การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กฤติยา ชาสุวรรณ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; kchasuwan@gmail.com
จีราพร ทองดี, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; jena_192@hotmail.com
เนตรนภา พันเล็ก, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; netnapa@bcnsurat.ac.th
วัลลภา ดิษสระ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; wanlapad@bcnnakhon.ac.th

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดการตนเองอย่างเหมาะสมสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคดังกล่าวได้ ซึ่งสถานการณ์ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมที่ส่งผลให้พฤติกรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงในทุกประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มที่จะมากกว่าเดิมในทุก ๆ ปี โดยเห็นได้จากอัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากข้อมูลรายงานสถิติทั้งภายในประเทศไทย และต่างประเทศ รวมถึงผู้สูงอายุที่มักพบการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมสภาพ และขาดความยืดหยุ่นของหลอดเลือดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการชราภาพ (Aging Process)

การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังด้วยการจัดการควบคุมโรค ผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และผู้ป่วยควรต้องมีการจัดการตนเองที่ดีตลอดชีวิต ประกอบด้วย 1. การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเลือกบริโภคอาหาร และการมาตรวจตามนัด 2. การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม และ 3. การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่แน่นอนทางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วย การจัดการตนเองที่มีความเหมาะสมสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการ นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมโรค และความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ซึ่งมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถรับผิดชอบต่อการดูแลชีวิตประจำวันของการเจ็บป่วย และฝึกทักษะที่จำเป็นในการรับผิดชอบต่อชีวิตประจำวันของตนเองตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย หรือ ตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันที่ส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดี สามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค และสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่อย่างมีประสิทธิภาพด้วยทักษะหลักในการจัดการตนเอง 6 ทักษะ คือ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ การวางแผนการปฏิบัติ และการปรับทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลที่ทำให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองครบทั้ง 3 ด้าน

จะเห็นได้ว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรวางแผนส่งเสริม และให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสมในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอันเป็นผลต่อการเกิดสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วันที่รับ (received) 31 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ธ.ค. 2565

Self-management of Older Persons with Hypertension

Krittiya Chasuwan, Boromrajonnani College of Nursing Surat Thani, Faculty of Nursing, Praborommarajchanok Institute, e-mail; kchasuwan@gmail.com
Jeraporn Tongdee, Boromrajonnani College of Nursing Surat Thani, Faculty of Nursing, Praborommarajchanok Institute, e-mail; jena_192@hotmail.com
Netnapa Phanlek, Boromrajonnani College of Nursing Surat Thani, Faculty of Nursing, Praborommarajchanok Institute, e-mail; netnapa@bcnsurat.ac.th
Wanlapa Dissara, Boromrajonnani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praborommarajchanok Institute, e-mail; wanlapad@bcnnakhon.ac.th

Abstract

Hypertension is a global public-health problem and a cause of many complications impacting the lives of elderly people around the world. Such complications, however, can be prevented by proper self-management. Nowadays, with environmental, social, and cultural influences, people's behaviors and way of life have changed. This results in a high number of people with hypertension in many countries, with that number increasing every year as can be seen from the morbidity rate and death of patients with hypertension in various statistics reports from various countries, including Thailand. Moreover, it is found that elderly people are more likely to suffer from hypertension than people in other age group because of deterioration and lack of elasticity of the blood vessels caused by the aging process.

Self-management refers to actions or practices which promote health of a person so that they can live chronic diseases by managing and controlling them. Both patients and health personnel need to be involved in health care. In addition, patients should have good and lifelong self-management, which includes 1. Medical management: exercising, taking medication, selecting good food, and attending doctor appointment; 2. Role management: changing one's way of life while maintaining appropriate roles and responsibilities; and 3. Emotion management: managing stress, anxiety, and any emotional instability which may be caused by the disease(s). Appropriate self-management reflects one's ability to manage and control the disease itself and the severity of chronic disease. Only the patient can take care of their daily while suffering a disease. This can be done by practicing skills necessary for living their life—this could either be as long as they suffer from the disease(s) or as long as they live. If elderly people with hypertension can manage to live their lives in ways that promote good health, they will be able to reduce the severity of the disease and complications. In due course, they will be able to peacefully live with a chronic disease by employing six self-management skills, including problem solving, decision making, seeking and utilizing useful recourses, building good relationships with health personnel, planning way of living, and appropriately applying self-management knowledge to each individual in ways that are in line with the three aspects of self-management.

It can be found that health personnel, for example, professional nurses or public-health officers should plan to promote and be able to give proper advice regarding self-management and healthy activities which elderly people with hypertension may choose to do to promote good health. Therefore, it is necessary to develop a self-management program to change health-related behaviors of elderly people with hypertension.

Keywords : self-management, older persons with hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่มีแรงดันของการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดแดงสูง โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หรือ แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure, SBP) มากกว่า หรือ เท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก หรือ แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure, DBP) มากกว่า หรือ เท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มวัยสูงอายุจะเกิดความแตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่น การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพไม่เหมาะสม การควบคุมอาหาร ความเครียดเรื้อรัง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ไขมันอุดตันหรือโรคอ้วน (Unger, Borghi, Charchar, Khan, Poulter, Prabhakaran et al, 2020) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Whelton, Carey, Aronow, Casey, Collins, Himmelfarb et al, 2018) หากผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเกิดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมโรค และความรุนแรงของโรคเรื้อรังด้วยตนเองในอนาคตต่อไป ผู้เขียนจึงได้เขียนบทความฉบับนี้เพื่อนำเสนอเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องสถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แนวคิดการจัดการตนเอง การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม

สถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุก ๆ ปี จากรายงานความชุกของโรคเรื้อรังพบอัตราการเพิ่มตามอายุ แล้วยังพบว่า อัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุมากที่สุด ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกแล้วยังพบว่าเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ประมาณ 1.13 พันล้านคน เพิ่มจาก 594 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2518 (Zhou, Bentham, Cesare, Bixby, Danaei, Cowan et al, 2017) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพทั่วโลก พบว่า ข้อมูลสถิติของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2556 - 2557 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.7 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 45.4 ในปี พ.ศ. 2560 - 2561 แล้วยังพบว่า เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 74.5 (Ostchega, Fryar, Nwankwo, & Nguyen, 2020) และในปี พ.ศ. 2555 - 2558 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประเทศจีน ร้อยละ 53.2 (Zhang, Qiu, Zheng, Zang, & Zhao, 2020) สำหรับสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 (Aekplakorn, 2021) เพิ่มขึ้นจากรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 อัตราความชุก ร้อยละ 24.7 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (Aekplakorn, 2016) แล้วยังพบว่า อัตราความชุกของโรคเพิ่มตามอายุ กล่าวคือ ช่วงอายุ 15 - 29 ปี ร้อยละ 3.3 แล้วเมื่อเข้าสู่ช่วงอายุวัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุ พบว่า มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ช่วงอายุ 30 - 44 ปี ร้อยละ 13.1 ช่วงอายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 27.2 ช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 55.0 ช่วงอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 67.2 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.8 ของประชากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งหมด จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น และจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรค

ไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในปี พ.ศ. 2561 ข้อมูลประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วจัดแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 55 - 64 ปี ร้อยละ 28.7 ช่วงอายุ 65 - 74 ปี ร้อยละ 39 และช่วงอายุ 75 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.1 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) และในปี พ.ศ. 2561 ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประชากรมากกว่า 494,873 คน อีกทั้งยังพบรายงานสถิติสาธารณสุขของไทย ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบว่า อัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 71.1, 70.0 และ 73.6 ตามลำดับของประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2018, 2019, 2020)

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากในวัยสูงอายุจะเกิดการเสื่อมของหลอดเลือดแดงมากขึ้น และสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ (Musini, Tejani, Bassett, Puil, & Wright, 2019) ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการชราภาพ (Aging Process) ทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจึงทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว หรือ Systolic Blood Pressure (SBP) ของหลอดเลือดแดงเออร์ตาสูงขึ้น ทำให้ปริมาณของเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (Stroke Volume) เพิ่มมากขึ้น และแรงดันภายในหลอดเลือดสูงขึ้นประกอบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันและโซเดียมสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และบุคลิกภาพของผู้ป่วย เช่น เครียด วิตกกังวล ความทะเยอทะยานสูง เป็นต้น จากอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับกระบวนการชราภาพ และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมดังกล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตในที่สุด (Thai Hypertension Society, 2019) อีกทั้งหากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้สูงอายุ เช่น หัวใจทำงานหนักขึ้น ผนังของหัวใจหนาตัว แล้วหากไม่เข้ารับการรักษาอย่างถูกวิธี ผนังของหัวใจจะยืดออก เกิดภาวะหัวใจโตและหัวใจวาย นำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก เป็นอัมพาต หรือ อาจเสียชีวิตได้ หากเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคสมองเสื่อม เลือดอาจไปเลี้ยงบริเวณไตไม่เพียงพอ เนื่องจากหลอดเลือดของไตเสื่อม ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง และภาวะไตวายได้ (Ferri, Ferri, & Desideri, 2017) ส่วนผลกระทบทางตา ทำให้หลอดเลือดแดงในตาเสื่อมลงอย่างช้า ๆ เกิดเลือดออกบริเวณจอตา ประสาทตาเสื่อมลง ตามัว หรือ ตาบอดในที่สุด (Thai Hypertension Society, 2019) หากไม่สามารถควบคุมระดับของความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดจากโรคร่วมแล้วส่งผลต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงทางด้านร่างกาย ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 13.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 7 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.9 ของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) ในผู้สูงอายุนั้นเมื่อทราบแล้วว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามมา (Ugwu, Onyedibe, & Chukwuorji, 2020) ซึ่งหากเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายแล้วอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาททางสังคมน้อยลง โดยเฉพาะในบางรายที่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น อาจส่งผลกระทบต่อเรื่องค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า

วันที่รับ (received) 31 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ธ.ค. 2565

มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้สูงอายุ เมื่อเทียบจากผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มวัยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความโลหิตของตนเองเกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Khantamoon & Daenseekaew, 2017) ซึ่งเป็นผลจากการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองแล้วสามารถจัดการตนเองได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ระดับเกณฑ์ปกติตามเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้นเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลการรักษาเป็นระยะ ๆ (Flack & Adekola, 2020) ซึ่งเป้าหมายของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คือ มีค่าระดับความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และค่าระดับความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 79 มิลลิเมตรปรอท โดยการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นวิธีการรักษามาตรฐาน แบ่งออกเป็น 2 วิธี (Thai Hypertension Society, 2019) กล่าวคือ 1. การรักษาแบบไม่มีการใช้ยา หรือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) ได้แก่ การรับประทานอาหารรูปแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) การจำกัดโซเดียมในอาหาร การลดน้ำหนักของกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การหมั่นออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด (Stress Management) การงดสูบบุหรี่ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) การรักษาแบบมีการใช้ยา โดยทั่วไปยาลดความดันโลหิตสูงที่สำคัญมีอยู่ 5 กลุ่มหลัก กล่าวคือ 1. Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) 2. Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) 3. Beta-blockers 4. Calcium-channel Blockers (CCBs) และ 5. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics Drugs) (James, Oparil, Carter, Cusham, Dennison-Himmelfarb, Handler et al, 2014) ซึ่งการรักษาแบบใช้ยาพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น และการประเมินอวัยวะต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง (Target Organ Damage : TOD) จะเห็นได้ว่า การรักษาแบบใช้ยาจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตร่วมด้วยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หากได้รับการรักษาแบบใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เฉพาะตอนใช้ยารักษาเท่านั้น หากหยุดรับประทานยาแล้วยังคงดำเนินชีวิตแบบเดิม ระดับความดันโลหิตจะกลับมาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องได้รับความร่วมมือในการรักษาจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หากผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับแผนการรักษาจะส่งผลที่ดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และการดำเนินของโรคเรื้อรัง (Delavar, Pashaeypoor, & Negarandeh, 2020)

แนวคิดการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการนิยามความหมายของการจัดการตนเองไว้อย่างหลากหลาย กล่าวคือ การจัดการตนเอง หมายถึง การประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองตรงตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่

เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ หรือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Browder & Shapiro, 1985) หรือ การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพร่วมกับคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่อาจเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงิน และเงื่อนไขทางสังคม (Clark, Becker, Janz, Lorig, Rakowski, & Anderson, 1991) อีกทั้งการจัดการตนเอง หมายถึง ขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของตนเองเกี่ยวกับกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่ การคัดเลือกเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การกระทำ และปฏิกิริยาการตอบสนองต่อตนเอง ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการจัดการความผิดปกติของพวกเขาได้ และสามารถเป็นส่วนหนึ่งร่วมกับแพทย์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง หรือ ความผิดปกติ (Creer, 2000) หรือ การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังด้วยการจัดการควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีตลอดชีวิต ประกอบด้วย 1. การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเลือกบริโภคอาหาร และการมาตรวจตามนัด 2. การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม และ 3. การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่แน่นอนที่เกิดจากการเจ็บป่วย (Lorig & Holman, 2003)

องค์ประกอบของการจัดการตนเองตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งการที่บุคคลถูกรบกวนด้วยโรค และเกิดการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การจัดการตนเองจะมีประสิทธิภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยการจัดการในด้านต่าง ๆ ทั้ง 3 ด้าน คือ

1. การจัดการด้านการรักษา (Medical or Behavior Management) เป็นการจัดการพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับการรักษาโรคเรื้อรัง โดยบุคคลต้องกำหนดการรักษาร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ วางแผนการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแบบแผนการรักษา

2. การจัดการด้านบทบาท (Role Management) เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องรับรู้ และยอมรับการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นแล้วสามารถรักษาและควบคุมได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

3. การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional Management) เป็นการเรียนรู้สำหรับการจัดการกับความโกรธ ความกลัว ความผิดหวัง หรือ ความเครียด ซึ่งพบได้ทั่วไปจากบุคคลที่มีภาวะเรื้อรังของโรคเนื่องจากโรคเรื้อรัง หากเป็นแล้วผู้ป่วยจะต้องอยู่ร่วมกับโรคนั้น และต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต เมื่อต้องเผชิญอยู่กับโรคเรื้อรัง อาจส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้าได้

การจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการตนเอง ต้องอาศัยทักษะหลักของการจัดการตนเอง 6 ทักษะ คือ

1. การแก้ปัญหา (Problem Solving) เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองควรมุ่งเน้นถึงความตระหนักรู้ และปัญหาจากโรคเรื้อรังของผู้ป่วย ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงเป็นหัวใจหลักของ

ทักษะการจัดการตนเอง การศึกษาเรียนรู้เฉพาะโรคเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาแต่จำเป็นต้องสอนทักษะในการแก้ปัญหาพื้นฐานที่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรังของโรคร่วมด้วย

2. การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค เนื่องจากบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจในการกระทำเพื่อจัดการกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของโรค เพื่อนำไปสู่การที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

3. การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ (Resource Utilization) การช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งภายในชุมชน และภายนอกชุมชน เช่น การเข้าถึงข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การใช้ห้องสมุด การค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง

4. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Forming of Patient / Health Care Provider Partnership) โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพจะเข้ามาสร้างบทบาทในการสอนและแนะนำผู้ป่วยให้เกิดความสามารถในการเลือก และจัดรูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษาภายใต้ภาวะเจ็บป่วย สามารถอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการรักษากับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และสามารถบอกเกี่ยวกับอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง

5. การวางแผนการปฏิบัติ (Action Planning) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยการวางแผน การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงการสร้างความเชื่อมั่นของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6. การปรับทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองให้มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการเกิดพฤติกรรมการจัดการอย่างเหมาะสมต่อตัวบุคคล วัฒนธรรม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบริบท ในด้านนี้ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องมีการวางแผนกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดทักษะที่ช่วยให้นำความรู้นั้นมาปรับปรุง และพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างสมบูรณ์

จะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ และเข้าใจถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แล้วสามารถตัดสินใจเลือกหนทางของการแก้ปัญหา แสวงหาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ผ่านช่องทางต่าง ๆ แล้วยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ถูกต้องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคลส่งผลให้เกิดการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน คือ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด อันส่งผลไปสู่การจัดการตนเองในการดูแล และปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงย่อมมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ รวมถึงในผู้สูงอายุด้วยกัน โดยวัยสูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายอาจมีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และดำรงบทบาทของตนเองที่แตกต่างกัน ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น กระบวนการชราภาพ (Aging Process) ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และการดำเนินของโรค ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จาก

บุคคลภายในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายหลักของการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือ การสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการจัดการตนเองที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา ซึ่งประกอบด้วย 1. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต คือ การรับประทานอาหารรูปแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) การจำกัดโซเดียมในอาหาร การลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การออกกำลังกาย การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ 2) การรับประทานยา คือ ผู้สูงอายุควรต้องมีการจัดการตนเองในการรับประทานยาให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ 3) การไปตรวจตามนัด การติดตามมารับการรักษา มารับยาตามนัด ส่วนด้านการจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทก่อนการเจ็บป่วย การจัดการกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวัน และการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการกับบทบาทหน้าที่ สถานะ หรืออาชีพ เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย และการจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียด และความวิตกกังวล นำไปสู่การจัดการสุขภาพจิตที่ดี (Alvarez, Torres, Artola, Epelde, Arranz, & Marrugat, 2020) รวมไปถึงการพูดคุยและปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลภายในครอบครัว จะเห็นได้ว่า หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการจัดการตนเองครอบคลุมทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาข้างต้นอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างสมบูรณ์

การจัดการตนเองเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการจัดการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีแม้อยู่กับภาวะเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งที่จำเป็นสำหรับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ การที่บุคคลสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังนั้นได้เป็นอย่างดี ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงมากขึ้นได้ โดยการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้านการจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ บุคคลนั้นจะต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นเพื่อจัดการกับปัญหาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การจัดการตนเองที่สอดคล้องตามแนวคิดของ ลอริก และฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) กล่าวคือ

1. การจัดการด้านการรักษา (Medical or Behavior Management) ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเลือกรับประทาน และรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทุก ๆ มื้อ ในแต่ละมื้อควรมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม โดยใช้สูตรเมนูอาหาร 2 : 1 : 1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คือ ต้องแบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าวหรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน และเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Challa, Tadi, & Uppaluri, 2020)

1.2 การรับประทานยา ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักจะพบโรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น จึงทำให้ต้องรับประทานยาหลายอย่าง ผู้สูงอายุควรมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนตามแผนการรักษาเพื่อจัดการกับอาการแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่อาจจะเกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังควรมีการรับประทานวิตามินรวม เช่น วิตามินบี 1 บี 6 วิตามินซี และกรดโฟลิก เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Thai Hypertension Society, 2019)

1.3 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยผู้สูงอายุสามารถเลือกออกกำลังกายประเภทอื่น ๆ ที่ปรับแต่งให้เข้ากับผู้สูงอายุตามความจำเป็น ความสามารถในการอดทน และความต้องการของผู้สูงอายุในรายที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมร่วมด้วย เช่น การเดินออกกำลังกาย การปั่นจักรยานที่ต้องปรับอานนั่งให้สูงกว่าปกติเล็กน้อย เพื่อลดการงอเข่ามากเกินไป หรือ การออกกำลังกายในน้ำ เป็นต้น (Mora, Przkora, & Cruz-Almeida, 2018) ซึ่งหากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายได้ดีจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดความดันโลหิตให้อยู่ระดับดี จากการศึกษาวิจัย พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในค่าซิสโตลิก ประมาณ 2 - 3 มิลลิเมตรปรอท แล้วยังพบว่า หากความดันโลหิตลดลงอย่างน้อย 2 มิลลิเมตรปรอท อาจส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ร้อยละ 14 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9 ตามลำดับ ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรักษา ควบคุม และป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ (Fujie, Hasegawa, Sanada, Hamaoka, Maeda, Padilla et al, 2020)

1.4 การไปตรวจตามนัด การติดตามเข้ารับการรักษา และการเข้ามารับยาตามนัด โดยถือว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และให้ความร่วมมือในการรักษาส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินของโรคในทิศทางที่ดี และความถี่ของการเข้ามารับยาตามนัด (Rate of Prescription Refills) ช่วยประเมินว่า ผู้สูงอายุได้รับยาต่อเนื่องหรือไม่ ซึ่งในรายที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ควรต้องมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมในการไปพบแพทย์ตามนัด แต่หากในรายที่ต้องมีบุคคลอื่น ๆ คอยช่วยเหลืออาจต้องขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือ ผู้ดูแล (Villafuerte, Canaves, Montalvo, Sancho, Oliver, Flores et al, 2020)

1.5 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการงดสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษา พบว่า เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เชื่อมั่นในการรักษาแผนปัจจุบัน ตั้งเป้าหมายอยากหายจากโรค ไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อน และรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบอกเล่าของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ และมีประสบการณ์จากการเห็นเพื่อน ๆ ผู้สูงอายุภายในชุมชนที่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้กลัวอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน (Delavar, Pashaeypoor, & Negarandeh, 2020)

2. การจัดการด้านบทบาท (Role Management) เป็นการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการจัดการกับบทบาท สถานะ และอาชีพ เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย แล้วผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถรักษาและควบคุมได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตร่วมกับกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการเข้ามาตรวจตามนัดตรงเวลา นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (Lorig & Holman, 2003)

ในรายที่เกิดความรุนแรงของโรคมากยิ่งขึ้น หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันลดลงควรต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัว และการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว รวมถึงการดำรงชีวิต และบทบาทในการดำเนินชีวิตของตนเอง (Hussien, Muhye, Abebe, & Ambaw, 2021) และการกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ

3. การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional Management) โรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และไม่สามารถกลับไปปกติดังเดิมได้ เป็นกลุ่มอาการที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ส่งผลให้สภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแปรเปลี่ยนไปจากปกติ ซึ่งแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น เกิดความวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ ไร้ค่า ซึมเศร้า และเกิดความคิดอยากตาย การเรียนรู้สำหรับการจัดการกับความโกรธ และความกลัว (Xie, Liu, Or, Chen, Yan, & Wang, 2020) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุจะเกิดความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จากภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ๆ มากกว่าเดิม ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวังที่เป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักรู้ และเข้าใจถึงความเป็นไปของโรคความดันโลหิตสูง มีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แล้วสามารถวางแผนรับมือกับผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง คลายความเครียด และเยียวยาสภาวะจิตใจได้จากการจัดการตนเอง (Khantamoon & Daenseekaew, 2017) ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมักพบเจอกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส หรือ บุคคลใกล้ชิด สูญเสียสถานภาพ และบทบาททางสังคมจากการเกษียณอายุ หรือ การทำงาน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ บุคคลภายในครอบครัว เช่น บุตร หลาน พี่น้อง หรือ บุคคลที่ดูแลหลักควรให้กำลังใจ เอาใจใส่ และการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรยินดีกับการให้ความรู้ และคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกได้รับความรัก และการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Liu, Rozelle, Xu, Yu, & Zhou, 2019)

การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดย่อมต้องอาศัยทักษะในการจัดการตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรตระหนักรู้ และเข้าใจถึงปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถออกแบบ และตัดสินใจเลือกหนทางของการแก้ปัญหา แสวงหาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต รวมถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การวางแผน และกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะยาวในการจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ร่วมด้วยการสร้างความเชื่อมั่นของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

บทสรุป

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายการรักษา และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองและมีทักษะในการปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้อง จึงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองถือว่ามีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค มีการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีแม้จะมีภาวะเจ็บป่วย การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ จะต้องครอบคลุมการปฏิบัติใน 3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยา, การรับประทานอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียดซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านี้ให้ได้ด้วยตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้ และคำแนะนำที่เหมาะสม และที่สำคัญคือการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพัฒนา 6 ทักษะ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร 5) การปฏิบัติ และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง แนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น นอกจากมุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมี 6 ทักษะเพิ่มขึ้นแล้ว การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล หรือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิด เข้าใจบริบท ความต้องการ และปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจและให้การดูแลเกื้อหนุนในการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงถือว่าเป็นปัจจัยและกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ส่งผลให้เกิดสุขภาวะ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รายการอ้างอิง

Aekplakorn, W. (2016). Thai national health examination survey V study group. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)

Aekplakorn, W. (2021). Thai national health examination survey VI study group. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)

Alvarez, R., Torres, J., Artola, G., Epelde, G., Arranz, S., & Marrugat, G. (2020). OBINTER: A holistic approach to catalyse the self-management of chronic obesity. Sensors, 20(18), 1-27.

Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (1985). Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 10(4), 200-208.

Challa, H. J., Tadi, P., & Uppaluri, K. R. (2020). DASH diet (dietary approaches to stop hypertension). North Carolina: StatPearls.

Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. Journal of Aging and Health, 3(1), 3-27.

Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation. California: Academic Press.

Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. Patient Education and Counseling, 103(2), 336-342.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). Quantity and Rate of inpatients 2016 - 2018 (hypertension, diabetes mellitus, coronary artery disease, stroke, and COPD). Retrieved from http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13507&gid=18 (in Thai)

Ferri, C., Ferri, L., & Desideri, G. (2017). Management of hypertension in the elderly and frail elderly. High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention, 24(1), 1-11.

Flack, J. M., & Adekola, B. (2020). Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. Trends in Cardiovascular Medicine, 30(3), 160-164.

Fujie, S., Hasegawa, N., Sanada, K., Hamaoka, T., Maeda, S., ..., & Iemitsu, M. (2020). Increased serum salusin-**α** by aerobic exercise training correlates with improvements in arterial stiffness in middle-aged and older adults. Aging, 12(2), 1201-1212.

Hussien, M., Muhye, A., Abebe, F., & Ambaw, F. (2021). The role of health care quality in hypertension self-management: A qualitative study of the experience of patients in a public hospital, north-west Ethiopia. Integrated Blood Pressure Control, 14, 55-68.

James, P. A., Oparil. S., Carter, B. L., Cusham, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., ..., & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). The Journal of the American Medical Association, 311(5), 507-520.

Khantamoon, R., & Daenseekaew, S. (2017). Self-management among people with uncontrolled hypertension. Journal of Nursing and Health Care, 32(2), 89-97. (in Thai)

Liu, J., Rozelle, S., Xu, Q., Yu, N., & Zhou, T. (2019). Social engagement and elderly health in China: evidence from the China health and retirement longitudinal survey. International Journal of Environment Research and Public Health, 16(2), 1-16.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. The Society of Behavioral Medicine, 26(1), 1-7.

Mora, J. C., Przkora, R., & Cruz-Almeida, Y. (2018). Knee osteoarthritis: pathophysiology and current treatment modalities. Journal of Pain Research, 11, 2189-2196.

Musini, V. M., Tejani, A. M., Bassett, K., Puil, L., & Wright, J. M. (2019). Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6(6), 1-99.

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). Public health statistics 2017. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf (in Thai)

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). Public Health Statistics 2018. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf (in Thai)

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). Public health statistics 2019. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (in Thai)

Ostchega, Y., Fryar, C. D., Nwankwo, T., & Nguyen, D. T. (2020). Hypertension prevalence among adults aged 18 and over: United States, 2017 - 2018. NCHS Data Brief, 364, 1-8.

Thai Hypertension Society. (2019). 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. (1st ed.). Chiang Mai: Trick Think. (in Thai)

Ugwu, D. I., Onyedibe, M. C., & Chukwuorji, J. C. (2020). Anxiety sensitivity and psychological distress among hypertensive patients: the mediating role of experiential avoidance. Psychology, Health and Medicine, 26(6), 701-710.

Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., ..., & Schutte, A. E. (2020). 2020 international society of hypertension global hypertension practice guidelines. Hypertension, 75, 1334-1357.

Villafuerte, F. U., Canaves, J. L., Montalvo, P. L., Sancho, M. M., Oliver, B. O., ..., & Carratala, F. R. (2020). Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs: The MEDICHY study. Medicine, 99(17), 1-7.

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., ..., & Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. Hypertension, 71(6), 1269-1324.

Xie, Z., Liu, K., Or, C., Chen, J., Yan, M., & Wang, H. (2020). An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. BMC Public Health, 20, 1-13.

Zhang, X., Qiu, C., Zheng, Y., Zang, X., & Zhao, Y. (2020). Self-management among elderly patients with hypertension and its association with individual and social environmental factors in China. Journal of Cardiovascular Nursing, 35(1), 45-53.

Zhou, B., Bentham, J., Cesare, M., Bixby, H., Danaei, G., ..., & Cisneros, J. Z. (2017). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: A pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. The Lancet, 389(10064), 37-55.