาน และความเครียดจากการประกอบอาชีพ ตลอดจนภาระที่ต้องดูแลรับผิดชอบลูกหลานใน ครอบครัว หากวัยกลางคนและวัยสูงอายุมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมตามวัยจะทำให้มีสุขภาพที่ดี และลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.3.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน

ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติถือว่าภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน จำเป็นต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ โดยมีการติดตามและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ดังนี้

1. การติดตามและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับ 1 จะเกิดการรับรู้ว่าคุณชีวิตมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีการดูแลตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและรักษาชีวิต ซึ่งควรตรวจวัดความดันโลหิตเป็นระยะๆ และสอบถามค่าความดันโลหิตของตนเองเพื่อทราบความก้าวหน้าของโรคและผลการรักษา รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจจะแสดงถึงการกำเริบของโรคหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น มีการปัสสาวะบ่อย แขนขาอ่อนแรง ตาพร่ามัว เจ็บหน้าอก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ดำเนินไปตามวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ในบางช่วงเวลาสามารถควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติได้ แต่ในบางระยะอาจมีอาการเลวลง ไม่คงที่แน่นอนหรืออาจมีอาการกำเริบรุนแรงทำให้เสียชีวิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อติดตามประเมินอาการ และควรแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาหาร หากมีอาการกำเริบหรืออาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นควรขอคำปรึกษาแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพหรือมารับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติดังกล่าวโดยเร็ว จากการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพในผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงของประสพสุข ศรีแสนปางและคณะ (2546) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกใช้วิธีการรักษาตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ รอสังเกตอาการ และมีส่วนน้อยที่ตัดสินใจไปรับการรักษาทันที การที่ผู้ป่วยเลือกการรักษาตนเองมากที่สุด เพราะรับรู้ความรุนแรงของโรคค่อนข้างต่ำและสามารถบรรเทาอาการได้ด้วยตนเองตามประสบการณ์ที่เคยรับรู้มาทั้งจากตนเองและจากการปรึกษากับบุคคลรอบข้าง ดังนั้นจึงเป็นงานสำคัญสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในระยะแรกมีการดูแลตนเอง โดยสามารถประเมินสภาพและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ตลอดจนแสวงหาข้อมูลข่าวสารและแหล่งบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งการช่วยเหลือให้การสนับสนุนการดูแลตนเองแก่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงสามารถช่วยให้การควบคุมความดันโลหิตได้ผลดี ดังรายงานการวิจัยของ ทัศนีย์ เกริกกุลธร (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มสตรีอายุ 60-70 ปี ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่บ้านตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง 5 ขั้นตอน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและคะแนนการปฏิบัติ กิจกรรม การดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.2.4 การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต มีรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ให้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ดังนี้

การออกกำลังกาย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนที่ (Isometric Exercise) เพราะทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวมาก เป็นสาเหตุทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร่วมกับมีความดันโลหิตสูงขึ้น ทั้งความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกและถ้าเป็นเช่นนั้นาน ๆ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต ซึ่งตรงข้ามกับการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ (Isotonic Exercise) ทำให้ความต้องการออกซิเจนมากขึ้น เป็นการเพิ่มความสามารถของการทำงานของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงและความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงขึ้นจริง แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเกือบไม่เปลี่ยนแปลง จึงควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนที่ เช่น นุด ดิ่ง แบก และยกของหนัก (Gavras & Gavras. 1983) สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90 ถึง 105 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ควรงดกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับสูง (High Intensity Activity) และงดการออกกำลังกายชนิดไม่เคลื่อนไหว (High Static Activity) จนกว่าจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ผู้ที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 110 - 115 มิลลิเมตรปรอท ควรงดการออกกำลังกายจนกว่าจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (Krikkulthorn T. 2001)

การรับประทานอาหาร มีการศึกษาวิจัยพบว่า การจำกัดการรับประทานเกลือโดยหลีกเลี่ยงหรือควบคุมอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงได้ (Sack. 2001) นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียมสูง เช่น น้ำส้มคั้น กล้วยหอม นมสด สามารถทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวทำให้คลอเลสเตอรอลในเลือดสูงและหลอดเลือดแข็ง การควบคุมระดับความดันโลหิตควรลดอาหารประจำวันที่มีคลอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ขาหมู ไข่แดง ตับ สำหรับอาหารที่มีเส้นใยสูง (Fiber) มีการศึกษาพบว่า การกินอาหารมีเส้นใย น้อยกว่า 12 กรัมต่อวันจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูง 1.57 เท่า เมื่อเทียบกับการกินอาหารมีเส้นใยมากกว่า 25 กรัมต่อวัน อาหารที่มีปริมาณเส้นใยสูง ได้แก่ ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วเหลือง งาขาว เป็นต้น

การบริโภคสุรา บุหรี่ และเครื่องดื่มที่มี คาเฟอีน การดื่มอัลกอฮอล์มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างต่อเนื่องกับระดับความดันโลหิต ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพศชายที่ดื่มอัลกอฮอล์ ควร

ได้รับคำแนะนำให้จำกัดการดื่มสุราในแต่ละวันไม่เกิน 30 ซีซี เบียร์ไม่เกิน 720 ซีซี ไวน์ไม่เกิน 300 ซีซี และวิสกี้ไม่เกิน 90 ซีซี สำหรับเพศหญิงหรือคนที่มีรูปร่างเล็ก ควรจำกัดในปริมาณที่ต่ำกว่าปริมาณที่จำกัดในเพศชายครึ่งหนึ่ง (JNC VII. 2003) สำหรับการสูบบุหรี่ จากการศึกษาของ แมคโดนัลด์ โจน และซาวัตสกี (McDonald & Sawatzky. 1988) พบว่า การไม่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผู้ที่สูบบุหรี่จึงควรได้รับคำแนะนำให้งดบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นวิธีการเดียวที่ได้ผลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคแทรกซ้อนอื่น (WHO. 1998) นอกจากนี้บุหรี่และสุราแล้ว เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก็มีผลต่อระดับความดันโลหิตด้วย ดังผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองที่ดื่มกาแฟประมาณ 5 ถ้วยต่อวัน เป็นระยะเวลาประมาณ 56 วัน ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 2.4 และ 1.2 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ดังนั้นการจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ยังคงมีผลดีต่อการลดระดับความดันโลหิต

การผ่อนคลายความเครียด มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่แสดงให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตที่ผ่อนคลายส่งผลดีในการควบคุมความดันโลหิต เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความดันโลหิตพบว่า ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมศาสนามาก เช่น การสวดมนต์หรืออ่านคัมภีร์บ่อยๆ มีแนวโน้มที่จะมีความดันโลหิตลดลงมากกว่าผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา น้อย นอกจากนี้การฝึกสมาธิแบบอาณานิบัติแบบผ่อนคลายเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ความเครียดลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงภายหลังการฝึกสมาธิ 8 สัปดาห์ (นพรัตน์ เจริญกิจ. 2549)

2.4 การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการกลุ่ม

โดยธรรมชาติมนุษย์จะชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่มเริ่มตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน ผู้ร่วมงาน เพื่อน และสังคม การรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่างๆนั้นแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยสมาชิก และสมาชิกแต่ละคนก็ย่อมมีบทบาทของตนต่อกลุ่มแตกต่างกันไปเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ขั้นตอนในการทำงานเป็นกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่รวมประสบการณ์ของบุคคลหลายฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ เกิดการปฏิสัมพันธ์ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มจะช่วยให้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่นำพาเอาใจร่วมกัน แต่ละคนมีโอกาสดแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกันได้อย่างดี ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ มีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตน มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้แนวคิดเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่ประสบอยู่ หรือเพื่อปรับปรุงตนเองให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมี

ความสุข ผลที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มคือได้ทั้งความรู้ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความรู้ลึกในด้านต่าง ๆ จากการเรียนรู้สภาพความเป็นไปของบุคคลและกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ในแง่มุมต่าง ๆ มีโอกาสได้พัฒนาด้านอารมณ์และสังคมอย่างเต็มที่ (รุ่งรวรรณ พันธจักร. 2548)

2.4.1 ความสำคัญของกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ผู้เรียนแต่ละกลุ่มจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีแรงจูงใจ ร่วมกันในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยที่แต่ละคนในกลุ่มมีอิทธิพลต่อกันและกัน การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในระยะแรกเป็นไปเพื่อการฝึกทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ การพัฒนาบุคลิกภาพ การให้คำปรึกษาและแนะแนว หลักการสำคัญของกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ ผู้เรียนจะต้องเรียนรู้ จากกลุ่มให้มากที่สุด โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ และการสร้างสรรค์ความรู้โดยกลุ่ม

2.4.1.1 เกม เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เล่น มีกฎกติกาไม่สลับซับซ้อน จึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนานในการเรียน ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ ฝึกความมีน้ำใจเป็นนักกีฬา

2.4.1.2 บทบาทสมมติ กลุ่มผู้เรียนจะต้องแบ่งบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่สมมติขึ้น เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ที่ดี เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง

2.4.1.3 กรณีตัวอย่าง เป็นการเรียนจากรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นสถานการณ์ที่เหมือนจริง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ อภิปราย เพื่อฝึกฝนการแก้ปัญหา

2.4.1.4 การอภิปรายกลุ่ม เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นที่กลุ่มสนใจร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มอาจมี สมาชิกประมาณ 6-12 คน โดยมีผู้ดำเนินการอภิปราย สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย การอภิปรายทำได้หลายลักษณะ ผู้สอนจะต้องเลือกตามความเหมาะสม (พฤกษ์มงคล วงศ์ลังกา. 2547)

2.4.2 การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

การให้ความรู้และคำแนะนำทั้งวิธีการให้ความรู้โดยตรงและการเผยแพร่เอกสารต่าง ๆ ยังไม่เพียงพอ ดังที่พบว่าพรัดน์ เจริญกิจ (2549) ศึกษาผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลบ้านโป่ง (จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย) โดยการสุ่มกลุ่มทดลองให้เข้าร่วมการส่งเสริมการดูแลตนเองในกระบวนการกลุ่มโดยมีกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1

เป็นการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มและสอนโดยพยาบาลให้รู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงโดยพยาบาล ครั้งที่ 2 เป็นการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มกับโภชนาการ ครั้งที่ 3 เป็นการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มกับนักกายภาพบำบัดครั้งที่ 3 เป็นการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มกับพยาบาลจิตเวช 30 ราย ผลการทดลองพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้กระบวนการกลุ่มอาจพัฒนาต่อเนื่องเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

กระบวนการกลุ่มถือเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอีกทั้งมีการสื่อสารประกอบ คือสื่อวีดิทัศน์เนื้อหาการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งช่วยเสริมกระบวนการเรียนรู้ (ประสพสุข ศรีแสนปาง และคณะ. 2546) การอธิบายหรือตอบคำถามในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจโดยพยาบาลและทีมสุขภาพ สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน ถูกต้อง การนัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม โดยไม่ต้องกังวลกับการเรียกตรวจและมีห้องสำหรับจัดกิจกรรมกลุ่มโดยเฉพาะเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น และเมื่อสิ้นสุดการเข้ากลุ่ม การให้ผู้ป่วยได้นำคู่มือการดูแลตนเองไปอ่าน ทบทวนที่บ้านเป็นสิ่งที่ประโยชน์มาก ช่วยให้เข้าใจในรายละเอียดและสามารถทบทวนความรู้ได้บ่อยตามต้องการวิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ก่อนที่จะนำไปใช้ในการจัดโปรแกรมสุขภาพควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่กระบวนการโดยอาจนัดเป็นกลุ่มย่อย มีการแนะนำทีมงานและผู้เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ได้รู้จักกันมากขึ้น เกิดความคุ้นเคยเป็นกันเองระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะซักถามหรือแสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น(รุ่งราวรรณ พันธจักร. 2548)

2.4.3 ขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม (พุทธมงคล วงศ์ลังกา. 2547) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.4.3.1 Ice Breaking - สลายพฤติกรรม ปกติมนุษย์เมื่อเข้าสู่สังคมใหม่จะมีความรู้สึกกลัวตัวเองไม่คุ้นเคย ไม่ปลอดภัย ระวัง รู้สึกเหมือนถูกจับตามองจากคนที่ไม่รู้จัก จึงเกิดพฤติกรรมที่ปิดกั้นตัวเอง วางฟอร์ม ไม่พูดคุยกับใคร (คล้าย ๆ จะฆ่าตัวตายอะไรประมาณนั้น) เหมือนกับมีกรอบน้ำแข็งล้อมรอบตัวเองอยู่ เพราะฉะนั้นขั้นแรกจึงเป็นการละลายน้ำแข็งเพื่อทำให้รู้สึกว่าคุณคนก็เหมือนกัน

2.4.3.2 Humanization - สร้างมนุษยสัมพันธ์+เกิดการปฏิสัมพันธ์ เมื่อน้ำแข็งเกิดละลายและเบาบางลง เขาหรือเธอจะ มีความรู้สึกว่าคุณทุกคนที่อยู่ต่อหน้าเป็นพวกเดียวกันจะเริ่มไม่ รู้สึกเงิน

อายุ และเริ่มกล้าแสดงออก กิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเริ่มมีการพูดคุย ถูกเนื้อต้องตัวกัน เกิดความไว้วางใจกัน กล้าเล่น จับมือถือแขน โดยไม่คิดมากและขี้เขิน แต่ต้องอยู่ในกรอบอันดีงาม

2.4.3.3 Creation - สร้างสรรค์ ก่อเกิดความคิดริเริ่ม สำหรับขั้นตอนนี้จะเริ่มเป็นการยื่นเงื่อนไขขยับ เพื่อให้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม กล้าแสดงออกต่อเพื่อน ๆ ในกลุ่ม และสาธารณชนมากขึ้น กล้าแสดงความคิดเห็น ให้เพื่อน ๆ รับฟัง ทั้งนี้อาจจะช้าหรือเร็วไม่เท่ากันอย่าซีเรียส กิจกรรมจะเป็นรูปแบบ การกระตุ้นให้คิดภายในกลุ่ม

2.4.3.4 Brain Storming - การระดมความคิด ปลูกฝังการทำงานร่วมกันในกลุ่ม ให้รู้จักคิด พูดและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เปิดใจให้กว้าง ยอมรับความคิดแปลก แตกต่างอาจมี การเชื่อมความคิด เชื่อมโยงระหว่างกลุ่มนำเสนอความคิดกลุ่มตนต่อกลุ่มอื่น ๆ กิจกรรมจะอยู่ในรูปแบบ ที่ต้องมีการถกเถียงกัน หาข้อสรุปร่วมที่เป็นความคิดของกลุ่ม

2.4.3.5 Evaluation - การประเมินผล ให้รู้จักการประเมินความสำเร็จของกระบวนการ ในแต่ละขั้นตอน (โดยต้องประเมินอยู่ตลอดเวลา) เพื่อปรับทำที่ รวมไปถึงการพิจารณาตัดสินใจในการ ข้ามไปสู่กระบวนการต่อไป (อาจใช้กิจกรรมบางกิจกรรมในการตัดสินใจ) จัดกิจกรรมทบทวนความรู้ เรื่องต่าง ๆ ตามที่จัดกิจกรรมที่ผ่านมา

2.4.4 การใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

สื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพประกอบแผนการสอนที่เป็นกระบวนการน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำให้การเรียนเกิดประสิทธิผลและทำให้มาตรฐานคุณภาพนักเรียน เพราะสื่อเป็นนวัตกรรมสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้เรียนสนใจและเข้าใจ บทเรียนมากขึ้น สื่อที่ทันสมัยในปัจจุบันคือสื่อประสม (Multi - Media) และปัจจุบันสื่อที่ได้รับการพัฒนาอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับคือ สื่อคอมพิวเตอร์ ปัจจุบันสื่อคอมพิวเตอร์เป็นนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นในระดับต่าง ๆ หลายวิชา นักเรียนมีความคงทนในการเรียนรู้และมีเจตคติที่ดีต่อการเรียน (ลัญญา ผาไชย, 2545) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของสุมิตตา รัตนพันธ์ (2552) เกี่ยวกับการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผลวิจัยพบว่า สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ก่อนและหลังการใช้สื่อการคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแตกต่างกัน โดยพบว่ามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังสูงกว่า ก่อนเรียน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อใช้ในกระบวนการกลุ่มสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกินระดับ 1 โดยมุ่งหวังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติตัวทั่วไป ด้านการรับประทานยา

และการเลือกอาหาร ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการผ่อนคลายความเครียดต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต นอกจากนี้ ยังมีการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ ซึ่งออกแบบให้มีการดำเนินการ 4 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยชั้นสลายพฤติกรรมและชั้นสร้างมนุษย์สัมพันธ์และเกิดปฏิสัมพันธ์โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การแบ่งค่าความดันโลหิตตามเกณฑ์มาตรฐาน

ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยชั้นสร้างมนุษย์สัมพันธ์และเกิดปฏิสัมพันธ์ และชั้นสร้างสรรค์ก่อเกิดความคิดริเริ่มโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่องการรับประทานยาและการเลือกรับประทานอาหารในแต่ละวันสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 3 ประกอบด้วยชั้นสร้างสรรค์ก่อเกิดความคิดริเริ่มและชั้นการระดมความคิดโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่องการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ครั้งที่ 4 ประกอบด้วยชั้นการระดมความคิดและชั้นประเมินผลโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่องการผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ และสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภูมิที่ 2.2

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

