บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
    - 1.1 ความหมาย
    - 1.2 อุบัติการณ์และความชุกในผู้สูงอายุ
    - 1.3 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
    - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง
    - 1.5 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง
    - 2.1 วิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
    - 2.2 การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิต
    - 2.3 หลักการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
    - 2.4 การติดตามภายหลังได้รับยาลดความดันโลหิต
    - 2.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลชุมชน
3. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ
4. พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ
    - 4.1 ปัญหาของผู้สูงอายุที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา
    - 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุ

1. โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่เรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์สูงและเป็นต้นเหตุที่นำไปสู่โรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพหลายโรคได้แก่ โรคหัวใจโคโรนารี โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (จักรพันธ์, 2546; โสภิต, 2545)

1.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุหมายถึง ระดับความดันซีสโตลิค (systolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิค (diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (World Health Organization International Society of Hypertension [WHO], 1999)

1.2 อุบัติการณ์และความชุกในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2539-2540 พบว่ามีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14-15 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง (จันทร์เพ็ญ, 2543) และพบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของผู้สูงอายุ รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

1.3 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประทศไทยได้นิยามความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549)

1. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันซีสโตลิคตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

2. Isolated systolic hypertension หมายถึง ระดับความดันซีสโตลิคตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ระดับความดันไดแอสโตลิคต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตของคนเราในปัจจุบัน (WHO, 1999) โดยเฉพาะผู้สูงอายุดังนี้

1.4.1 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นประจำส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูง เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคติน ซึ่งก่อให้เกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดและเป็นสาเหตุของการตีบตันในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี และสูบบุหรี่จะส่งผลต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกและเส้นเลือดหัวใจอุดตันเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 (WHO, 1999)

1.4.2 น้ำหนักตัว การที่น้ำหนักตัวยิ่งมากขึ้นจะเพิ่มปริมาณไขมันในร่างกาย ส่งผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือด โดยมีการศึกษาพบว่า น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maski, Curb, Chiu, Petrovitch & Rodriguez, 1997)

1.4.3 การดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก จะเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ และเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดรัดตัว ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก จึงมีความสัมพันธ์กับ

ความดันโลหิตสูงและโรคอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับโรคระบบหลอดเลือด ดังเช่นการศึกษาของกสิทธิ์ (2547) เรื่องผลการดื่มแอลกอฮอล์ต่อระดับความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มาตรวจโรคทั่วไปที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 281 กรัมและดื่มเป็นระยะเวลา 3-4 วันต่อสัปดาห์ จะมีภาวะเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมากกว่าผู้ชายที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มตัวอย่างป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 281 กรัมเป็นเวลาทุกวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษามาร์มอทท์และคณะ (Marmott et al., 1994) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ 3 - 4 แก้วต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับความดันโลหิตซีสโตลิค และ ความดันไดแอสโตลิคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4.4 ความเครียด โดยผลของความเครียดจะไปกระตุ้นให้ประสาทซิมพาเธติคในระบบประสาทอัตโนมัติ หลั่งสารนอร์อิพิเนฟฟริน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหลอดเลือดและระบบหัวใจคือ ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบตัน หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากไปเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ส่งผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (สมจิตและพรทิพย์, 2537)

1.5 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

ในระยะแรกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักไม่ปรากฏอาการ อาการแสดงมักจะพบขณะที่ความดันโลหิตสูงมาก โดยที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาการที่พบได้บ่อย คือ ปวดศีรษะแบบตื้อๆ บริเวณท้ายทอยในช่วงเช้า เวียนศีรษะ ตามัว อ่อนเพลียและใจสั่นร่วมด้วย (จักรพันธ์, 2546; จันทนา, 2536; 2545) โรคความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับ การรักษาเป็นระยะเวลานาน ๆ หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา จะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้และส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้

1.5.1 ผลต่อหัวใจ ทำให้หัวใจต้องบีบตัวต้านต่อความดันโลหิตสูง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัว มีความหนามากขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก ก่อให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ภาวะความดันโลหิตที่สูงนาน จะทำให้หัวใจขาดเลือดเกิดโรคหัวใจโคโรนารีและมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายได้ (จักรพันธ์, 2546)

1.5.2 ผลต่อสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง กล่าวคือมีการตีบแคบและขาดความยืดหยุ่น เกิดหลอดเลือดแดงในสมองแตกหรืออุดตันได้ ทำให้สมองขาดเลือดและเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ สับสน ซึม ชัก หมดสติหรือเสียชีวิตได้ (พึงใจ, 2541)

1.5.3 ผลต่อไต ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในที่หนา รูหลอดเลือดตีบหรือแคบลงทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ความสามารถในการกรองของเนื้อไตลดน้อยลง ไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ เกิดการคั่งของสารยูเรีย ทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด หมดสติ ผลสุดท้ายเกิดภาวะไตวายและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (จักรพันธ์, 2546; พึงใจ, 2541)

1.5.4 ผลต่อตา ทำให้หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ที่ตาเกิดการหนาและตีบแคบ ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น หลอดเลือดแตกและมีเลือดซึม เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เรตินา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ประสาทตาบวม เกิดอาการตามัว ไม่สามารถมองเห็นได้ (สมเกียรติ, 2546)

2.การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

2.1 วิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายของการรักษาคือ การลดความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งในกรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ แต่ในกรณีที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (ปราโมทย์, 2546) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในกรณีที่ระดับโปรตีนในกระแสเลือดน้อยกว่า 1 กรัมต่อวันและกรณีที่ระดับโปรตีนในกระแสเลือดมากกว่า 1 กรัมต่อวัน ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 125/75 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549) ซึ่งในการรักษาจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมกับวิธีการรับประทานยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาภายหลัง (ปราโมทย์, 2546; Chobanian, Bakris, Black, Cushman & Green, 2003) วิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้ 2 วิธี ดังนี้

2.1.1 การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ควรเริ่มทันทีหลังจากที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการลดน้ำหนัก การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ และการผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

2.1.1.1 การลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักสามารถลดระดับความดันโลหิตซีสโตลิคได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม (Chobanian et al., 2003) ซึ่งวิธีการลดน้ำหนัก จะใช้ได้ผลดีในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระดับแบบปานกลาง และรุนแรง ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงควรควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ หรือควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางมิลลิเมตร

2.1.1.2 การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม (dietary sodium reduction) โดยการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมหรือเกลือแกงน้อยกว่า 6.0 กรัมต่อวัน สามารถลดความดันซีสโตลิค ได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท โดยพบว่าการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ สามารถลดการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Whelton et al., 1998) และพบว่าการลด

อาหารที่มีโซเดียมมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสามารถลดความดันซีสโตลิคได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไดแอสโตลิคได้ 3.8 มิลลิเมตรปรอทในผู้สูงอายุ (Vollmer et al., 2001)

2.1.1.3 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (moderation of alcohol consumption) ในคนปกติควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ซีซีต่อวัน และในผู้ชายควรดื่มไม่เกิน 30 ซีซีต่อวัน ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยจะสามารถ ลดความดันซีสโตลิคได้ 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท

2.1.1.4 การออกกำลังกาย (physical activity) การออกกำลังกายจะมีผลทำให้หัวใจมีการบีบตัวดีขึ้น และช่วยให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น สำหรับผู้สูงอายุควรออกกำลังกายแบบแอร์โรบิคหรือเดินอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันหรือออกกำลังกายแบบไอโสโทนิค (isotonic excercise) (บรรลุ, 2542) ซึ่งสามารถลดความดันซีสโตลิคได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท ดังเช่นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า การรำมวยจีนสามารถลดความดันโลหิตซีสโตลิค ได้ร้อยละ 4.6 ลดความดันไดแอสโตลิคได้ร้อยละ 3.6 (Schaller, 1996) แต่ในผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric excercise) ได้แก่ การยกของหนัก การดึงหรือการทำงานที่ออกกำลังมากๆ เพราะทำให้หัวใจทำงานหนัก ส่งผลให้มีภาวะความดันโลหิตสูง (เกษม, 2532)

2.1.1.5 การรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ และอาหารไขมันต่ำ (adopt DASH eating plan) จะสามารถลดความดันซีสโตลิคได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท ดังเช่นในการศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ สามารถลดความดันโลหิตซีสโตลิคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Svetkey et al., 1999)

2.1.1.6 การผ่อนคลายความเครียด ทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติคลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงด้วย วิธีผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธีเช่น การนั่งสมาธิ ดนตรี การนวด ซึ่งจากการศึกษาของสุนันทาและคณะ (2540) เรื่องผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าสามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.2 การรับประทานยา

การรับประทานยาตามแผนการรักษา สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตสูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังได้ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการรับประทานยา ควรเริ่มต้นเมื่อระดับความดันโลหิตซีสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ

140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและความดันโลหิตไดแอสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่ใช้ทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่ม (ปราโมทย์, 2546; Chobanian et al., 2003) คือ

2.1.2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretic) เป็นยาตัวแรกที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ยานี้ออกฤทธิ์โดยไปลดปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ และลดการดูดกลับของโซเดียมที่ท่อไต ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (hydrochlorothiazide [HCTZ], ฟูโรซีมายด์ (furosemide), สไปโรโนแลคโตน (spironolactone) โดยยาขับปัสสาวะนอกจะช่วยลดความดันโลหิตแล้วยังพบว่า สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตได้ ดังเช่นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดต่ำ สามารถป้องกันเส้นเลือดในสมองแตก (SHEP Cooperative Research Group, 1991) และพบว่าสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันเส้นเลือดในสมองแตก และรักษาโรคเบาหวาน ในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Daholf et al., 1991; Psaty et al., 2003)

ข้อห้ามในการใช้ยาขับปัสสาวะคือ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคเกาท์ (gout) เนื่องจากการใช้ยาขับปัสสาวะในปริมาณที่มากกว่า 25 มิลลิกรัมต่อวัน จะทำให้เกิดภาวะกรดยูริกในเลือดสูง (จักรพันธ์, 2546)

อาการข้างเคียงของยาขับปัสสาวะคือ ปัสสาวะบ่อย ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น ผื่นแดง กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ตลอดจนสมรรถภาพทางเพศเสื่อม

2.1.2.2 ยาต้านเบต้า (beta blockers) โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเบต้าอะดรีเนอร์จิกรีเซปเตอร์ที่สมอง หัวใจและหลอดเลือด ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง และลดการสร้างเรนินที่ไตด้วย ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่เลือกใช้เป็นตัวที่ 2 ในการรักษาผู้สูงอายุ (Messerli, Grossman & Goldbourt, 1998) ได้แก่ อะทีโนลอล (atenolol), โพรพาโนลอล (propanolol), เมโตโพรลอน (metoprolol), ซาร์วีลอน (carvedilol) โดยการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ายาต้านเบต้าเป็นยาตัวที่สองที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันโรคหัวใจโคโรนารีและลดสาเหตุการตายในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Messerli, Grossman & Goldbourt, 1998)

ข้อห้ามในการใช้ยาต้านเบต้า คือ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคหอบ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ชีพจรเต้นช้า ท้องเดิน ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เจ็บหน้าอก ฝันร้าย ภาวะประสาทหลอน เมื่อยล้า อารมณ์ซึมเศร้า นอนไม่หลับ

2.1.2.3 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitors[ACE I]) โดยฤทธิ์ยับยั้งการสร้างเอ็นไซม์แองจิโอเทนซินทู ที่มีอยู่ในไต

และหลอดเลือด ไปลดการทำลายแบรดิไคนิน (bradykinin) และเพิ่มโปรสตาแกลนดิน (prostraglandin) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและลดการหลั่งของสารอัลโดสเตอโรน ยานี้จึงเหมาะกับการใช้ในผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วมด้วยและใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย โดยพบว่ายาในกลุ่มนี้สามารถลดอัตราการตายได้ดีกว่ายาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของแคลเซียม (ปราโมทย์, 2546) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ แคปโตพริล (captopril), อินาลาพริล (enalapril) เพอร์ ลินโดพริล (perindopril) และซิลาซาพริล (cilazaparil)

ข้อห้ามใช้ยาในกลุ่มนี้ คือ ไม่ควรใช้ในสตรีตั้งครรภ์ใน ไตรมาสที่ 2 และ 3 และ ผู้ป่วยภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง

อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ ไอ ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ผื่น ตะคริว และอุจจาระร่วง

2.1.2.4 ยาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของแคลเซียม (calcium antagonist) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจหดรัดตัวลดลง หลอดเลือดส่วนปลายคลายตัวและหัวใจบีบตัวเบาลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะตอบสนองได้ดีในผู้สูงอายุ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ไดเทยเซม (diltiazem), ไนเฟดิปีน (nifedipine), แอมโลดิปีน (amlodipine) และเวอราปามิล (verapamil)

ข้อห้ามใช้ยาในกลุ่มนี้คือ ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดปกติ

อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อยคือ ปวดมึนศีรษะ หน้าแดง ความดันโลหิตต่ำคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร

2.1.2.5 ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินทูรีเซฟเตอร์ (angiotensin II receptor antagonists [ACE II]) ออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัวและลดการหลั่งของอัลโดสเตอโรน (aldosterlone) ทำให้การดูดกลับของน้ำและโซเดียมในร่างกายลดลง ลดการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเธติค ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง (สายสมร, 2541) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ลอซาแทน (losartan), วาลซารแทน (valsartan), ไอบีซาน (irbesan) การใช้ยาในกลุ่มนี้มีข้อดีคือ ไม่ทำให้เกิดอาการไอ

ข้อห้ามใช้ยาในกลุ่มนี้ คือ ไม่ควรใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีภาวะโปตัสเซียมในเลือดสูง และโรคไต

อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ ปวดมึนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน

2.2 การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิต

การใช้ยาลดความดันโลหิต มีความสำคัญคือ สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างรวดเร็ว จึงสามารถลดอัตราการตายและอัตราการพิการจากเส้นเลือดในสมองแตกได้ (โสภิต, 2545) การเลือกใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิตมีหลักการดังนี้ (WHO, 1999)

2.2.1 การใช้ยาชนิดเดียว (monotherapy) จะใช้ยาขับปัสสาวะเป็นยาตัวแรก ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เพราะสามารถตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่า (สมเกียรติ, 2544) โดยเป็นยาชนิดเดียวที่ช่วยลดความดันซีสโตลิคและความดันไดแอสโตลิค 4-5 มิลลิเมตรปรอท และในกรณีความดันโลหิต160/95 มิลลิเมตรปรอท ลดความดันซีสโตลิคได้ 7-13 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไดแอสโตลิค 4-8 มิลลิเมตรปรอท

2.2.2 การใช้ยาหลายชนิดรวมกัน (combination therapy) การใช้ยามากกว่า1ชนิด สามารถช่วยลดความดันซีสโตลิคและความดันไดแอสโตลิคได้ 8-15 มิลลิเมตรปรอท และในกรณีความดันโลหิต 160 / 95 มิลลิเมตรปรอท จะสามารถช่วยลดความดันซีสโตลิคได้ 12-22 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไดแอสโตลิคได้ 7-14 มิลลิเมตรปรอท โดยในการใช้ยาร่วมกันจะเป็นดังนี้

2.2.2.1 ยาขับปัสสาวะร่วมกับยาต้านเบต้า

2.2.2.2 ยาขับปัสสาวะร่วมกับยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซิน และยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซฟเตอร์

2.2.2.3 ยาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของแคลเซียมร่วมกับยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซิน

2.2.2.4 ยาต้านแอลฟาร่วมกับยาต้านเบต้า

2.3 หลักการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

แม้ว่าการใช้ยาในการควบคุมความดันโลหิตสูง จะเป็นวิธีการที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีในผู้สูงอายุ แต่ก็ควรมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมด้วย จึงทำให้การใช้ยาได้ผลดียิ่งขึ้น โดยเวย์และคณะ (Weir et al., 2000) ได้ทำการศึกษาโดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและกลุ่มที่ได้รับยาความดันโลหิตสูง แต่ไม่ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมด้วย พบว่ากลุ่มที่รับประทานยาตามแผนการรักษาร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้ยาลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มีหลักการ คือ ควรเริ่มให้ช้า ๆและในปริมาณที่ต่ำ (Bennet, 1994) โดยค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาหรือให้ยาในขนาดที่ต่ำหลายๆชนิดรวมกัน โดยควบคุม

อาการข้างเคียงของยาให้น้อยที่สุด ที่สำคัญระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาต้องนาน และควรรับประทานไม่เกินวันละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุลืมรับประทานยา (จักรพันธ์, 2542; 2546; วีรวรรณ และ สิริพรรณ, 2546; สมเกียรติ, 2544; 2546; โสภิต, 2545) แต่มีข้อพึงระวังสำหรับผู้สูงอายุ คือ ในการใช้ยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของแคลเซียม ซึ่งไม่ได้ผ่านการสังเคราะห์ที่ตับก่อน จะต้องระวังภาวะความดันโลหิตต่ำที่จะเกิดขึ้น (อรทัย, กำพล และกิตติมา, 2545)

2.4 การติดตามภายหลังจากได้รับยาลดความดันโลหิต

การได้รับยาลดความดันโลหิต จำเป็นต้องมีการติดตามระดับความดันโลหิตและอาการข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนขนาดยา (WHO, 1999) โดยมีวิธีการดังนี้

2.4.1 กรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยา แพทย์จะพิจารณาเปลี่ยนยาเป็นกลุ่มอื่น ลดขนาดยาและเพิ่มยาอีกกลุ่มกับยาเดิม

2.4.2 หลังจากได้รับยาไปแล้ว 3 เดือน หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แต่ไม่มีอาการข้างเคียงของยา ต้องเพิ่มยาเป็นคนละกลุ่มกับยาเดิม และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมด้วย

2.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนาหม่อม อ.นาหม่อม จ. สงขลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีแนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ดังต่อไปนี้

2.5.1 ขณะผู้ป่วยมาตรวจให้นั่งพัก ในท่าที่สบายประมาณ 5-15 นาที ก่อนที่จะวัดความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เจ้าหน้าที่จะนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำ ทุก 3-6 เดือนเป็นเวลา 1 ปี

2.5.2 ถ้าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำทุก 2 อาทิตย์ ติดต่อกันเป็นเวลา 2 ครั้ง พร้อมทั้งแนะนำการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมด้วย ถ้าระดับความดันโลหิตไม่ลดลง จะเริ่มให้ยาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และนัดผู้ป่วยมาวัดความดันโลหิตซ้ำ พร้อมทั้งสังเกตและซักถามถึงอาการผิดปกติหลังจากได้รับยา ถ้ามีอาการผิดปกติจะนัดทุก 2 สัปดาห์ แต่ถ้าไม่มีอาการผิดปกติจะนัดให้มาตรวจ ครั้งต่อไปอีกเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งการใช้ยารักษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าว จะเลือกใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2547) โดยพิจารณาการใช้ตามลำดับดังนี้

2.5.2.1 ยาขับปัสสาวะ ยาที่ใช้ คือ ไฮโดรคลอโรไธอะไซด์ ฟูโรซีมายด์

2.5.2.2 ยาต้านเบต้า ยาที่ใช้ คือ เมโตรโพรลอล โพรพาโนลอล

2.5.2.3 ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (vasodilator antihypertensive drug) ยาที่ใช้คือ ไฮดราราซีน (dihydrarazine)

2.5.2.4 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซิน ทู ยาที่ใช้ คืออินาราพริล

2.5.2.5 ยาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของแคลเซียม ยาที่ใช้ คือ ไนเฟดดิปีน

3. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีที่ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตสังคมของเลวิน (Lewin) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของการเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นน่าจะก่อให้เกิดผลดีกับตน และจะหนีห่างสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่ปรารถนา โดยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งโรเซนสตอค (Rosenstock) ได้สรุปไว้ในระยะแรกมีแนวคิดคือ การรับรู้และความคาดหวังของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเป็นโรค 2) โรคนั้นมีความรุนแรง 3) การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เขาในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคและไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของผู้ป่วยเช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความอายเป็นต้น (Rosenstock, 1974 อ้างตามสุชัญญา, 2542) ต่อมาภายหลังเบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545) ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วยตัวแปรทางจิตสังคมที่อธิบายพฤติกรรมหรือการตัดสินใจในการเลือกกระทำของบุคคล โดยคาดว่าบุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนจะได้รับและความเชื่อของบุคคล ซึ่งเบคเกอร์ได้เสนอองค์ประกอบ 3 ประการ ในการอธิบายพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลกล่าวคือ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

3.1 การรับรู้ส่วนบุคคล (individual perception) มีผลโดยตรงต่อแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรม ประกอบด้วย

3.1.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility หรือ vulnerability) เป็นการรับรู้ต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพหรือเกิดโรคของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะมีระดับแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตั้งแต่ไม่รับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้นเลย จนถึงระดับที่รู้ว่าตนมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดโรคนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงในระดับสูงจะทำให้แนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคสูง

3.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived seriousness หรือ severity) ซึ่งอาจเป็นผลต่อด้านร่างกาย หน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว หรือความสัมพันธ์ต่าง ๆ บุคคลที่รับรู้ว่า

เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วจะก่อให้เกิดผลรุนแรง บุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคตามที่แนะนำมากขึ้น

3.2 ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่ผลทางอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมร่วมกับการรับรู้ด้านต่าง ๆ ของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย

3.2.1 ปัจจัยทางประชากร (demographic factors) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ เศรษฐฐานะ โดยเพศเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ซึ่งผู้หญิงจะมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นมากกว่าผู้ชาย ส่วนระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ กับความถี่ของการแสดงพฤติกรรม เช่นเดียวกับรายได้ พบว่ารายได้สูงจะมีส่วนทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้มากขึ้น

3.2.2 ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา (sociopsychological factors) ความกดดันหรืออิทธิพลจากสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นพฤติกรรมที่เหมาะสม กลุ่มอ้างอิงหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญของบุคคลนั้นจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติและความเชื่อ ซึ่งจะกดดันให้บุคคลมีพฤติกรรมตามบรรทัดฐานของกลุ่ม

3.2.3 ตัวแปรทางโครงสร้าง (structural variables) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือการที่เคยเป็นโรคมาก่อนหรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เคยได้รับ

3.2.4 การรับรู้การคุกคามจากโรค (perceived threat) การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะเป็นผลให้บุคคลรับรู้ต่อการคุกคามจากโรคต่อตัวเขา ภาวะคุกคามนี้จะให้คุณค่าทางลบต่อบุคคล ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะนั้น

3.2.5 ตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) เป็นสิ่งกระตุ้นหรือตัวเร่งให้เกิดการแสดงการกระทำที่เหมาะสมออกมา ตัวชี้แนะอาจเป็นตัวชี้แนะภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะทางร่างกาย และอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ความรู้สึกเมื่อยล้า หรือการระลึกได้ดังภาวะการณ์ของบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นโรค ส่วนตัวชี้แนะภายนอก ได้แก่ สื่อสารมวลชน คำแนะนำจากผู้อื่น โปสเตอร์ บทความจากหนังสือ หรือเอกสารต่าง ๆ ไปรษณียบัตรเตือนความจำ เป็นต้น ซึ่งตัวชี้แนะจะต้องมีเพียงพอที่จะเริ่มให้เกิดพฤติกรรม

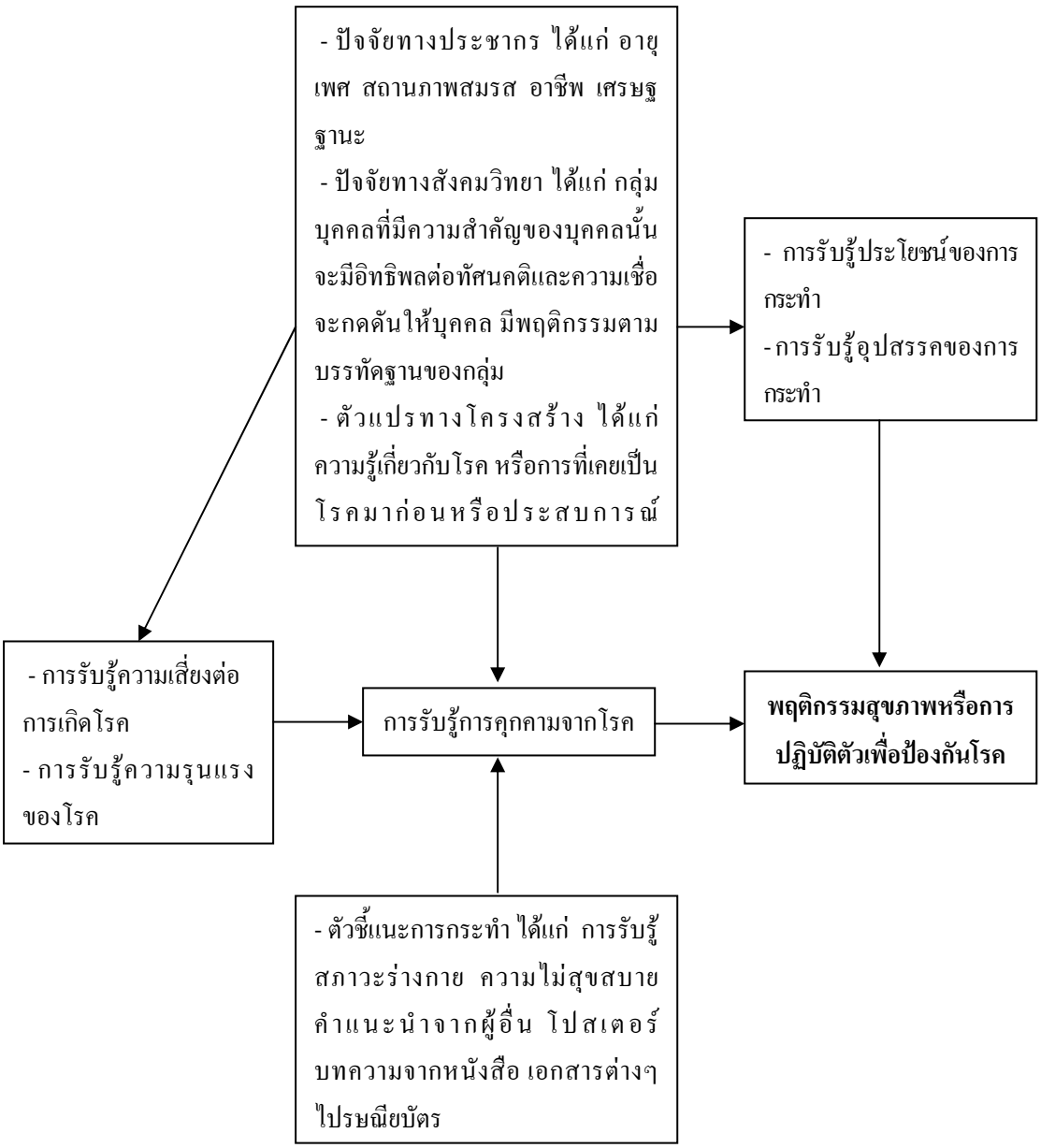
3.3 ตัวชี้บ่งการกระทำ (likelihood of action) จะครอบคลุมถึงการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ประกอบด้วย

3.3.1 การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits of preventive action) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมที่ได้รับการแนะนำว่าจะนำไปสู่การลดภาวะคุกคามจากโรค ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรค

3.3.2 การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers to preventive action) เป็นการรับรู้ถึงข้อจำกัดหรือผลที่ไม่พึงปรารถนาจากการแสดงพฤติกรรมที่ได้รับการแนะนำ อุปสรรคที่พบอาจเป็นเพียงอุปสรรคที่คาดคิดหรือเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงอย่างเห็นได้ชัด ตัวอย่างของอุปสรรค ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด หรือผลต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ส่วนบุคคลและปัจจัยร่วมผนวกกับตัวชี้บ่งการกระทำ เป็นผลให้บุคคลนั้นตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ได้ ดังภาพ 2

การรับรู้ส่วนบุคคล ปัจจัยร่วม ตัวชี้บ่งการกระทำ



ภาพ 2

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545)

หมายเหตุ จาก “รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (หน้า 15)” โดย ลินจง โปธิบาล. (2545) เอกสารคำสอนกระบวนวิชา 56770: ทฤษฎีการพยาบาล, เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ในปี คศ. 1984 แจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 24 เรื่อง ระหว่าง ปีค.ศ 1974 - 1984 พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และในปี คศ. 1988 โรเซนสตอค, สเตรชเชอร์และเบคเกอร์ (Rosenstock, Stretcher & Becker, 1988) มีความเห็นว่าให้เพิ่ม “การรับรู้สมรรถนะแห่งตน” (Self - efficacy) เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น เมื่อร่วมกับตัวแปรอื่นในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์

4.พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษา หมายถึง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกวันตรงตามเวลา ถูกจำนวนเม็ด ถูกขนาด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วย และไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง (สิรินทร, 2545; Goodyer, 2002)

สำหรับพฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ที่พบมาก 5 อันดับ คือการไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาผิดเวลา การรับประทานยาผิดขนาด ลืมรับประทานยามื้อใดมื้อหนึ่ง และหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง (Smith, 1984 cited by Berg, Dischер, Wagner, Raia & Palmer - shevlin, 1993)

พฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรงตามเวลา ถูกจำนวนเม็ด ถูกขนาด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเองและไม่หยุดรับประทานยาด้วยตนเอง

ซึ่งมีวิธีการประเมิน การรับประทานยาดังต่อไปนี้ (สิรินทร, 2545; Goodyer, 2002)

1. นับจำนวนเม็ดยา (count tablet) เป็นวิธีหนึ่งใช้บ่อยในการประเมินการรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยประเมินจากจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ ข้อดีของวิธีนี้คือ สามารถบอกจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป ข้อจำกัดของการใช้วิธีนี้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความจริง

2. การสัมภาษณ์ (interview) เป็นวิธีที่ง่ายที่สุด โดยการสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรงหรือสัมภาษณ์จากญาติ ข้อจำกัดของการใช้วิธีนี้ คือ อาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง และในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำ ทำให้ไม่สามารถบอกข้อมูลตามความเป็นจริง

4.1 ปัญหาของผู้สูงอายุที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา

จากการที่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ ที่มีผลกระทบต่อการรับประทานยา มีดังนี้ (Hugie, 2003)

4.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็น จากการเปลี่ยนแปลงของเลนส์ตาในผู้สูงอายุส่งผลให้ความสามารถในการแยกสีของยาที่มีความคล้ายคลึงกันได้ลดลง นอกจากนี้ตัวอักษรที่มีขนาดเล็กบนฉลากยาก็เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ รวมทั้งการใช้ฉลากยาที่มีสีสว่างจ้า ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุอ่านฉลากยาได้ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยา

4.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านการได้ยิน จากการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความสามารถในการได้ยินลดลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าใจหรือได้ยินคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ชัดเจน

4.1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรส เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับรสกลิ่น ทำให้ไม่สามารถแยกรส และกลิ่นของยาได้

4.1.4 การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิด จากการที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น รวมทั้งการมีโรคหลายโรค ส่งผลให้แบบแผนเกี่ยวกับความคิดเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้การใช้ยาของผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อความจำ จึงทำให้มีการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ลดลง และเกิดภาวะการลืม (วิไลวรรณ, 2545; Miller, 2004) ซึ่งการลืมรับประทานยาเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่เรียกว่า ดรักฮอลิเดย์ (drug holiday) คือ ใน 1 สัปดาห์ ผู้สูงอายุลืมรับประทานยาอย่างน้อย 1 ครั้ง (Gooyer, 2002)

4.1.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ ขาดความมั่นคงของการทรงตัว การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้า (บรรลุ, 2542) ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองลดลง ไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

4.1.6 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเองและมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปด้วยดี (นิสากร, 2540)

หากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ก็จะสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถจำแนก เป็น 2 ประเภท (Hill, 2002) คือ

4.1.6.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (activity of daily living) คือ การปฏิบัติกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การหวีผม การแต่งตัว การเดิน การลุกออกจากเตียง การอาบน้ำ การขับถ่าย เป็นต้น

4.1.6.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (extended หรือ instrumental activity of daily living) คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนมากกว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การเดินออกนอกสถานที่ การซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การแลกเงินและทอนเงิน เป็นต้น และจากการศึกษาของคุชซูยาและคณะ (Kuzuya et al., 2000) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคนที่มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

สำหรับในประเทศไทย ได้มีการสร้างแบบประเมินสำหรับวัดภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุไทย โดยวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเรียกว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติคือ แบบประเมินเชิงปฏิบัติพื้นฐาน (modified barthel ADL index) ผ่านการทดสอบคุณค่าและความน่าเชื่อถือ ซึ่งแบบประเมินนี้เหมาะสมที่ใช้กับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่าง (นิสากร, 2540) และเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องที่เรียกว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL index) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะ สำหรับใช้ในการประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย, 2544)

4.2 *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุ*

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

4.2.1 ปัจจัยร่วม ได้แก่

4.2.1.1 เพศ เพศเป็นตัวบ่งชี้ถึงความแตกต่างของความสามารถทางร่างกาย และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง (Orem, 1991 อ้างตามเกษก่อง, 2539) ดังนั้นเพศจึงเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ โดยเพศหญิง จะมีพฤติกรรมการป้องกันดีกว่าเพศผู้ชาย (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของฮาลิลและอิซูเบอร์ (Khalil & Elzubier, 1997) ที่พบว่าเพศชายรับประทานยาตามแผนการรักษาดีกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงร้อยละ 68 ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Shalanky, Levy & Ignaszewski , 2004) และจากการศึกษาของโมแนนและคณะ (Monane et al., 1996) พบว่าเพศไม่

มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4.2.1.2 อายุ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากที่สุดดังการศึกษาของชอว์และคณะ (Shaw et al., 1995) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ร่วมมือ ในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษา พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษามากที่สุด และพบว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากที่สุด (Morrell et al., 1997) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของโมแนนและคณะ (Monane et al.,1996) และชาแลนกี่และคณะ (Shalanky et al., 2004)พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี ขึ้นไปรับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นเกอร์วิซและคณะ (Gurwitz et al., 1993) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อเนื้อ พบว่าอายุไม่สามารถทำนายการรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ ทั้งนี้ในกลุ่มที่รับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 69.1 มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากที่สุด (ปราณี, 2538)

4.2.1.3 การมีคู่สมรส คู่สมรสเป็นบุคคลที่ส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาแต่จากการศึกษาของอินเคียร์ดิ, แมคมาฮอน และซาเออร์ (Inciardi, Mc Mahon & Sauer, 2003) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือไม่ได้แต่งงานไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.1.4 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้สูงมีวิธีการดูแลตนเองที่ดีกว่า จึงทำให้สามารถรับประทานยา ตามแผนการรักษาได้ดี ดังเช่นการศึกษาของคินกัสและลาเดนเพรา (Kyngas & Lahdenpera, 1999) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.1.5 รายได้ การมีรายได้สูงจะมีส่วนทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพได้ดีกว่าจะเห็นได้จากการศึกษาของบาร, โซเมอร์, สปีเซอร์และคามารโก (Barr, Somers, Speizer & Camargo, 2002) พบว่ารายได้ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.1.6 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานอาจส่งผลต่อการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เรื้อรัง จึงส่งต่อการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Clark, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุลคารนิ, อเลกซานเดอร์, ไลเทิล, ฮีสและปีเตอร์สัน (Kulkarni, Alexander, Lytle,

Heiss & Peterson, 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจหยุดรับประทานยา ภายหลังจากได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

4.2.1.7 การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุเช่น การมีผู้ดูแลในเรื่องการจัดยา เตือนให้รับประทานยาและการจัดการเมื่อยาใกล้หมด รวมถึง การสังเกตอาการต่างๆ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้สูงอายุกล่าวคือ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตามแผนการรักษา ดังเช่นการศึกษาของอซรินและเทชเนอร์ (Azrin & Teichner, 1998) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดูแลในเรื่องการรับประทานยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง และจากการศึกษาของสมใจและชื่นจิตร (2541) พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากครอบครัวในเรื่องการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.2 การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การที่บุคคลรับรู้ต่อโอกาสการเกิดโรคของตนเอง ส่งผลให้บุคคลนั้นๆ มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2529) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของเซเวนสัน, เจลเกรน, อัลเนอร์และวาลโจ (ศิริมาส, 2544; Sevensson, Kjellgren, Ahlner & Saljo, 2000) พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลัวภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและกลัวควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นอกจากนั้นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เนื่องจากกลัวภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมา (ยี่ซ่วน, 2535) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าชีวิตอยู่ในอันตราย จะเป็นผู้ป่วยที่กลับมารับประทานยาใหม่อีกครั้ง (อรสา, 2542) ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ทำให้การรักษาล้มเหลว โดยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.9 ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เพราะคิดว่าระดับความดันโลหิตของตนเองปกติ (Youssef & Moubark, 2002)

4.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ดังเช่นในการศึกษาของเบนสันและบริทเตน (Benson & Britten, 2002) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกที่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เพราะรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงและลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดในสมองแตก โดยการรับประทานยาทำให้ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้คงที่ (ปราโมทย์, 2546) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า

ผู้ป่วยที่รับรู้ประโยชน์มากกว่าสามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิตยา, 2529)

4.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา เป็นการรับรู้ถึงข้อจำกัดหรือผลที่ไม่พึงปรารถนาจากการแสดงพฤติกรรมที่ได้รับการแนะนำ อุปสรรคที่พบอาจเป็นเพียงอุปสรรคที่คาดคิดหรือเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงอย่างเห็นได้ชัด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรังใช้ระยะเวลาในการรักษา สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาได้แก่ การรับประทานยาไม่ครบขนาด การรับประทานยาวันละหลายมื้อ จำนวนเม็ดยา การได้รับยาวันละหลายขนานและอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น (Googyer, 2002) สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา จากการศึกษาของเกอร์วิทและคณะ (Gurwitz et al., 1993) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต้อเนื้อ พบว่าการรับประทานยามากกว่า 2 ครั้งต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา และจากการศึกษาของคุลคารนิและคณะ (Kulkarni et al., 2006) พบว่าการรับประทานยาในจำนวนที่มากมีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เรื้อรังที่พบได้ในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจโคโรนารี โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองและไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ได้ผลคือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมกับวิธีการรับประทานยา สำหรับการรับประทานยาช่วยให้การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (Scott, 1998) ประเด็นสำคัญในการใช้ยาเพื่อรักษาควบคุมความดันโลหิตสูงคือ การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker,1974 อ้างตามลินจง, 2545) เพื่ออธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงคือ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เพศ ระดับความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ผู้สูงอายุ ได้มีการรับประทานยาตามแผนการรักษาและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป