

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม : ความต้องการและการได้รับของผู้สูงอายุตอนกลางที่มีความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัว ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความชุก
 - 1.2 ความหมาย
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.4 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ
 - 1.5 การรักษาและควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. อุปสรรคการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุ
3. การสนับสนุนทางสังคม และครอบครัว
 - 3.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.1.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.1.2 มิติของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.2 ผู้สูงอายุไทยกับครอบครัว
4. ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
5. การรับรู้
 - 5.1 ความหมายของการรับรู้
 - 5.2 ปัจจัยกำหนดการรับรู้
 - 5.3 การรับรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัว

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการที่มีความดันโลหิตทั้งขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) และขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในชายและหญิง ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ของระบบหลอดเลือดส่วนปลายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตที่เกิดขึ้นการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้

ได้แก่ หลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) การสูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบลดลง ความสามารถในการหดตัวและขยายของหลอดเลือดลดลง

1.1 ความชุก

โรคความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในผู้ใหญ่ ประมาณร้อยละ 20 ของประชากรไทย (โดยเฉลี่ย 5 คน มีความดันโลหิตสูง 1 คน) ในผู้สูงอายุพบร้อยละ 15 ของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (จันทร์เพ็ญ, 2543)

1.2 ความหมาย

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ที่มีค่ามากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ ขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มีค่ามากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (ปราณี, 2541; พิสิษฐ, 2547) ปัจจุบันจำแนกประเภทความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีและผู้สูงอายุดังนี้ (The JNC 7 Report, 2003)

ตาราง 1

จำแนกระดับความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 18 ปีและผู้สูงอายุ

ชนิดของความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	และ	ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ(normal)	< 120	และ	< 80
ก่อนความดันโลหิตสูง (pre hypertension)	120 – 139	หรือ	80 – 89
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 (stage 1 hypertension)	140 – 159	หรือ	90 – 99
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 (stage 2 hypertension)	≥160	หรือ	≤100

1.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความดันโลหิตสูงมีหลายประการ

1.3.1 การเป็นผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเป็นไปตามธรรมชาติ ที่เกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (ปราณี, 2541) จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ที่เรียกว่า หลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) การสูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้ความสามารถในการหดและคลายตัวของหลอดเลือดลดลง พบในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 55 ปีหรือผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (The JNC 7 Report, 2003)

1.3.2 ความอ้วนและการมีน้ำหนักตัวมากเกินไป พบความดันโลหิตสูงในคนอ้วนมากกว่าคนปกติ (จักรพันธ์, 2546) โดยดูจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI: body mass index = น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) ผู้ที่มีBMI มากกว่า หรือเท่ากับ 25 ถือว่าอ้วน หากมากกว่า 23 ถือว่าท้วม จึงแนะนำให้ผู้สูงอายุควบคุมน้ำหนักให้BMIน้อยกว่า 23 (ปณิตา และ กิตติศักดิ์, 2546) และถ้าสามารถลดน้ำหนักได้ 1 กิโลกรัมในคนอ้วน ความดันโลหิตจะลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอท (ปราณี, 2541) และการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิม 20 % จะสนับสนุนการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Williams, 1999)

1.3.3 ปริมาณเกลือที่รับประทาน เกลือโซเดียมมีผลต่อระดับความดันโลหิต ปริมาณเกลือที่สูงจะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นแตกต่างกันขึ้นกับความไว (sensitivity) ของการตอบสนองของแต่ละคน สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว จะมีความไวต่อเกลือโซเดียมมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัม เหลือ 5 กรัมต่อวัน (เกลือ 1 ช้อนชา มีเกลือโซเดียม 2,300 มิลลิกรัม) จะสามารถลดความดันโลหิตได้ถึง 10 มิลลิเมตรปรอท (ปราณี, 2541)

1.3.4 การดื่มสุราเป็นประจำ โดยได้รับปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่า 18.1 กรัมต่อวัน ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (Murray et al., 2002)

1.3.5 ภาวะเครียด เมื่อเกิดภาวะเครียดจะมีการตอบสนองต่อร่างกายให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) และระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system) ให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มความดันเลือดซิสโตลิก (systolic blood pressure) เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และความเครียดที่เกิดจากจิตใจเป็นลักษณะของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทในการหลั่งฮอร์โมน แคลทีโคลามินที่นำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Kozicz & Casey, 1999)

1.3.6 การไม่ออกกำลังกาย ทำให้หลอดเลือดต่าง ๆ เสียความยืดหยุ่น มีธาตุหินปูน และไขมันไปพอกพูน ทำให้ตีบแคบและเกิดการอุดตันได้ง่าย (เจริญทัศน์, 2545)

1.3.7 การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะกรดไขมันไม่อิ่มตัวและ โคลเลสเตอรอลในอาหาร และอาหารที่มีพลังงานสูง การที่มีไขมันในเลือดสูงทำให้มีการพัฒนา ไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Rossi, Jonnalagadda, & Hris-Etherton, 1999)

1.3.8 การดื่มชา กาแฟ ซึ่งมีสารคาเฟอีน (caffeine) มีฤทธิ์ในการกระตุ้นการทำงานของ สมอง ทำให้สมองตื่นตัว ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คาเฟอีนมีในเครื่องดื่มอื่น ๆ เช่น โกโก้ น้ำอัดลม ประเภทโคล่า เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนไม่เกิน 300 มิลลิกรัม ไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ (น้ำอัดลม 330 ซีซี มีคาเฟอีน 55 มิลลิกรัม ชา 240 ซีซี มีคาเฟอีน 50 มิลลิกรัม กาแฟ 240 ซีซี มีคาเฟอีน 100 – 125 มิลลิกรัม) ถ้าได้รับคาเฟอีนมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวันเป็นประจำ อาจก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย กระวนกระวายใจ หัวใจเต้นเร็วและแรง การดื่มกาแฟ 1 ถ้วยใน 1 วันจะเพิ่มความดัน โลหิตซิสโตลิก 0.19 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก 0.27 มิลลิเมตรปรอท ถ้าดื่มมากกว่า 5 ถ้วยต่อวัน อาจมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1.35 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่ม (Klag et al., 2002)

1.3.9 การสูบบุหรี่ มีสารนิโคตินบางส่วนดูดซึมเข้ากระแสเลือด ไปออกฤทธิ์โดยตรง ต่อต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่ง epinephrine ทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ และไม่เป็นจังหวะ เพิ่มไขมันในหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Sims & Zucker, 1999) และผู้ที่สูบบุหรี่ 20 ม้วนขึ้นไปต่อวัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 6.5 เท่า และ ผู้สูบบุหรี่ 10 – 20 ม้วนต่อวันจะมีความเสี่ยง 3.6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (จันทร์เพ็ญ, 2543)

1.3.10 ประวัติครอบครัว ความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์เป็นสองเท่าในบุคคลที่บิดา หรือมารดาคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง เชื้อชาติ ชาวผิวดำจะมี อุบัติการณ์ของ โรคความดันโลหิตสูงและมีความรุนแรงกว่าคนผิวขาว (Williams, 1999)

1.4 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ต่อครอบครัว ต่อเศรษฐกิจ ต่อสังคม (จารุวรรณ, 2544) ดังนี้

1.4.1. ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณดังนี้

1.4.1.1 ทางด้านร่างกาย ในระยะแรกของการเกิดโรคอาจไม่มีอาการแสดงใด ๆ หรือมีอาการมึนตื้อ บริเวณศีรษะในช่วงเช้า ปวดท้ายทอย หากไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับ

ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ตีบแคบหรือโป่งพอง ผลของการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนาน ๆ ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง จากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแคบลง และแข็งตัว หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น มีการโป่งพองที่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการตีบหรืออุดตัน จนเกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื้อสมองถูกทำลาย ทำให้เกิดสมองเสื่อมและอัมพาต (stroke) (จักรพันธ์, 2546) ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ร้อยละ 70 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (เจียมจิต, 2541) ผลต่อหัวใจทำให้หลอดเลือดแดงตีบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่า (cardiovascular disease: CVD) (The JNC 7 Report, 2003) ผลต่อไตจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง เกิด glomerulosclerosis ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังตามมา ผลต่อการมองเห็นเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเรตินาตีบแคบ ทำให้จอภาพเลือนและตาบอดได้ (จักรพันธ์, 2546)

1.4.1.2 ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ ถ้าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีภาวะทุพพลภาพ ก็จะทำให้เกิดความซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาริ (2541) เรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่า ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าครอบครัวเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีความเป็นอิสระแล้วคุณภาพชีวิตที่ดีจะตามมา แต่ถ้ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัว ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ จะต้องมีค่าใช้จ่ายมากขึ้นที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายเมื่อต้องเดินทางไปพบแพทย์

1.4.1.3 ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ความเชื่อและความศรัทธาที่ผู้สูงอายุมีอยู่ สามารถเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้ โดยครอบครัวเป็นผู้สนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของวันดี (2544) เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้สูงอายุที่ยืนยาวเกิน 100 ปีของผู้สูงอายุไทย พบว่า ศาสนาเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนปฏิบัติเป็นประจำ ทำให้มีจิตใจสงบ รู้จักปรับตัว การมีเพื่อนที่ไปวัดด้วยกันทำให้สุขภาพจิตดีไม่เหงา

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ในผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ครอบครัวเกื้อหนุนเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยต้องการเท่านั้น เช่น เป็นเพื่อนเมื่อไปพบแพทย์

แต่เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเช่นโรคหลอดเลือดในสมอง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยได้น้อยต้องพึ่งพาครอบครัว ทำให้บทบาทของบุคคลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง จะต้องมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในทุกเรื่อง ๆ บางครั้งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสม เช่นให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่าง ห้องน้ำต้องมีราวจับและไม้เดิน มีการปรุงอาหารที่ต้องเหมาะสมกับโรค ครอบครัวต้องมีหน้าที่นำผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพิน, พรธวัช, และ สมฤดี (2542) เรื่อง ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล พบว่าความพร้อมในการดูแลของผู้สูงอายุจากการเจ็บป่วยทำให้มีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแล และกิจกรรมที่ค่อนข้างใช้เวลานานและก่อให้เกิดความเครียด เช่น การให้กำลังใจปลอบใจ การอยู่เป็นเพื่อน ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ครอบครัวต้องเตรียมบุคคลไว้หรือบางครั้งอาจจะต้องมีการจ้างผู้ดูแลแทน

1.4.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น รายได้ลดลงจากการหยุดงานที่ต้องนำผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ด้วยตนเอง ในส่วนของประเทศไทย รัฐบาลต้องนำเงินงบประมาณมาใช้ในการรักษาโรคที่เป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น จากการศึกษาของ อำนวย (2541) เรื่องสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย : ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณผ่านงบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่ากลุ่มอื่น และเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเช่นเกิดโรคหลอดเลือดในสมองแตก ซึ่งร้อยละ 71 ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ (เจียมจิต, 2541)

1.4.4 ผลกระทบต่อสังคม จะมีผลกระทบเมื่อผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เกิดเป็นสังคมพิการที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการการช่วยเหลือจากสังคมในเรื่องของการสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของ อำนวย (2541) เรื่องสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย : ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ พบว่ารัฐบาลต้องสนับสนุนงบประมาณผ่านงบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ให้กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งงบประมาณดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาประเทศในด้านอื่น ๆ ได้

1.5 การรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อควบคุมดันโลหิตไม่ให้มากกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดย

1.5.1 การไม่ใช้ยา โดยการปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิต (lifestyle modifications) เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (The JNC 7 Report, 2003; พิสิษฐ, 2547) ได้แก่

1.5.1.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน แนะนำให้คุมให้ได้น้ำหนักมาตรฐานหรือ ดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI คือน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงที่เป็นเมตรยกกำลังสอง) เท่ากับ 18.5 – 24.9 เมื่อน้ำหนักตัวลดลง 1 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะลดลง 2.5/1.5 มิลลิเมตรปรอท

1.5.1.2 การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมและแคลเซียมมากเช่น ผลไม้แห้งจากนมที่มีไขมันต่ำ ผัก ผลไม้ ถั่ว

1.5.1.3 การลดรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ไม่ควรรับประทานเกลือโซเดียมเกินวันละ 2.4 กรัม หรือเท่ากับ โซเดียมครอไรด์ 6 กรัม หรือไม่เกิน 1 ช้อนชา

1.5.1.4 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 30 นาที เช่น การเดิน เป็นต้น

1.5.1.5 การรับประทานแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสม น้อยกว่า 18.1 กรัมต่อวัน

การปรับวิถีชีวิตอาจเป็นเรื่องยากและเป็นไปไม่ได้หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้ซื้อหรือปรุงอาหารเอง หากผู้ปรุงอาหารไม่จัดอาหารที่เหมาะสมให้ ผู้สูงอายุต้องจัดหาอาหารเองจะปรุงอาหารเองตามรสชาติที่ตนเองต้องการ ทำให้เป็นเรื่องยากที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับแนวทางการรักษา

1.5.2 การรักษาด้วยยา ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีหลายกลุ่ม ที่สามารถลดผลข้างเคียงที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง ที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบเอนจิโอเทนซิน(angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors) เช่น captopril, enalapril ยาด้านเบต้า (beta-blocker) เช่น atenolol, propranolol ยาด้านแคลเซียม (calcium channel blocker:CCBs) ได้แก่ amlodipine, felodipine ยาขับปัสสาวะ (thiazide diuretics) เช่น hydrochlorothiazide ยาขับปัสสาวะที่ขับโปแตสเซียมน้อย เช่น amiloride, triamterine เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ไม่เพิ่มขนาดยาเอง ไม่ซื้อยารับประทานเองหรือนำยาของผู้อื่นที่มีอาการคล้ายคลึงกันมารับประทาน ยาที่ใช้มีหลากหลายชนิดซึ่งแพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณาถึงความเหมาะสมของการใช้ยา อธิบายความจำเป็นของการใช้ยา และอธิบายภาวะแทรกซ้อนถ้าไม่รับประทานยาต่อเนื่อง โดยจัดยาให้มีจำนวนมือน้อยที่สุด ส่วนใหญ่จะเป็นหลังอาหารเช้าหรือ

เป็นเข้าและยื่นเพื่อสะดวกในการรับประทาน (วัฒนา, 2545) การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุจากครอบครัวโดยการจัดยาเป็นมือ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับยาตรงเวลาและต่อเนื่อง

2. อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่สามารถควบคุมความโลหิตได้และไม่ได้ของเสาวนีย์, เฉลิมศรี, สุพรรณิ, โปยม, และ อุษา (2542) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง พบว่าการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ความวิตกกังวลและความไม่สบายใจที่มีอยู่เสมอ การไม่รับประทานยาและการไม่ไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งอุปสรรคต่าง ๆ อาจมีมากน้อยต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่สำหรับผู้สูงอายุตอนกลางที่มีจิตใจจำกัดในการช่วยเหลือตนเองแล้วอุปสรรคบางอย่างอาจมากกว่าปกติทั่วไปได้ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2.1. การรับประทานยา

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย อาจมีความบกพร่องในเรื่องของการได้ยิน การมองเห็น และอาการหลงลืมได้ง่าย อาจทำให้ขาดข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การลืมรับประทานยา หยิบยาผิดจากการเห็นซองยาไม่ชัดเจน ถ้าผู้ป่วยจำสัียรรับประทานอาจรับประทานยาไม่ครบถ้วนเนื่องจากการลืมหรือมองไม่ชัดเจน จากการศึกษาของ ธิติมาศ และ นงนุช (2544) เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ค่อยสนใจในการหาความรู้เรื่องยาลดความดันโลหิต จะไม่กล้าถามถึงการออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา ภาวะพร่องในการมองเห็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จำสัียรในการรับประทาน หรือการอ่านวิธีรับประทานยาที่หน้าซองยาไม่เห็น ซึ่งเสี่ยงต่อการหยุดยาหรือเพิ่มยาเอง การจัดยาเป็นมือ ๆ โดยครอบครัวจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

2.2 การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพปากและฟัน ปัญหาที่พบคือ ฟันจะร่วงหลุด หรือฟันผุ มีความเจ็บปวดและรู้สึกไม่สบายในช่องปาก ต่อม น้ำลายทำงานลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำลาย สารเคลือบฟันบางลง ทำให้ฟันแตกหักง่าย ทำให้การบดเคี้ยวภายในปากเป็นไปได้ไม่ดีต้องใช้ฟันปลอม ความสามารถในการรับประทานฝัก ผลไม้ลดลงมีข้อจำกัดในชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน (กุลยา และ อังสนา, 2546) เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาท้องผูก การรับรสชาติในการรับประทานอาหารลดลง จากการทำงานของต่อมรับรสลดลง มีปัญหาเรื่องการปรุงรส โดยเฉพาะรสชาติอาหารหวานเค็ม (วินัส, 2541) การติดอยู่กับรสชาติเดิม ๆ ที่เคยรับประทาน

สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2536) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารที่รสชาติ วิธีการปรุงส่วนใหญ่มีการปรุงตามปกติเหมือนผู้อื่นในครอบครัว นิยมเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารเพราะชอบอาหารรสเค็ม การปรุงอาหารโดยครอบครัวที่มีความรู้เรื่องโรคจะช่วยลดการรับประทานอาหารเค็มได้

2.3 การออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่นมีแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น การดูดซึมของลำไส้ลดลง น้ำไขข้อลดลง ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ปวดข้อ (วิไลวรรณ, 2545) ให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซ้ำลง ขาดความคล่องแคล่วปัญหาในเรื่องของข้อกระดูกที่เสื่อม มีอาการปวดข้อ ไม่สามารถเดินออกกำลังกายได้ ต้องนั่งเป็นเวลานาน ๆ

2.4 ความเครียด

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีความเครียด ความวิตกกังวลภายในที่มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีอาการนอนหลับยากและตื่นบ่อย ๆ และมีความกังวลใจเกี่ยวกับลูกหลานหรือความขัดแย้งในครอบครัว จากการศึกษาที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ต้องรับประทานอาหารลดเค็ม การต้องไปพบแพทย์ตามนัด ความซับซ้อนใจจากความเสื่อมถอยของวัย และการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ต้องอาศัยบุตรหลานเป็นผู้นำพาไปพบแพทย์ตามนัด ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ขณะมาโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล จะเพิ่มความเครียดให้มากยิ่งขึ้น

2.5 การพบแพทย์ตามนัด

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องไปพบแพทย์ต่อเนื่อง เพื่อติดตามระดับความดันโลหิต จากความเสื่อมของร่างกายที่ลดลง เช่นการเคลื่อนไหว การมองเห็น ความจำ ตลอดจนรายได้ที่ลดลง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการไปพบแพทย์ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัว จากการศึกษาของอรนุช (2544) เรื่อง แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 75 ปีขึ้นไป) พบว่า ภาวะการมีโรคประจำตัวและรายได้ของผู้สูงอายุวัยปลาย มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ โดยการมีโรคประจำตัวและรายได้น้อยกว่า 1000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งต้องให้ครอบครัวนำไปหรือช่วยเหลือด้านการเงิน การที่ผู้สูงอายุต้องดูแลหลานที่บุตรไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาไปตามนัดหรือต้องคอยให้บุตรว่างจากการทำงานจึงสามารถไปพบแพทย์ได้ ตลอดจนการใส่ใจต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเอง จากการศึกษาของบรินเดล และ คณะ (Brindel et al., 2006) พบว่า ผู้หญิงมีความถี่ในการใส่ใจด้านการรักษา และควบคุมโรคมกกว่าผู้ชาย และจากคนที่มิประวัติในครอบครัวที่เป็นโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มีน้ำหนักมาก เป็นเบาหวาน และความถี่ของการเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ จะใส่ใจในการรักษามากกว่า

สรุป

อุปสรรคด้านการรับประทานอาหารเสริม การลิ้มรับประทานยา การไม่พบแพทย์ตามนัด อาจทำให้ผู้สูงอายุตอนกลางที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติได้ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยแก้ไขปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆ โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมและป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น เพิ่มความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อคุณภาพที่ดี ดำรงชีวิตตามศักยภาพของผู้สูงอายุ

3. การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว

3.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก จากอิทธิพลที่มีต่อสุขภาพ เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่ได้รับความสนใจมีผลต่อสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของมนุษย์ ที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของคนในด้าน สรีระวิทยาและจิตสังคม

3.1.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976 cited by Lin, Dean & Ensel, 1986) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระหว่างความเอื้ออาทร ความรัก คุณค่า ความเอาใจใส่ และเครือข่ายสังคมที่เกี่ยวข้อง

เฮาส์ (House, 1981) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคคล เพื่อน เพื่อนบ้าน เครือข่ายการทำงาน การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการป้อนกลับการเรียนรู้เพื่อการประเมินค่า

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความเอื้ออาทร ความรัก ระหว่างบุคคล เพื่อน เครือข่ายสังคมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ความรู้เพื่อการประเมินค่า

3.1.2 มิติของการสนับสนุนทางสังคม

มิติของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผู้แบ่งมิติของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

คอบบี้ (Cobb, 1976 cited by Lin, Dean, & Ensel, 1986) ได้แบ่งมิติการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความชอบ การดูแลเอาใจใส่ที่มีความใกล้ชิดที่ผูกพันและลึกซึ้ง
- 2) ความเคารพและคุณค่า (esteem Support)
- 3) การมีพันธะหน้าที่ซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support)

เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 cited by Cohen & Syme, 1985) ได้แบ่งมิติการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- 2) การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ (tangible support) หมายถึง การช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงิน หรือการให้บริการ
- 3) การสนับสนุนด้านข่าวสาร (informational support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ ซึ่งช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการกระทำของบุคคล

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งมิติการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการได้รับการยกย่อง สรรเสริญ เชื่อฟัง มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีความเกี่ยวข้องกับผูกพันกัน
- 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการประเมินคุณค่าตนเองทางสังคม การเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ต้องการ
- 3) การสนับสนุนด้านข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ การชี้แนะทางการปฏิบัติในเรื่องของความรู้
- 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย การไปพบแพทย์ การเงิน การไปใช้บริการสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสนับสนุนทางสังคมตามกรอบ แนวคิดของเฮาส์ (House,

1981) เนื่องจากเป็นมิตติการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายคือด้านทรัพยากรด้านจิตใจ คือด้านอารมณ์ ด้านสังคมคือด้านข่าวสาร และด้านจิตวิญญาณคือด้านการประเมินค่า ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม และการสนับสนุนทางสังคมทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีคุณภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ, ยุพิน, ดวงฤดี, และ ทิพาพร (2543) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย (ครอบครัว) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) คือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดีขึ้น กล่าวคือ วัฒนธรรมของสังคมไทยมีวิถีชีวิตที่กำหนดหน้าที่ให้ครอบครัวที่มีบิดามารดาดูแลบุตร หลาน และเมื่อบุตรหลานเติบโตขึ้น บุตรหลานในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากขึ้นเข้าสู่ผู้สูงอายุ เมื่อวัยที่มากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามวัยความสามารถในการทำงานลดลง สถิติปัญญาลดลง รายได้ลดลงจากการเกษียณอายุเกิดความไม่มั่นคงในด้านร่างกายและจิตใจ (อุมาพร, 2544) มีความต้องการการดูแลและสนับสนุนจากครอบครัวมากขึ้นในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การนำไปพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการดูแลมากขึ้น ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.2 ผู้สูงอายุและครอบครัวไทย

ครอบครัว (family) เป็นหน่วยพื้นฐานที่เล็กที่สุดของสังคม ที่มีความใกล้ชิดของบุคคล เป็นสิ่งแวดล้อมที่เจริญเติบโตและพัฒนาตลอดช่วงการดำเนินของชีวิต บุคคลไม่สามารถพัฒนาให้ได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี (อุมาพร, 2544) ปัจจุบันได้สังเกตเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น ในมุมมองของครอบครัวไม่มองเฉพาะที่บุคคลในครอบครัวเท่านั้น แต่จะมองทุกส่วนที่เป็นครอบครัว มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ดังต่อไปนี้

คณะอนุกรรมการด้านครอบครัว ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2537 อ้างตาม อุมาพร, 2544) ได้ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจมีการดำเนินชีวิตร่วมกันรวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายและบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นข้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา รุจา (2541) ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง ครอบครัวที่มีลักษณะรวมดังนี้

1. ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป
2. สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย
3. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ

4. สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ฯลฯ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทของตน

สรุป ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีมากกว่า 1 คนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือกฎหมาย และอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งแต่ละคนทำหน้าที่ตามบทบาทที่ตนเองรับผิดชอบ

จากการศึกษาของฉัตรสุมน (2547) เรื่องบทบาทและสถานะของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยยังคงมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่ผู้หารายได้เข้าสู่ครอบครัวก็ตาม ผู้สูงอายुर้อยละ 71 อยู่กับบุตร ส่วนใหญ่นิยมอยู่กับบุตรสาว ยกเว้นเชื้อสายจีนที่นิยมอยู่กับบุตรชาย ซึ่งมีหน้าที่เลี้ยงดูหลาน หรือถ้าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี มองเห็นชัดเจนจะมีหน้าที่ปรุงอาหารสำหรับทุกคนในครอบครัวด้วย (นภาพร และจอห์น, 2542) ร้อยละ 4 อยู่คนเดียวที่เหลื่ออยู่กับคู่สมรสและเครือญาติ แต่การอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสนั้น บ้านที่อยู่อาศัยมักอยู่ใกล้กับบุตรในละแวกเดียวกัน หรือหมู่บ้านเดียวกันที่บุตรสามารถดูแลในเรื่องของอาหาร การช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ส่วนบุตรอื่น ๆ ที่อยู่ห่างไกลมีหน้าที่ให้เงินเท่านั้น จะมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร และ แซกซารี (2543) เรื่องสุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุในประเทศไทย : บุตรอยู่ที่ไหนและทำอะไรอยู่ พบว่าในสังคมปัจจุบันพ่อและแม่จะอยู่กับญาติที่อยู่ในชนบท หรือผู้สูงอายุจะอยู่กับบุตรคนใดคนหนึ่ง ส่วนบุตรที่เหลื่อจะมีการมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวเท่านั้น ซึ่งการมาเยี่ยมเยือนของบุตรที่อยู่ไกลนั้นอาจมองว่าเป็นโอกาสที่จะมาพบปะสังสรรค์กันถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แต่ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดี การมาเยี่ยมก็อาจมาเพื่อสนองความต้องการช่วยเหลือของผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน แต่ถ้ามีคนดูแลอยู่แล้ว การมาเยี่ยมอาจไม่น่าสนใจและทำให้ความถี่ในการมาเยี่ยมลดลง

4. ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุตอนกลางที่มีความดันโลหิตสูง

ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของผู้สูงอายุตอนกลางที่มีความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) สามารถแบ่งเป็นด้าน ๆ ได้ดังนี้

4.1 ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความต้องการความสนใจเอาใจใส่ ตลอดจนการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการต่างๆ เช่น การเข้าชมรมผู้สูงอายุ การได้ออกกำลังกายกับผู้สูงอายุอื่นในวัยเดียวกัน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันช่วยให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกตัดจากโลกภายนอก ทำให้ไม่รู้สึกเสียเหงาเกิดความเพลิดเพลินได้เพื่อนใหม่ ได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม (จันทนา, 2541) และเป็นการผ่อนคลายความเครียดเป็นผลให้หลับพักผ่อนได้ ส่งเสริมทางด้านสุขภาพจิตตามความเชื่อของบุคคล (ทศนีย์, 2545) จากการศึกษาของวันดี (2544) เรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออายุที่ยืนยาวเกิน 100 ปีของผู้สูงอายุไทย

พบว่า ศาสนาเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนปฏิบัติเป็นประจำ ทำให้มีจิตใจสงบ รู้จักปรับตัว การมีเพื่อนที่ไปวัดด้วยกันทำให้สุขภาพจิตใจไม่เหงา การใช้เวลากับญาติมิตรเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์หรือมีกิจกรรมร่วมกันกับคนในครอบครัวญาติพี่น้อง มีโอกาสได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความรักและความภาคภูมิใจในบรรพบุรุษ การใช้เวลากับตนเองมนุษย์ทุกคนต้องการเวลาเป็นส่วนตัวเพื่อไตร่ตรองทบทวนความคิดและการปฏิบัติตนในแต่ละวันอันจะนำไปสู่การเข้าใจตนเอง เข้าในธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงของชีวิต ตระหนักในบทบาทของตนเองมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาชีวิตและสังคมที่ดำรงอยู่

4.2 ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร

4.2.1 ความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย

เป็นความต้องการเพื่อสนองความต้องการของร่างกายในการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย

4.2.1.1 ความต้องการได้อากาศถ่ายเทได้ดี ผู้สูงอายุโดยปกติจะมีการดำรงชีวิตเข้าสู่ธรรมชาติ (ประคอง, 2543) เช่นการปลูกต้นไม้ ปลูกผักสวนครัวเป็นงานอดิเรก ทำให้ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ได้รับแสงแดดอ่อน ได้ออกกำลังกายในที่โล่งแจ้ง ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพ

4.2.1.2 ความต้องการได้รับอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ ต้องการอาหารครบ 5 หมู่ อาหารที่อ่อนนุ่ม ไม่เค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง เคี้ยวได้ง่าย แหล่งอาหารโปรตีนที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงคือ ปลา เพราะมีไขมันต่ำ ทำให้สุกได้ง่าย มีเนื้ออ่อนนุ่ม และสามารถนำมาปรุงอาหารได้หลายชนิด ไขมันที่ควรเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัว และสามารถลดโคเลสเตอรอลในเลือดเช่น น้ำมันพืชต่าง ๆ ควรปรุงด้วยการนึ่ง ต้ม ย่าง แทนการทอด วิตามินส่วนใหญ่ได้มาจากอาหารประเภทผักและผลไม้ น้ำวันละมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร แต่ส่วนใหญ่จะได้รับน้ำน้อยเนื่องจากกลัวการเข้าห้องน้ำขยับถ่ายปัสสาวะถ้าดื่มน้ำมาก (จूरรัตน์, 2543)

4.2.1.3 ความต้องการขับถ่าย การถ่ายอุจจาระต้องการอาหารที่มีกากจากผักและผลไม้ที่อ่อนนุ่ม ถ้าอาการท้องผูกควรได้รับยาระบายจากแพทย์ การได้รับยาขับปัสสาวะ เช่นไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (hydrochlorothiazide) โดยรับประทานหลังอาหารเช้าเพื่อจะได้มีการปัสสาวะในกลางวัน ควรรับประทานตรงตามเวลา และควรให้ดื่มน้ำมากในตอนกลางวัน และกำจัดน้ำดื่มในตอนเย็น โดยเฉพาะก่อนเข้านอนประมาณ 2 ชั่วโมง ควรงดเว้น เพื่อป้องกันการถ่ายปัสสาวะมากในตอนกลางคืน ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มพวกราชา กาแฟ หรือน้ำผลไม้ เพราะทำให้ถ่ายปัสสาวะมาก สถานที่ใช้ขับถ่ายต้องสะอาด มีความเป็นส่วนตัวเพียงพอเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีต่อการขับถ่าย ห้องน้ำต้องอยู่ไม่ไกลมีแสงสว่างเพียงพอ พื้นต้องไม่ลื่น มีราวจับที่ผนังและใช้ส้วมโถนั่ง ควรมีกริ่งเรียก เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

4.2.1.4 ความต้องการการออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยลดความดันโลหิตได้ ครอบครัวและชุมชนควรให้การสนับสนุนการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล, ศิริรัตน์,

และ อัครอนงค์ (2545) เรื่อง ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าการไม่ได้เพิ่มสมรรถนะ แห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการที่สมาชิกใน ครอบครัวช่วยพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเป็นการสนับสนุนส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ให้ผลดีที่สุด ควรอยู่ระหว่าง 30 – 60 นาที วิธีที่นิยมคือ มวยจีน แกว่งแขน โยคะ การเดิน วิ่งทวน จี้อักรยาน และว่ายน้ำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความถนัดของบุคคล (นัยนา, 2543)

4.2.1.5 ความต้องการได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การพักผ่อนที่เพียงพอ จะช่วยลดความดันโลหิต การส่งเสริมการนอนหลับ โดยการค้นหาสาเหตุทางร่างกายที่ทำให้นอน ไม่หลับ เช่นภาวะความเจ็บป่วย ภาวะทางอารมณ์เช่นความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า จัดสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสง เสียงที่เหมาะสมกับการนอนหลับ รวมถึงการใช้ยานอนหลับซึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุหลับได้แต่คุณภาพการหลับจะลดลง (พวงเพ็ญ, 2542) ไม่ควรออกกำลังกายภายใน 3 ชั่วโมง ก่อนนอน (วิภาวรรณ, 2543) ดูแลให้ได้รับเครื่องดื่มอุ่นๆก่อนนอนเช่นนมถั่วเหลือง นมสด (จุริรัตน์, 2543) หากผู้สูงอายุนอนไม่หลับเกิน 30 นาที ให้ทำกิจกรรมเช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึก การหายใจ (วิภาวรรณ, 2543) หรือการสวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน ๆ ละ 30 นาที ซึ่งช่วยสนับสนุน การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (ศรชัย, 2546)

4.2.1.6 ความต้องการเสื้อผ้าและเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมกับอุณหภูมิ การสวมใส่ เสื้อผ้าที่เหมาะสมกับรูปร่างและอุณหภูมิ วิธีการสวมใส่สบาย ไม่หลวมจนเกินไปจนทำให้เกิดการกดทับ และเกิดการแตกของหลอดเลือดได้ และไม่ควรรัดจนเกินไปจนทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดไม่ สะดวก ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้

4.2.1.7 ความต้องการร่างกายที่สะอาดเรียบร้อย การมีร่างกายที่สะอาดเรียบร้อย ปราศจากการหมักหมม เป็นการป้องกันโรค และเป็นที่ยอมรับเข้าใกล้ของบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง การสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่สะอาดทำให้เกิดความเครียดได้ ในช่วงอากาศร้อน ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงควรได้รับการอาบน้ำวันละอย่างน้อย 2 ครั้งเพื่อป้องกันระดับความดันโลหิต ที่ต่ำลงอย่างกะทันหันจากการขยายตัวของหลอดเลือดควรได้รับการนวดมือและเท้าเพื่อกระตุ้นการ ไหลเวียนของเลือด หรือโดยการแช่เท้าในน้ำอุ่น 10 – 15 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้งในช่วงฤดูหนาว

4.2.1.8 ความต้องการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุและอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือการพลัดตกหกล้ม (กรองจิต, 2543) เพราะเสี่ยงต่อการแตกของหลอดเลือดในสมองจากการกระแทก สอดคล้องกับ การศึกษาของเพ็ญศรี, ยูพาพิน, และ พรรณวดี (2543) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้ม ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุหกล้มในห้องน้ำมากที่สุดโดยมีสาเหตุมาจากลักษณะของพื้นและห้องน้ำ

ของคนไทยไม่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ สภาพบ้าน แสงสว่าง เสียง สัตว์เลี้ยง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4.2.1.9 เงิน ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีความต้องการเงินสำหรับการรักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และใช้ส่วนตัว ตลอดจนการใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรณุช, สุนทรตรา, และ ขนิษฐา (2546) เรื่องความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลายและปัจจัยด้านประชากรที่เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจในระดับสูง

4.2.2 ความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงประกอบด้วย

4.2.2.1 การรับประทานยา ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีความต้องการ การดูแล เรื่องของจำนวนยาที่รับประทานในแต่ละมื้อ เนื่องจากการลืม การมองเห็น ควรจัดยาให้ง่ายในการรับประทานเช่น การจัดยาก่อนอาหารเช้าไว้หนึ่งกระป๋อง ก่อนอาหารเช้าหนึ่งกระป๋องที่มีสีแตกต่างกันชัดเจน ง่ายต่อการหยิบ

4.2.2.2 การพบแพทย์ตามนัด ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นที่จะต้องไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อไปรับยา และติดตามระดับความดันโลหิตทุกครั้งที่มีการพบแพทย์ จึงต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัว ในเรื่องของการช่วยเหลือขณะมาพบแพทย์และต้องการการช่วยเหลือในเรื่องของค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็นขณะมาพบแพทย์

4.2.2.3 การสังเกตอาการผิดปกติ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีอาการผิดปกติได้ง่าย เช่นอาการวิงเวียนศีรษะ ตาลาย เสียงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสังเกตอาการหรือการรับฟังปัญหาตั้งแต่ระยะแรก จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาได้

4.3 ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

4.3.1 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค คำแนะนำ การชี้แนะ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากแพทย์ผู้รักษา และการได้พูดคุยกับผู้สูงอายุที่เหมือนกันหรือจากสื่อต่าง ๆ เช่นวิทยุ โทรทัศน์ วัสดุ ต่าง ๆ

4.3.2 ความต้องการแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การมีชมรมผู้สูงอายุในชุมชน วัด และสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อปรึกษาหรือแก้ปัญหาเล็กน้อย

4.4 ความต้องการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า เป็นการประเมินค่าของการให้ข้อมูลต่าง ๆ ในการปฏิบัติตน เพื่อจะได้ประเมินตนเองว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นถูกต้องหรือไม่ การยอมรับการยกย่องชมเชยถึงสิ่งที่ตนปฏิบัติได้ดีและยอมรับการติชมในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนการเป็นที่ยอมรับของครอบครัว เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา และมีการชื่นชมความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมา

5. การรับรู้

ความหมายของการรับรู้

มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ดังต่อไปนี้

การรับรู้ (perception) หมายถึง ผลของความรู้เดิมบวกกับการรับสัมผัส เมื่ออวัยวะรับสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้วส่งไปยังสมอง เกิดความคิด การเข้าใจ เกิดการรับรู้ สมองจึงส่งคำสั่งไปยังอวัยวะรับคำสั่งให้แสดงพฤติกรรมที่เกิดเนื่องจากร่างกายได้รับสิ่งเร้า นั้น ๆ โดยอาศัยความคิด ความเข้าใจ และประสบการณ์ และบางครั้งก็มีอารมณ์เข้ามาปะปน (กัลยา, 2544)

การรับรู้ (perception) หมายถึง กระบวนการคิดและจิตใจของมนุษย์ ที่แสดงในเรื่องต่าง ๆ ของคนซึ่งแต่ละคนมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน เป็นกระบวนการที่สำคัญที่สุดในการรับรู้ที่จะแสดงออกให้บุคคลอื่น ๆ เข้าใจ (King, 1981)

สรุป การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายของสมองและจิตใจ โดยอาศัยสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งแปลความหมายตามการประสบการณ์ที่ผ่านมา แล้วสะสมเป็นประสบการณ์ใหม่

กระบวนการรับรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนประกอบด้วย (กัลยา, 2544)

1. สิ่งเร้ามากระทบอวัยวะสัมผัส
2. กระแสประสาทสัมผัสวิ่งไปยังระบบประสาทส่วนกลางที่สมอง
3. สมองแปลความหมายออกเป็นความรู้ ความเข้าใจโดยอาศัยความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม

ความจำ เจตคติ ความต้องการ ปทัสถาน บุคลิกภาพ เซาว์ปัญญา

ปัจจัยกำหนดการรับรู้

สิ่งที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยของการรับรู้ได้แก่

1. เพศ มีผลต่อสติปัญญา และการรับรู้ของบุคคล โดยมีแนวโน้มว่าเพศชาย มีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีกว่าเพศหญิง เนื่องจากมีการแตกต่างเรื่องโครงสร้างของสมอง ทำให้สติปัญญา และการรู้สึกลึกซึ้งแตกต่างกัน ประกอบกับบทบาทของชายในสังคม และมีโอกาสศึกษามากกว่าผู้หญิง (ฉัตรสุมน, 2547)

2. อายุ ซึ่งมีผลต่อระดับของการพัฒนาการของผู้รับรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต เมื่ออายุมากขึ้น ย่อมมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจเลือกในทางที่ดี มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนการรับรู้ต่าง ๆ ของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาสูง มักได้เปรียบในการเรียนรู้ มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ มีวิธีการคิดวิเคราะห์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกการปฏิบัติได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

4. ความตั้งใจ (attention) ที่จะเรียนรู้ และความสนใจ การรับรู้สิ่งใด ๆ ก็ตามถ้าหากมีความสนใจหรือตั้งใจที่จะรับรู้ มักจะเห็นหรือได้ยินสิ่งนั้นก่อน และมนุษย์จะรับเลือกเฉพาะสิ่งที่ไม่ขัดใจหรือไม่ทำลายสถานการณ์ (กัลยา, 2544)

5. ความต้องการ ความปรารถนา (need) บุคคลใดก็ตามต้องการอะไรก็สนใจสิ่งนั้น ๆ ความต้องการจะเป็นตัวกำหนดว่าจะรับรู้สิ่งใด

6. เจตคติ มีผลต่อการแปลความหมาย เจตคติเป็นความรู้สึก ความคิดเห็นหรือสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ถ้าบุคคลมีเจตคติต่อสิ่งใดก็จะมีความรู้สึกดีต่อสิ่งนั้น ๆ

7. อิทธิพลของสังคม ความเป็นอยู่ของสังคมและวัฒนธรรม เป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของคน ทำให้คนแต่ละกลุ่มมีการรับรู้ในเรื่องต่าง ๆ แตกต่างกันไป

8. ความสนุกสนานเพลิดเพลิน มีผลต่อการรับรู้ ความสนุกสนานทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ได้รวดเร็วและได้ดี

9. แรงจูงใจ (motivation) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการในสิ่งใด ๆ ทำให้บุคคลรับรู้ในสิ่งนั้น ๆ ได้ดี

10. คุณค่า (value) จะเพิ่มความสนใจ ใส่ใจต่อการที่จะรับรู้ คุณค่ามีอิทธิพลต่อการรับรู้ (กัลยา, 2544)

11. การคาดหวัง (expectancy) ทำให้บุคคลได้เตรียมพร้อมในการรับรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่คาดหวังล่วงหน้าไว้

จะนั้นการเรียนรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อความต้องการและการได้รับ มีแนวโน้มที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เพศ การศึกษา ประสบการณ์ที่ผ่านมา

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ และจากอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูง การเป็นโรคและความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เมื่อเจ็บป่วยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ โดยการสนับสนุนการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ถ้าทั้งผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีการรับรู้ความต้องการที่ตรงกัน และผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการ และครอบครัวตอบสนองตามความต้องการแล้ว ความผาสุกในครอบครัวจะบังเกิดขึ้น ความรัก ความอบอุ่นจะตามมา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ความดันโลหิตสูงก็จะดีขึ้นตามอัตรา