



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบ
ผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
Factors Related to Treatment Adherence and Complementary Health
Behaviors in Older Persons with Hypertension

ดาไลมา ลำแดงสาร
Dalima Samdaengsarn

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบ
 ผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 ชื่อผู้เขียน นางสาวดาไลมา สำแดงสาร
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

.....กรรมการ

(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น
 ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
 (ศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ศักดิ์ ฟ้ารุ่งสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวดาไลมา สำแดงสาร)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวดาลิตา สำแดงสาร)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ผู้เขียน	นางสาวดาไลมา สำแดงสาร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 197 คน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช จัหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง 5) แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และ 6) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2-6 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81, 0.82 0.85, 0.85, และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.63, SD = .29$)
 2. พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = .22, SD = .12$)
 3. อาชีพ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.77, p < .05, \chi^2 = 5.34, p < .05$ และ $r = .27, p < .01$ ตามลำดับ) และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.31, p < .05$)
- ผลการศึกษานำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรักษาต่อไป

Thesis Title Factors Related to Treatment Adherence and Complementary Health Behaviors in Older Persons with Hypertension
Author Ms. Dalima Samdaengsarn
Major Program Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year 2017

ABSTRACT

Hypertension is a common problem in the elderly. This descriptive research aimed to identify factors related to treatment adherence and complementary health behaviors in older persons with hypertension. The sample were 197 older persons with hypertension who received treatment at the Outpatient Clinic, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, from February to May 2017. Data were collected by interview. Research instruments used for data collection were questionnaires consisting of 6 parts: 1) Personal information, 2) Health information and access to health service, 3) Social support, 4) Perceived severity and risk of complication from hypertension, 5) Treatment adherence to hypertension, and 6) Complementary health behaviors. The reliability of instruments part two to six were tested using Cronbach's alpha coefficient, showed 0.81, 0.82, 0.85, 0.85 and 0.75 respectively. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-Square and Pearson's product moment correlation coefficient. The test statistics were statistically significant at the .05 level.

Results revealed the following:

1. Treatment adherence to hypertension of older persons was at a high level ($M = 1.63$, $SD = .29$).
2. Complementary health behaviors of older persons with hypertension was at a low level ($M = .22$, $SD = .12$).
3. Occupation, marital status and social support were related to treatment adherence in older persons with hypertension, and significant at .05 and .01, respectively ($\chi^2 = 4.77$, $p < .05$, $\chi^2 = 5.34$, $p < .05$ and $r = .27$, $p < .01$) and occupation was related to complementary health behaviors, and significant at .05 ($\chi^2 = 8.31$, $p < .05$).

The results of this study can be used as a basis data for encouraging older persons with hypertension to maintain treatment adherence.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือให้คำแนะนำเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการศึกษาวิจัย คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ที่ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ผู้บริหาร กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ตลอดจนทีมสุขภาพที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่น้องและครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาตลอดมา ตลอดจนขอขอบพระคุณพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้ขอมอบแต่ทุกท่านที่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกท่าน

ดาไลมา สำแดงสาร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง	(10)
รายการภาพประกอบ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
คำถามการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิด	6
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	13
อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง.....	13
ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	14
การจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูง	14
ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ	16
แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	18
แนวคิดการใช้บริการสุขภาพ.....	23
แนวคิดการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน.....	23
การใช้บริการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	26
ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	27
ความหมายของความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	27
ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	28
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	29
แนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	33
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	36
ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน	36
ชนิดของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน.....	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	42
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน	44
แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน	47
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
ประชากร	52
กลุ่มตัวอย่าง	52
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	60
ผลการวิจัย	60
การอภิปรายผล	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	83
สรุปผลการวิจัย	83
ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย	84
ข้อเสนอแนะ	84
เอกสารอ้างอิง	86
ภาคผนวก	93
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	94
ภาคผนวก ข ผลการวิจัย	105
ภาคผนวก ค แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	108
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย	109
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	110
ประวัติผู้เขียน	111

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 ระดับความดันโลหิตสูง (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป..15	
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 197)	61
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (N = 197)	62
4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (N = 197).....	65
5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง (N = 197).....	65
6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (N = 197).....	66
7 ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง (N = 197).....	67
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานและ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n = 49).....	70
9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบผสมผสาน ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n = 49).....	71
10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพกับ ความร่วมมือในการรักษา.....	73
11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ แบบผสมผสาน	73
12 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษา	74
13 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน.....	74
14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความพึงพอใจ ของสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เลือกใช้การดูแลสุขภาพ แบบผสมผสาน (n = 49).....	106

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2	แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระยะหลังสุดของแอนเดอร์เซน	25

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกมีแนวโน้มของสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ประกอบกับอัตราการเกิดของประเทศต่าง ๆ ลดลง ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป รายงานในปี พ.ศ. 2558 จำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,349 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 12 สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 ประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 11 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี 2548 และกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) และเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้รูปแบบของการเจ็บป่วยของประชากรเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 (วิชัย, 2557) พบว่าโรคและภาวะที่มักพบในผู้สูงอายุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 เบาหวาน ร้อยละ 18.1 โรคอ้วน ร้อยละ 35.4 ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 49.4 และภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ร้อยละ 46.8

ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับแรก (วิชัย, 2557) ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องด้วยสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งเศรษฐกิจและสังคมทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลสำนักรณรงค์และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรวม 750,248 ราย อุบัติการณ์ 1,146.70 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 482,359 ราย ร้อยละ 64.29 อัตราป่วย 737.25 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย 267,889 ราย ร้อยละ 35.71 อัตราป่วย 409.45 ต่อประชากรแสนคน ในจำนวนนี้เสียชีวิต 7,729 ราย อัตราตาย 11.81 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุดเท่ากับ 3,446.83 ต่อประชากรแสนคน (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเศรษฐกิจของประเทศ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมักไม่ปรากฏอาการ แต่หากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องก็จะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากสถิติพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (2557) รายงาน

ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตในระดับที่ควบคุมได้ ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท หรือโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มม.ปรอท ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ 1 ครั้งล่าสุดร้อยละ 65.3 ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ 2 ครั้งติดต่อกันร้อยละ 42.7 และผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ 3 ครั้งติดต่อกันร้อยละ 30.5 หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์อย่างต่อเนื่องได้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา และจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 1.69 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 50.95 และภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 40.36 ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างรวมกันพบร้อยละ 8.69 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวรุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศตามมา

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุคือ การควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Joint National Committee [JCN 8], 2014) โดยการรักษาที่ทั้งการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ การมาพบแพทย์ตามนัด นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแล้ว การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) และจากการศึกษาของปัญญา (2551) พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ความร่วมมือในการรักษา (treatment adherence) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้ยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วยความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา และความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรักษาก็จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

จากการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากขาดความร่วมมือในการรักษา มีผู้สูงอายุบางส่วนไม่ตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น ยังคงรับประทานอาหารตามปกติ และคิดว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเป็นเรื่องยาก เนื่องจาก

ความคุ้นเคยที่ตนเองปฏิบัติมาเป็นเวลานาน ผู้สูงอายุบางคนคิดว่าหากต้องอยู่กับโรคนี้ตลอดชีวิตก็เลือกที่จะใช้ชีวิตเหมือนเดิม เช่น การรับประทานอาหารประเภทไขมันที่ตนเองชอบ การรับประทานอาหารรสเค็ม (ปุลวิช และจันท์จึรา, 2557) ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากรู้สึกอ่อนเพลียเพราะความสูงอายุ (วิมุตชพรรณ และหทัยรัตน์, 2550) ด้านความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเครียดด้านเศรษฐกิจ ภาระหนี้สิน (จิรียา, รุ่งทิพย์, นาดยา, เพ็ญจมาศ, และเบจวรรณ, 2553; วิมุตชพรรณ และหทัยรัตน์, 2550) ไม่มีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ การเป็นภาระของครอบครัว (จิรียา, รุ่งทิพย์, นาดยา, เพ็ญจมาศ, และเบจวรรณ, 2553) และด้านการรับประทานยาพบว่า ผู้ป่วยมักลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ดตามที่แพทย์สั่ง หยุดรับประทานยาเนื่องจากยาหมดและไม่สามารถไปรับยาได้ หยุดรับประทานยาเมื่อพบว่าระดับความดันโลหิตปกติ หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น รับประทานยาด้วยตนเอง และรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาเนื่องด้วยปัญหาด้านสายตา การหลงลืมตามวัย (สุมาลี, ชุติมา, และปราณี, 2551; สุมณฑา, นพวรรณ, และจุฬารักษ์, 2556) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาทั้งสิ้น ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้มีการแสวงหาการดูแลสุขภาพอื่น ๆ เพื่อแก้ไขหรือจัดการอาการของโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการรักษาปัจจุบัน

พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานเป็นรูปแบบวิธีการส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่งที่ใช้การแพทย์ทางเลือกควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีผู้ให้ความหมายการแพทย์ทางเลือกคือการแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์กระแสหลัก ไม่ใช่การแพทย์พื้นบ้านไทย หรือการแพทย์แผนไทย หรือเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่ได้รับจากผู้อื่น นอกเหนือจากระบบวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน (อายุพร, 2557) เทคนิคการรักษาส่วนใหญ่จะมีลักษณะไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง เป็นการดูแลสุขภาพที่ควบคู่กันไปกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน (complementary care) เพื่อช่วยเสริมประสิทธิผลของการรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายลดความเครียด ลดความวิตกกังวล เสริมสร้างกำลังใจ สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว และมีการจัดระบบการแพทย์ทางเลือกตามศูนย์การแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center for Complementary and Alternative Medicine: NCCAM) ออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) ระบบการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine systems) เช่น อายุรเวท การแพทย์แผนจีน 2) การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างจิตกับกาย (mind-body interventions) เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ การละหมาด การรำมวยจีน ดนตรี 3) การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ (biologically-based therapies) เช่น สมุนไพร อาหารเสริม อาหารชีวจิต 4) วิธีการจัดโครงสร้างร่างกาย (manipulative and body-based methods) เช่น การนวด และ 5) การบำบัดโดยใช้พลังงาน (energy therapies) เช่น ชีกง (NCCAM, 2008)

พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคู่กับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยมีการบรรจุการแพทย์ทางเลือกในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) มีการกำหนดทิศทางระบบสุขภาพไทยโดยการสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล ทำ

ให้เกิดแ่งมุมของสุขภาพทางเลือกหลากหลาย ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกใช้บริการสุขภาพนั้น ๆ และเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาโรคเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการแสวงหาและใช้บริการสุขภาพทางเลือกอื่น ๆ เพื่อรักษาโรคร่วมด้วย (โกมาตร, 2553) ประกอบกับการแพทย์ทางเลือกมองสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ไม่ได้จำกัดเฉพาะการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ทำให้พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานเริ่มเป็นที่ยอมรับมากขึ้น และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางส่วนให้เหตุผลในการใช้การแพทย์แบบผสมผสานว่าเมื่อใช้แล้วทำให้อาการดีขึ้น (ปัทิตตา และกฤษ, 2558)

จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้สูงอายุเริ่มมีการแสวงหาการรักษาเพิ่มเติมตั้งแต่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากต้องการให้ระดับความดันโลหิตคงที่โดยใช้การรักษาเสริมร่วมกันกับการรักษาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะบำบัดด้วยสมุนไพร ซึ่งสมุนไพรที่ใช้เป็นชนิดที่ทำกินเอง และยังมีกรใช้หลักศาสนา เช่น การสวดมนต์ การไปวัดการทำบุญตักบาตรหรือการทำสมาธิ เพื่อความสบายใจและลดความตึงเครียด (บุลวิช และจันทร์จิรา, 2557) นอกจากนี้พบว่ามีกรดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอื่น ๆ เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาหารและสมุนไพร (ร้อยละ 91.82) สมาธิ (ร้อยละ 46.23) การนวด (ร้อยละ 35.53) โยคะ (ร้อยละ 17.92) ชีวจิต (ร้อยละ 17.30) การกดจุด (ร้อยละ 4.40) ชี่กง (ร้อยละ 4.09) สุกนธบำบัด (ร้อยละ 3.77) และฤชิตัดตน (ร้อยละ 0.63) และรูปแบบที่มีผลจากการใช้อยู่ในระดับมาก ได้แก่ โยคะ ชีวจิต และชี่กง การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในการจัดการอาการ ได้แก่ การนวด (ร้อยละ 44.97) รองลงมาคือ สมาธิ (ร้อยละ 38.36) และอาหารและสมุนไพร (ร้อยละ 18.55) (ทัศนีย์, อุมาพร, และไหมไทย, 2554)

ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยแนวคิดพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) ว่า ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันหรือการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (complementary care) เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้สูงอายุจะประเมินผลลัพธ์จากความพึงพอใจในการเลือกใช้บริการสุขภาพนั้น ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 2) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) อายุ (สมลักษณ์, 2553; บุลวิช และจันทร์จิรา, 2557) 2) ระดับการศึกษา (อุมาพร, 2551) 3) ความเชื่อและทัศนคติ (สมลักษณ์, 2553; สมุณทนา, นพวรรณ, และจุฬารักษ์, 2556; อรัญญา, 2558) 4) การรับรู้สมรรถนะในตน จากการศึกษาของ อรัญญา (2558) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ($p < .01$) 5) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (บุลวิช และจันทร์จิรา, 2557) ซึ่งแตกต่างจาก

การศึกษาของ ปิยนุช (2549) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษา ด้วยการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 6) อาชีพและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ประนอม, 2555; ปฐญาภรณ์, นภาพร และอนันต์, 2554) แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 7) รายได้ (อุมากร, 2551; สมลักษณ์, 2553; ปฐญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์, 2554) 8) รูปแบบการรักษา ความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยา (สมลักษณ์, 2553) 9) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (ปุลวิชช์ และ จันทรจิรา, 2557) 10) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ปุลวิชช์ และจันทรจิรา, 2557) และ 11) การสนับสนุนทางสังคม (social support) การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น (ปุลวิชช์ และจันทรจิรา, 2557; อุมากร, 2551) แตกต่างจากการศึกษาของ ปิยนุช (2549) ที่พบว่า การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และจากการศึกษาของ ปวีณา (2550) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาในแม่ชีสูงอายุ ได้แก่ รายได้ ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความเชื่อ เจตคติ ทศนคติเกี่ยวกับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความคาดหวังผลการรักษาและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งเสริมและสนับสนุนรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้านความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน จะช่วยส่งเสริมผลการรักษาให้มีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมาได้ แต่หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมาะสมก็อาจส่งผลเสียต่อการรักษาและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้เช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาควบคู่ทั้งความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบการศึกษาเฉพาะในประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
3. ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
4. ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด

งานวิจัยนี้อาศัยแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

- 1) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งใช้อธิบายความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด และ
- 2) แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) กล่าวคือ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเกณฑ์และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวถูกต้องและสม่ำเสมอก็จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมดังกล่าวได้นั้นขึ้นอยู่กับความรู้ หากผู้สูงอายุรับรู้โรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรง มีผลกระทบ

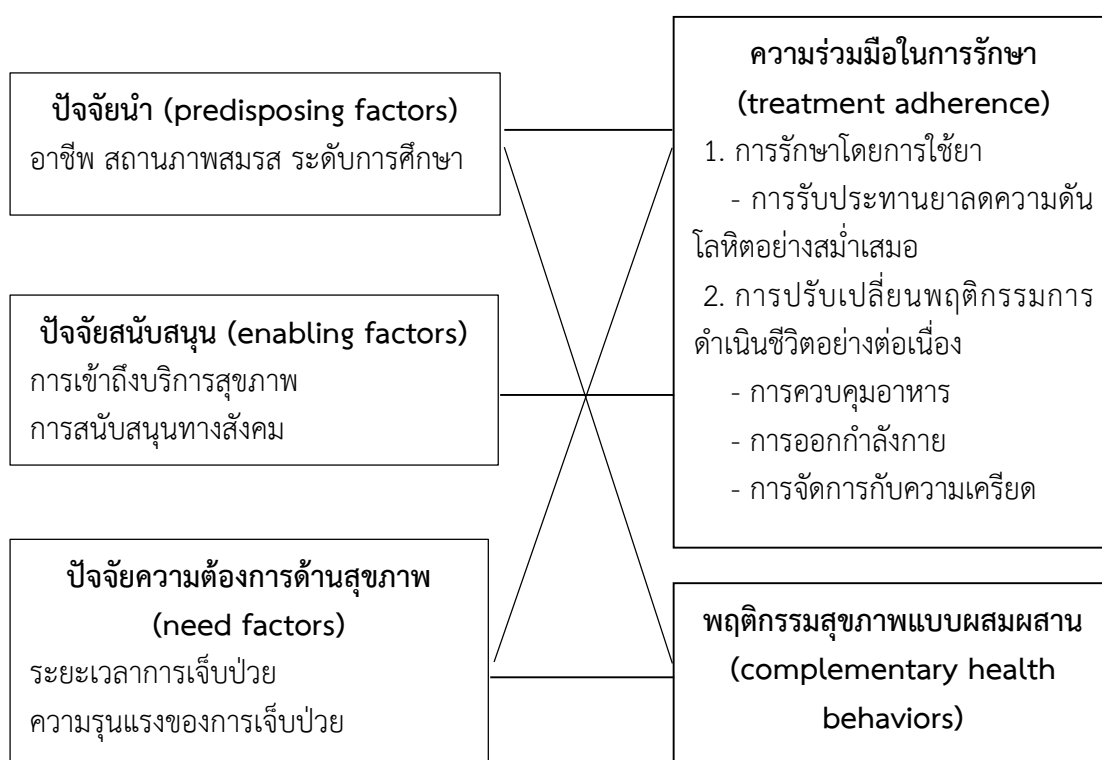
ต่อการดำเนินชีวิตและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ประกอบกับหากรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเกิดผลดีในแง่ของการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต ผู้สูงอายุก็จะให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งนอกจากจะรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้วผู้ป่วยบางรายมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพทางเลือกมาช่วยในการควบคุมโรค ซึ่งการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการรักษาควบคู่กับการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้ทั้งทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาโดยการรับประทานยาลดความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต หรือใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานควบคู่กันไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งก็ต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) กล่าวถึงปัจจัยกำหนดการเลือกแหล่งบริการสุขภาพของผู้ป่วยว่า การตัดสินใจในการแสวงหาการรักษาทางการแพทย์และปริมาณการใช้บริการจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ โดยผู้ป่วยจะประเมินผลลัพธ์จากความพึงพอใจในการเลือกใช้บริการสุขภาพนั้น ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนการใช้บริการนั้น ๆ ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษาของตนเอง ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ และความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยม และเจตคติ 2) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ประกอบด้วย การประกันสุขภาพ รายได้ ครอบครัว ชุมชน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นว่าจำเป็นต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการประเมินการเจ็บป่วยจากแพทย์

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ปกติ และศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพทั้งทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแบบผสมผสานตามแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ทั้งนี้เมื่อบุคคลรับรู้และประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยแล้วจึงตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ และในการตัดสินใจนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวตามลักษณะพื้นฐานของแต่ละคน ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการสุขภาพนั้น ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของตนเองในการแก้ปัญหาหรือจัดการกับภาวะสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวกับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน แต่เนื่องจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปรับปรุงขึ้นนั้นประเมินได้เฉพาะประเด็นความ

ร่วมมือในการรักษา ประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานเป็นเพียงทางเลือกเสริมจากการรักษาหลักเท่านั้น ผู้วิจัยจึงไม่ศึกษาประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน แต่จะพรรณนาในการเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานแทน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ลักษณะที่เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยที่

อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใน 2 ลักษณะ คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบอาชีพ ได้แก่ ค้าขาย รับจ้าง ข้าราชการบำนาญ เกษตรกร เป็นต้น

สถานภาพสมรส หมายถึง ฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี ภรรยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ สมรส และการอยู่คนเดียว ได้แก่ โสด หย่าร้าง หม้าย และแยกกันอยู่ เป็นต้น

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ไม่ได้รับการศึกษา และมีการศึกษาในระดับต่าง ๆ ได้แก่ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช. ปวส. ปริญญาตรี เป็นต้น

2) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่บ่งบอกหรือเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงหรือการไปรับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการให้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพ คุณภาพการบริการ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการสุขภาพ และระยะเวลาในการรอคอยการบริการสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ปญญาภรณ์ (2554) โดยคะแนนสูง หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์และการยอมรับนับถือ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงและรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ เนาวรัตน์ (2554) โดยคะแนนสูง หมายถึง การได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) หมายถึง ปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เกิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง การแบ่งช่วงระยะเวลาที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบันออกเป็น 2 ช่วง คือ ระยะเวลา 1-5 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีขึ้นไป

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ระดับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงของ ปิยนุช (2549) โดยคะแนนสูง หมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

2. ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใด ๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งกระทำด้วยความยินดีและเต็มใจในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และกระทำอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย 1) ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา และ 2) ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันอย่างต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงข้อความจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ยุทธพงษ์ (2550) โดยคะแนนสูง หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง

3. พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการเลือกใช้วัตถุประสงค์ของการใช้ ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ และความพึงพอใจในผลที่ได้รับในวิธีการดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระหว่างได้รับรังสีของ สุริพร (2550) โดยคะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560-พฤษภาคม 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทั้งด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานให้ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับแผนการรักษา

2. เป็นแนวทางในการศึกษาและพัฒนาเป็นรูปแบบการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 อธิบายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 ความหมายของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง
 - 1.4 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการใช้บริการสุขภาพ
 - 2.1 แนวคิดการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน
 - 2.2 การใช้บริการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา
 - 3.2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.4 แนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
4. พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน
 - 4.2 ชนิดของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน
 - 4.3 พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.5 แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
5. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในทางที่เสื่อมลงส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ อาจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ประกอบกับปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขทำให้รูปแบบของการเจ็บป่วยของประชากรเปลี่ยนแปลงไป มีแนวโน้มเกิดโรคไม่ติดต่อและเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบากที่สุดในวัยผู้สูงอายุ (วิชัย, 2557) นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตแล้ว ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เช่น การเกิดโรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวาย เป็นต้น และอาจส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจตามมา (วิไลวรรณ, 2554) โดยจะกล่าวถึงความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ มีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นและอัตราการควบคุมโรคได้ลดลง ประชากรอเมริกันประมาณ 1 ใน 4 คน หรือประมาณ 50 ล้านคน เป็นโรคความดันโลหิตสูงและพบอัตราที่สูงมากในผู้สูงอายุ และมีเพียงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และเชื่อว่าปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้คือ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (ผ่องพรรณ, 2552) ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีรายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรวม 750,248 ราย อุบัติการณ์ 1,146.70 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดนี้ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 482,359 ราย ร้อยละ 64.29 อัตราป่วย 737.25 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย 267,889 ราย ร้อยละ 35.71 อัตราป่วย 409.45 ต่อประชากรแสนคน ในจำนวนนี้เสียชีวิต 7,729 ราย อัตราตาย 11.81 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.3 ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 3,446.83 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 12,697 ราย ร้อยละ 1.69 ภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุดได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดหัวใจ 6,469 ราย (ร้อยละ 50.95) ภาวะแทรกซ้อนทางไต 5,124 ราย (ร้อยละ 40.36) ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างรวมกันพบ 1,104 ราย (ร้อยละ 8.69) (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากอุบัติการณ์ดังกล่าวทำให้ทราบถึงปัญหาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต และเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบระยะยาวต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติ

ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความดันโลหิต (blood pressure) เป็นแรงดันเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการสูบฉีดเลือดของหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ประกอบด้วย ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ซึ่งเป็นแรงดันเลือดที่วัดได้ขณะที่หัวใจบีบตัว อาจจะสูงตามอายุ และมีค่าเปลี่ยนแปลงตามท่าทางของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และปริมาณการออกกำลังกาย และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) เป็นแรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว ในคนปกติความดันโลหิตไม่ควรเกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท หน่วยที่ใช้วัดความดันโลหิตคือ มิลลิเมตรปรอท (วิไลวรรณ, 2558)

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ในผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดที่เกิดขึ้นตามปกติในผู้สูงอายุ จากการมีภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดแดงลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจโตขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจขณะที่บีบตัวลดลง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Joint National Committee [JCN 8], 2014; วิไลวรรณ, 2558) ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุพบได้ทั้งชนิดที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงร่วมกับความดันไดแอสโตลิกสูง และชนิดความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าซิสโตลิก (Isolated systolic hypertension) ซึ่งเป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ทำให้มี pulse pressure กว้างขึ้น และหากกว้างมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทในผู้สูงอายุ อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าซิสโตลิกเป็นชนิดที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ, 2558) เนื่องจากมีผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ทำให้มีการสูญเสียความยืดหยุ่น (elasticity) ของหลอดเลือดและความต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือด (peripheral vascular resistance)

การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้จำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง โดยแบ่งระดับความรุนแรงในผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ระดับความดันโลหิตนี้จะต้องเป็นค่าที่วัดเมื่อผู้ป่วยผ่อนคลายหรือนั่งพักแล้วอย่างน้อย 5 นาที และไม่ได้สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมาก่อนอย่างน้อย 30 นาที และได้วัดซ้ำในการตรวจครั้งต่อมามากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป และแต่ละครั้งควรห่างกันหลายสัปดาห์

และระดับต่าง ๆ ต้องใช้ค่าเฉลี่ยจากการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง โดยแบ่งระดับความดันโลหิตเป็น 3 ระดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความดันโลหิตสูง (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป

ระดับความดันโลหิต	ค่าความดัน Systolic		ค่าความดัน Diastolic
ระดับที่เหมาะสม (optimal)	< 120	และ	< 80
ระดับปกติ (normal)	120-129	และ/หรือ	80-84
ระดับค่อนข้างสูง (High normal)	130-139	และ	85-89
ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระดับ 3 (severe)	≥180	และ/หรือ	≥110
Isolate systolic hypertension	≥140	และ	<90

หมายเหตุ เมื่อความรุนแรงของ ค่าความดัน Systolic และค่าความดัน Diastolic อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ Isolate systolic hypertension ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกัน โดยใช้แต่ ค่าความดัน Systolic

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (ปรับปรุง 2558)

2. จำแนกตามสาเหตุ แบ่งออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ ๆ ได้แก่

2.1 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด แต่มีความสำคัญเพราะบางสาเหตุอาจรักษาให้หายขาดได้ (วิไลวรรณ, 2558) ข้อมูลที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ เช่น ระดับความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ ในระยะเวลาอันสั้นร่วมกับอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพัก ๆ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ แนนอน (วิไลวรรณ, 2558) ได้แก่

2.1.1 การได้รับยาบางชนิด ได้แก่ ยาคูมก้าเนด สเตอรอยด์ (steroids) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ (Non-steroidal Anti-inflammatory drugs: NSAIDs) และยาแก้คัดจมูก (decongestant) เป็นต้น

2.1.2 หญิงตั้งครรภ์

2.1.3 โรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง และหลอดเลือดที่เลี้ยงไตตีบ เป็นต้น

2.2 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension) พบเป็นส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด (วิไลวรรณ, 2558) เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ซึ่งมักจะมีประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัวร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับ การรักษาสมาดุลของร่างกาย ปัจจุบันมีงานวิจัยและรายงานที่บ่งชี้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม ไขมันสูง สูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้การมี

ไขมันเกาะตามผนังหลอดเลือดและผนังที่หนาขึ้นตามอายุที่มากขึ้นก็เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่ค่อยปรากฏอาการ แต่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา และส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในวัยสูงอายุนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดและหัวใจ หลอดเลือดแดงมีการตีบแข็งเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องเพิ่มแรงดันในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น หากผู้สูงอายุปล่อยให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้นโดยไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องหรือดูแลตนเองไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 หัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (วิไลวรรณ, 2558) เป็นผลมาจากภาระที่หัวใจทำงานหนักมากเกินไป ต้องบีบตัวแรง ๆ เพื่อให้ชนะแรงดันเลือดที่สูงขึ้นในหลอดเลือดและพยายามสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เพียงพอเป็นระยะเวลานาน และทำให้หลอดเลือดของหัวใจหนาขึ้นและแข็งขึ้น ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจทำงานล้มเหลวได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

1.2 สมอ ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดเล็ก ๆ อุดตันหรือหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย (วิไลวรรณ, 2558) อาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยวข้างใดข้างหนึ่ง ปวดศีรษะมาก พูดไม่ชัดหรือไม่สามารถสื่อสารได้ ตามัวลงทันทีหรือตามืดชั่วคราว ในรายที่มีเส้นเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกอาจเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หากเป็นเรื้อรังอาจทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม สมาธิลดลง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงและเกิดอย่างเฉียบพลันอาจทำให้เกิดอาการชัก หมดสติ และเสียชีวิตได้

1.3 ไต ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลต่อหลอดเลือดที่ไตเช่นเดียวกับหลอดเลือดที่หัวใจ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ทำให้ไตหดตัวเล็กลงและรูปร่างเปลี่ยนไป ไตจึงเสื่อมสมรรถภาพไม่สามารถกรองของเสียออกจากร่างกายได้ (วิไลวรรณ, 2558) อาจพบโปรตีนในปัสสาวะหรือระดับความเข้มข้นของครีเอตินิน (creatinine) ในเลือดสูงขึ้นได้ และหากการคั่งของของเสียอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด และเกิดภาวะไตวายเรื้อรังตามมา และมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ อาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรังที่พบคือ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขาบวม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีด ไม่ค่อยมีแรง และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชีมนิ่ง เมื่อเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย

1.4 ตา ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่จอรับภาพ (retina) ของตา เกิดจากภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบ

ต้น ต่อมาหลอดเลือดที่จอร์รับภาพอาจแตกออกทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัวลงและอาจทำให้ตาบอดได้ (วิไลวรรณ, 2558)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (วิไลวรรณ, 2558) ในกรณีที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Rubio-Guerra et al., 2013) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบของโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล บางรายอาจท้อแท้ หดกำลังใจเพื่อบริหารในการรักษาและการปรับตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ

3. ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง หรือทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัวในการดูแลหรือให้การช่วยเหลือ (ประเสริฐ, 2554) การที่ไม่สามารถแสดงบทบาทได้เหมือนเดิมทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียภาพลักษณ์ การมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บางครั้งอาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

4. ผลกระทบเศรษฐกิจ ระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นตามอายุทั้งในเพศชายและเพศหญิงส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากญาติมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลมากขึ้น (ประเสริฐ, 2554) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ รัฐต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สำหรับประเทศไทย ในปี 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรเงินจำนวน 87,567.5 ล้านบาท นอกจากนี้ยังได้รับเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ จำนวน 101,057.9 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 188,625.4 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 9.1 ของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคม ตลอดจนเศรษฐกิจของบุคคลในครอบครัวและประเทศ ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต หรือโรคหัวใจ เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียชีวิต คณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกันการวินิจฉัย การประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสหรัฐอเมริกาฉบับที่ 8 (Joint National Committee 8 [JNC 8], 2014) ได้เสนอระดับเป้าหมายของการลดความโลหิต ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมีเป้าหมายให้ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เริ่มให้ยาเมื่อความดันโลหิตซิสโตลิกมีค่าตั้งแต่ 150 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป พบว่าการตั้งเป้าหมายระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดลิ้มเลือดในสมองอุดตัน โรคหัวใจวาย และโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) ได้ สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (2558) ได้กำหนดเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษาคือ ในคนอายุตั้งแต่ 60 ปีแต่อายุไม่ถึง 80 ปี กำหนดเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษาน้อยกว่า 140-150/90 มิลลิเมตรปรอท และคนอายุมากกว่า 80 ปี กำหนดเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษาน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี กำหนดเป้าหมายให้ความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และเริ่มให้ยาเมื่อความดันโลหิตซิสโตลิกมีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา มีแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 2 วิธี คือ การรักษาโดยการไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และการรักษาโดยการให้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้

1. การรักษาโดยการไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากปฏิบัติตัวถูกต้องและสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งสามารถปฏิบัติดังนี้

1.1 การควบคุมอาหาร ได้แก่

- 1.1.1 การจำกัดโซเดียม เช่น งดหรือลดการเติมน้ำปลา ซอสหรือซีอิ๊วในอาหารประจำวัน และงดเติมเพิ่มอีกในอาหารสำเร็จรูปเพราะส่วนใหญ่จะมีผงชูรส เป็นต้น ลดอาหารซึ่งถนอมด้วยเกลือ เช่น กุ้งแห้ง ปลาเค็ม กุนเชียง ไข่เค็ม ไส้กรอก กะปิ เป็นต้น ลดอาหารสำเร็จรูปที่เป็นกระป๋อง เช่น เนื้อกระป๋อง ผักกาดกระป๋อง อาหารซอง เช่น บะหมี่สำเร็จรูป หรือขนมกรุบกรอบ เป็นต้น ลดอาหารที่ใส่สารกันบูด ผงฟู เช่น อาหารหมักดอง เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงขึ้นเป็น

สัดส่วนกับปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ ทั้งนี้เพราะปริมาณโซเดียมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดมีความตึงตัวมากขึ้นและยังทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น และการจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

1.1.2 การจำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไขมันสัตว์ เครื่องในสัตว์ ส่วนที่เป็นมันของอาหารทะเล ไข่แดง เป็นต้น เพราะมีไขมันอิ่มตัวสูง อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นเนื่องจากการตกผลึกของไขมันในหลอดเลือด ทำให้เกิดแรงต้านบริเวณหลอดเลือด ส่งผลให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่ดี แนะนำให้ใช้วิธีการประกอบอาหารด้วยการต้ม นึ่ง ตุ่น ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยถนอมคุณค่าอาหารและไม่มีไขมันมาก ทดแทนการปรุงอาหารด้วยการผัด การทอด ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายुरับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน ซึ่งรูปแบบอาหารดังกล่าวจะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหารในปริมาณสูง ซึ่งช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิตจากการลดโซเดียมในอาหาร ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณให้มากขึ้น ถือเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีผลป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยมีการศึกษาพบว่า การรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2 การออกกำลังกาย เป็นการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เต้น igraduk ขี่จักรยาน และกลัมน้ำอย่างต่อเนือง ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้เช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ แต่ควรคำนึงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่มีน้อยกว่า ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ 3 ประเภท คือ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายที่มีแรงต้าน และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น โดยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของหัวใจและหลอดเลือดแบบแอโรบิก (วิล, 2549) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของหัวใจและหลอดเลือดแบบแอโรบิก (aerobic cardiovascular endurance exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่อย่างต่อเนื่องและเป็นจังหวะ ทำให้กล้ามเนื้อมีการใช้ออกซิเจน ส่งผลให้ปอดหัวใจ และหลอดเลือดทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อให้ออกซิเจนไปที่กล้ามเนื้อนั้น ๆ มีปริมาณเพียงพอ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ (ปิยะภัทร, 2554) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5-6 วันขึ้นไป จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 2.5 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การเดินเป็นการออกกำลังกายที่ง่ายที่สุด สามารถทำให้หัวใจเต้นได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ สามารถทำได้ทุกที่ ทุกเวลา การเดินเพื่อควบคุมน้ำหนักให้คงที่ควรเดินวันละประมาณ 45 นาที สัปดาห์ละ 3-4 วัน หรืออาจแบ่งการเดินครั้งละ 15 นาที วันละ 3 ครั้ง ส่วนการเดินเพื่อลดน้ำหนักต้องเดินออกกำลังกายทุกวัน และถ้าเดินร่วมกับการรับประทานอาหารไขมันต่ำจะสามารถลดน้ำหนักตัวได้ประมาณ 1 กิโลกรัมต่อเดือน (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ

ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องออกกำลังกายตามหลักการแล้ว ควรปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแนวทางการออกกำลังกาย (Ebersole, Hess, Touhy, & Jett, 2005) เพื่อความปลอดภัย ได้แก่

1) ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดทางกาย มีโรคประจำตัว ควรได้รับการตรวจสอบสุขภาพเพื่อแนะนำให้ออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้สูงอายุโรคหัวใจควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือทดสอบการออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ไม่คุ้นเคย และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ควรมีความดันโลหิตขณะพักไม่เกิน 200/100 มิลลิเมตรปรอท

2) ถ้าเป็นไข้ อ่อนเพลีย ไม่ควรออกกำลังกาย

3) การแต่งกายขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและสิ่งแวดล้อม อากาศหนาวเสื้อผ้าควรเพียงพอให้ร่างกายอบอุ่น อากาศร้อนสวมใส่เสื้อยืดผ้าฝ้ายธรรมดา ถ้าเดินออกกำลังกายหรือวิ่งเหยาะควรสวมใส่ถุงเท้า รองเท้าควรเป็นรองเท้าน้ำหนักเบา กระชับ พื้นนุ่มและยืดหยุ่น

4) เวลาที่เหมาะสม สภาพอากาศไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีปริมาณสัดส่วนเนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้น ทำให้การระบายความร้อนออกจากร่างกายน้อย ถ้าออกกำลังกายในอุณหภูมิสูงอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลมแดด (heat stroke) และควรเป็นเวลาก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง

5) การออกกำลังกายไม่ควรเปลี่ยนท่าทางหรือจังหวะกะทันหัน อาจหน้ามืดเป็นลม และไม่ควรถ่ายน้ำหนักอย่างเดียวนานเกิน 30 นาที อาจบาดเจ็บต่อร่างกาย

6) ขณะออกกำลังกายถ้ารู้สึกเหนื่อยผิดปกติ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม เจ็บหน้าอก ปวดเจ็บบริเวณคอหรือขากรรไกร ใจสั่นผิดปกติ หายใจขัด ปวดกล้ามเนื้อรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน หรืออ่อนเพลียผิดปกติ ควรหยุดออกกำลังกาย ถ้าอาการหายไปหลังพักระยะหนึ่งแสดงว่าออกกำลังกายหนักไป ควรไปพบแพทย์เพื่อประเมินสภาพร่างกาย แต่ถ้าพักแล้วอาการไม่ดีขึ้นต้องรีบไปพบแพทย์

7) สามารถดื่มน้ำได้ทั้งก่อน ขณะ และหลังออกกำลังกาย ระยะก่อนและขณะออกกำลังกายไม่ควรดื่มน้ำมากเกินไป อาจทำให้จุกแน่นท้อง ถ้าไม่กระหายไม่จำเป็นต้องดื่มน้ำ ส่วนระยะหลังออกกำลังกายควรนั่งพักให้หายเหนื่อยแล้วดื่มน้ำให้มากพอจนหายกระหาย เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้สูญเสียน้ำทางเหงื่อและการหายใจ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลงร้อยละ 10-15 อาจเกิดภาวะขาดน้ำได้ง่ายขณะออกกำลังกาย

8) ไม่ควรอาบน้ำทันทีหลังออกกำลังกาย รออย่างน้อย 5-10 นาที ให้อุณหภูมิร่างกายลดลงและไม่ควรใช้น้ำที่ร้อนเกินไป

1.3 การจัดการกับความเครียด ภาวะเครียดมีผลกระทบต่อนระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบตัน เพิ่มความต้านทานในหลอดเลือดส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น คนส่วนมากไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะเครียดได้ จึงจำเป็นต้องหาวิธีในการจัดการกับความเครียด เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ เป็นต้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวมีผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้มีการลดฮอร์โมนที่มีผลกระทบต่อระบบประสาท ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย อัตราการเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจ ส่งผลให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง

1.4 หลีกเลียงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของโรค ได้แก่

1.4.1 การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้นเพราะแอลกอฮอล์จะทำให้การออกซิเดชัน (oxidation) ของกรดไขมันลดลง อาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแข็งตัวหรือแตกได้ และนอกจากนี้อาจเกิดอันตรายจากการไปเสริมฤทธิ์ของยาได้

1.4.2 การงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ผลของคาเฟอีนทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น แต่ถ้าดื่มในขนาดปานกลางเป็นเวลานานก็ไม่มีผลต่อความดันโลหิต หรือสามารถดื่มชากาแฟได้แต่ไม่ควรเกินสองหรือสามถ้วยต่อวัน (ศูนย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1.4.3 การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ถึงแม้การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรงแต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

1.4.4 การควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตที่สูงขึ้น หากสามารถควบคุมดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ที่ 18.5-24.9 kg/m² จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 20-50 มิลลิเมตรปรอทต่อน้ำหนักตัวที่ลด 10 กิโลกรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การที่น้ำหนักลดลงตั้งแต่ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวขึ้นไปจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด (ศูนย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2. การรักษาโดยการใช้จ่าย การรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตมีผลดีต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้นควรทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการหยุดยาของผู้ป่วย ยาที่ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่

2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ทำหน้าที่ในการขับน้ำและเกลือที่ไต เป็นยาที่ได้รับความนิยมในการรักษาความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรง (ระดับที่ 1) และสามารถใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี เช่น ฟุโรซีไมด์ (Furosemide) และไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) ผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยานี้อาจมีอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะในขณะที่เปลี่ยนอิริยาบถ ยาในกลุ่มนี้ไม่ควรใช้กับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานหรือมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับความดันโลหิตสูง เนื่องจากยาอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงได้ ควรแนะนำระยะเวลาที่รับประทานยาโดยให้รับประทานในตอนเช้าเพื่อไม่ให้เกิดการรบกวนเวลานอนของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนท่าควรทำอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุกับตัวผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะมากควรกลับมาพบแพทย์เพื่อปรับยาหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้การใช้กลุ่มยาขับปัสสาวะอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโปแตสเซียม ควรเฝ้าระวังอาการของโปแตสเซียมต่ำ เช่น มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย และอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ซึ่งอาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้

2.2 ยาต้านแคลเซียม (Calcium Channel Blockers: CCBs) มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดเนื่องจากยาไปยับยั้งการเคลื่อนที่เข้าของประจุแคลเซียมในเซลล์ ทำให้กล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดคลายตัว เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย หลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดที่ไต ทำให้สามารถลดความดันโลหิตได้แต่อาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ผลจากฤทธิ์การขยายหลอดเลือดแดงทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ หน้าแดง เหน็บววมและใจสั่นได้ เช่น เวอราพามิล (verapamil) หรือไนเฟดิปีน (nifedipine)

2.3 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน (Angiotensin-Converting Enzyme inhibitors: ACE inhibitors) ยานี้มีคุณสมบัติในการยับยั้งเอนไซม์ที่ชื่อว่า angiotensin converting enzyme ที่ทำหน้าที่เปลี่ยน angiotensin I เป็น angiotensin II โดยที่ angiotensin II จะมีคุณสมบัติเป็นเอนไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว การยับยั้งเอนไซม์นี้จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้การลดลงของ angiotensin II ยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน ส่งผลให้ลดการดูดซึ่มกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนทำให้ไตเสียหน้าที่ จึงไม่ใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง เช่น แคปโตพริล (captopril) อินาลาพริล (enalapril) ผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยานี้อาจพบอาการข้างเคียง เช่น ไอแห้ง ๆ มีผื่นขึ้น เป็นต้น

2.4 ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (angiotensin II receptor blockers: ARBs) มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้ความดันโลหิตลดลง ยากลุ่มนี้ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่ม ACE inhibitors ซึ่งทำให้มีอาการไอแห้ง ๆ เช่น ลอซาร์แทน (Losartan) เออบิซาร์แทน (Irbesartan) เป็นต้น (เกสร, 2555)

2.5 ยาต้านเบต้า (bata-adrenagic blocking agents) ใช้รักษาความดันโลหิตสูงชนิดปานกลางและรุนแรง ใช้เป็นยาลำดับที่ 2 เมื่อใช้ยาลำดับแรกไม่ได้ผล โดยใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะหรือยาลดความดันโลหิตชนิดอื่น ๆ และสามารถใช้กับหญิงตั้งครรภ์ได้โดยไม่มีผลต่อทารก (เกสร, 2555) ยามีฤทธิ์ยับยั้งระบบประสาทซิมพาธิติก กดการทำงานของหัวใจ ยับยั้งการหลั่งเรนิน และมีผลต่อการควบคุมหลอดเลือดในสมองส่วนกลาง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ฤทธิ์ข้างเคียงของยาทำให้หลอดเลือดตีบแคบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หัวใจเต้นช้าลง เช่น โพรพานอลอล (propranolol) อะทีโนลอล (atenolol) เป็นต้น ไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด โรคหัวใจ

2.6 ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) เป็นยาที่ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ทำให้หลอดเลือดขยายออก ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ใช้ลดความดันโลหิตชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (เกสร, 2555) ควรใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำ และควรใช้ร่วมกับยาต้านเบต้าเพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เช่น ไฮดรอลาซิน (hydralazine) มินอกซิديل (minoxidil) เป็นต้น (ผ่องพรรณ, 2552) ผู้ใช้ต้องระมัดระวังเนื่องจากยาอาจทำให้เป็นลม ง่วงนอนหรืออ่อนเพลียได้ และต้องระวังในผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองหรือไตเสียหน้าที่

ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุมี 4 กลุ่ม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) คือ ยาต้านแคลเซียม (CCBs), ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ชนิดไทอะไซด์ (thiazide), ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน (ACEIs) และยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (ARBs) เหมือนของประชากรโรคความดันโลหิตทั่วไป ยาตัวแรกที่นิยมใช้รักษาคือ CCBs หรือยาขับปัสสาวะชนิด thiazide หากยังคงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย ให้เพิ่มยา ACEIs หรือ ARBs กรณีที่ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้ใช้ CCBs ร่วมกับ thiazide และ

ACEIs (หรือ ARBs) หากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จะถือว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงที่ต่อการรักษา (resistant hypertension) แพทย์ควรตรวจสอบเหตุที่ทำให้คุมความดันโลหิตไม่ได้ และหากพบว่าการรักษาเหมาะสมแล้ว ให้พิจารณาเพิ่มยาในกลุ่ม alpha blockers เช่น doxazosin หรือยาขยายหลอดเลือดแดงโดยตรง (direct vasodilator) เช่น ไฮดรอลาซีน (hydralazine) สำหรับผู้สูงอายุจะไวต่อยาในกลุ่ม BBs จึงควรใช้อย่างระมัดระวัง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งนอกจากการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอแล้ว ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ควบคู่กันไปด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

แนวคิดการใช้บริการสุขภาพ

เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยมีหลากหลาย ประกอบกับการที่คนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่า (วิไลวรรณ, 2554) ซึ่งโรคที่พบมากเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (วิชัย, 2557) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่หายขาดและผู้สูงอายุต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ๆ เพิ่มเพื่อเยียวยารักษาให้ตนเองหายหรืออาการดีขึ้น

แนวคิดการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าสามารถใช้อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานได้ คือ แนวคิดหรือแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Health Service Utilization model) ของแอนเดอร์เซน (Andersen) ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปีค.ศ. 1960 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การใช้บริการสุขภาพของครอบครัว ให้คำนิยามและวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ และช่วยสร้างนโยบายเพื่อสร้างเสริมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา (Andersen, 1995) แบบจำลองนี้ในระยะแรกได้ให้ความสำคัญต่อครอบครัวเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ เนื่องจากการใช้บริการสุขภาพระดับบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากคุณลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจในครอบครัว จากการทบทวนแนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพพบว่าแบบจำลองนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จนในระยะสุดท้ายแบบจำลองนี้ได้รับการพัฒนาจนสมบูรณ์ดังแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระยะหลังสุดของแอนเดอร์เซนในภาพที่ 2 ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย สาระสำคัญของแนวคิดนี้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญ 3 ส่วน (Andersen, 1995) คือ

1. ปัจจัยด้านประชาชน ประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อย ได้แก่

1.1 ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่

ปัจจัยทางด้านประชากร (demographic) เช่น อายุ เพศ เป็นต้น ซึ่งเป็นคุณสมบัติทางชีวภาพในการกำหนดความจำเป็นทางสุขภาพ

ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (social structure) จะสะท้อนความสามารถของบุคคลในชนชั้นต่าง ๆ ต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพของตน โดยมีปัจจัยที่สะท้อนโครงสร้างทางสังคม คือ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ปัจจัยความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติที่ประชาชนมีต่อบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ

1.2 ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้ประชาชนสามารถเข้าใช้บริการได้ โดยแบ่งเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลหรือครอบครัว และทรัพยากรของชุมชน โดยทรัพยากรส่วนบุคคลหรือครอบครัว (family resources) ที่สำคัญ ได้แก่ รายได้ การมีประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อต้องไปใช้บริการเป็นค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาสต่าง ๆ ส่วนทรัพยากรของชุมชน (community resources) ได้แก่ การมีสถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการอย่างพอเพียงและทั่วถึง

1.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) ความต้องการทางสุขภาพนับเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดการใช้บริการสุขภาพ ทั้งนี้บุคคลหรือครอบครัวนั้นจะต้องรับรู้เรื่องราวการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องให้ความสำคัญกับการใช้บริการที่เหมาะสม ความต้องการนี้อาจมองได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่

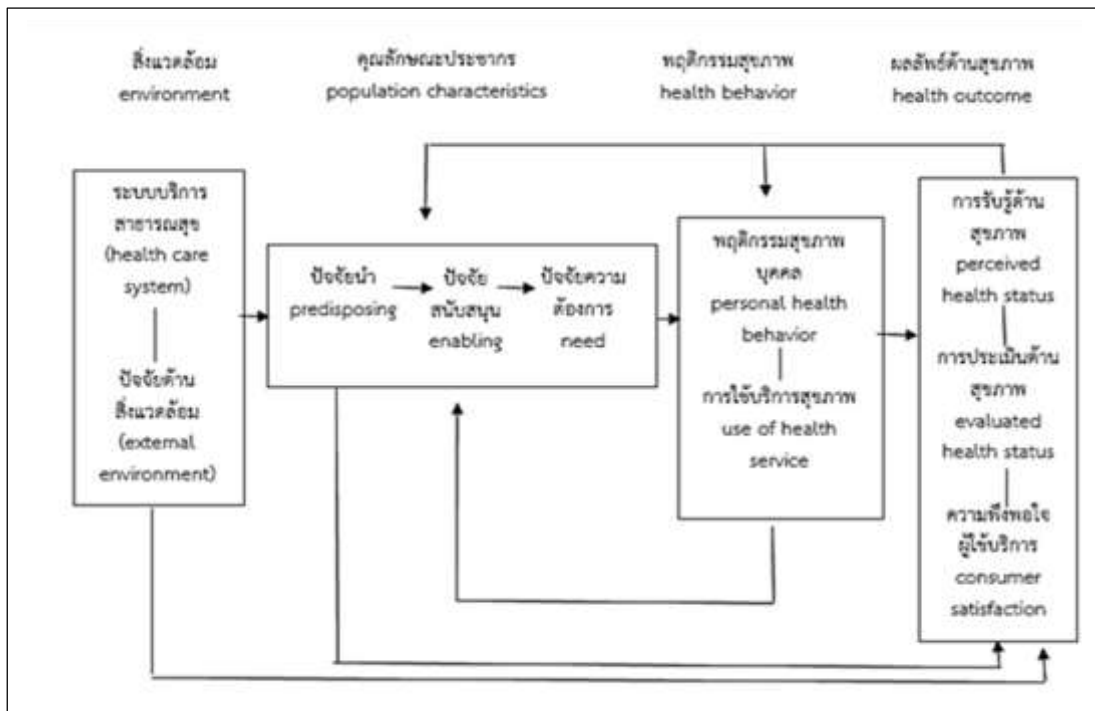
1.3.1 ความต้องการในมุมมองของประชาชน โดยที่ความต้องการในมุมมองของประชาชนขึ้นกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง (perceived needs) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่ตนเองเป็นอยู่และการดำเนินของโรค

1.3.2 ความต้องการที่กำหนดโดยผู้ให้บริการ ซึ่งความต้องการของประชาชนอาจเหมือนหรือแตกต่างจากความต้องการที่ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ (evaluated needs)

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพ

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สภาวะสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมของประชาชน ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงมีผลต่อการเข้าใช้บริการสุขภาพด้วยเช่นกัน โดยที่พฤติกรรมของประชาชน เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรักษาตนเองเบื้องต้น เป็นปัจจัยที่กำหนดการเข้าใช้บริการสุขภาพอีกประการหนึ่งด้วย

จะเห็นว่าปัจจัยแต่ละปัจจัยดังกล่าวข้างต้นต่างมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และสามารถส่งผลกระทบต่อกลวิธีต่าง ๆ ในทุกวัฒนธรรมของการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่กำหนดการเข้าใช้บริการสุขภาพของแต่ละคน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งความพอใจของผู้รับบริการในเรื่องความสะดวกสบาย การมีบริการที่ต้องการ ค่าใช้จ่าย ลักษณะของผู้ให้บริการและคุณภาพบริการ ก่อให้เกิดการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระยะหลังสุดของแอนเดอร์เซน

สาระสำคัญของแนวคิดแบบจำลองนี้เสนอว่า การใช้บริการสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ 2) ปัจจัยสนับสนุน และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ แบบจำลองนี้สามารถทำนายและอธิบายการใช้บริการสุขภาพได้พร้อมกัน กล่าวคือ ในแต่ละองค์ประกอบของแต่ละปัจจัยสามารถเป็นตัวแปร ซึ่งสามารถทำนายการใช้บริการสุขภาพได้ ในขณะเดียวกันแบบจำลองก็สามารถอธิบายกระบวนการหรือความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งปัจจัยนำจะเป็นตัวแปรภายนอกโดยเฉพาะตัวแปรประชากรและโครงสร้างทางสังคม ส่วนปัจจัยสนับสนุนบางตัวก็มีความจำเป็น แต่ก็ไม่เพียงพอที่จะอธิบายการใช้บริการสุขภาพได้ ต้องใช้ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพร่วมด้วย

ดังนั้นจากแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) สรุปได้ว่า บุคคลสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือก หรือเลือกใช้บริการสุขภาพทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันรวมกับการดูแลสุขภาพทางเลือก (complementary care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งของบุคคลในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยบุคคลจะประเมินผลลัพธ์จากการเลือกใช้บริการสุขภาพนั้น ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษา สำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพนอกจากจะวัดความพึงพอใจของผู้บริการแล้วยังสามารถวัดได้จากการรับรู้สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพคือ ความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ 3 ประการ ได้แก่

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) จะเป็นตัวแทนของลักษณะทางชีวภาพที่มีแนวโน้มว่าจะสร้างเสริมให้ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพ และสถานภาพของบุคคลในชุมชนบ่งบอกถึงความสามารถในการแก้ปัญหาและหาแหล่งสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหา ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติที่ประชาชนมีต่อบริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ
2. ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้ประชาชนสามารถเข้าใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ รายได้ การมีประกันสุขภาพ การเดินทาง ระยะเวลาที่รอรับบริการ การสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว การมีสถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการอย่างพอเพียงและทั่วถึง เป็นต้น
3. ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจำเป็นต้องใช้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การใช้บริการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้สูงอายุต้องรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งหากควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและหัวใจ เป็นต้น และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอัตราการตายสูง (วิชัย, 2557) อย่างไรก็ตามโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ โดยการให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ได้แก่ การรักษาโดยใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด และเนื่องด้วยระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีหลากหลาย ได้แก่ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ดังนั้นนอกเหนือจากการเลือกใช้บริการสุขภาพแผนปัจจุบันแล้ว ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงบางรายยังมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพทางเลือกอื่น ๆ ควบคู่กัน เพื่อตอบสนองความต้องการหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ทุเลาหรือหายขาด ซึ่งการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ โดยปัจจัยส่งเสริมได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการศึกษาของ ปุละวิชและจันทร์จิรา (2557) พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการเลือกใช้บริการสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองโดยคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทาง ส่วนใหญ่จึงไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้คุณภาพและความรวดเร็วของบริการ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าจะไม่ไปใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรอพบแพทย์นาน มีผู้รับบริการจำนวนมาก และนอกจากนี้ความเป็นกันเองและความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการก็มีผลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ซึ่งการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพของแต่ละคนแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทและลักษณะของแต่ละบุคคล แต่เป้าหมายในการเลือกใช้บริการ

สุขภาพคือ สามารถจัดการกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และใช้ชีวิตเหมือนคนปกติในขณะที่ตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นพฤติกรรมที่บ่งชี้ให้เห็นถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ความร่วมมือ (adherence) เดิมใช้คำว่า การยอมตาม (compliance) ซึ่งมีความหมายคล้ายคลึงกัน แต่คำว่า compliance หมายถึง การเชื่อฟังของผู้ป่วยต่อการรักษาของแพทย์ นักวิชาการหลายคนมองว่า การใช้คำนี้ไม่เหมาะสม มองว่าบุคคลมีบทบาทยอมตาม ซึ่งมีนัยของอำนาจ (authority) ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เหนือกว่าผู้ป่วยในเชิงผู้ปกครองและการเชื่อฟัง (Kontz, 1989) ดังนั้นจึงมีการเสนอให้ใช้คำว่า adherence แทน compliance ซึ่งเป็นคำรวมระหว่างการประสานงานและการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, Denekens, 2001) โดยมีความหมายทางบวก และบุคคลจะต้องมีความยินดีและเต็มใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีส่วนร่วม เป็นการสื่อถึงความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางการรักษา (Vivian, 1996)

ดังนั้น Adherence ก็คือความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากมีความหมายครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทของการรักษา และจากการศึกษามีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือไว้ ดังนี้

กลาสเบอร์เกน (Glasbergen, 1998) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือ (Adherence) ว่า เป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้จ่ายตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

จะเห็นได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใด ๆ ที่สัมพันธ์หรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล (พานทิพย์, 2554) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี และปฏิบัติเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว ซึ่งอาจเป็นการกระทำหรือไม่กระทำที่ส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ (จิระศักดิ์ และเฉลิมพล, 2550) โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพต่าง ๆ (ถนอมรัตน์, 2551)

ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใด ๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกระทำด้วยความยินดีและเต็มใจในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้อาหาร และความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน ซึ่งความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมาได้

ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองหรือความร่วมมือในการรักษาไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุบางรายมีความคิดว่าหากต้องอยู่กับโรคความดันโลหิตนี้ไปตลอดชีวิตก็ขอใช้ชีวิตเหมือนเดิม ทำให้ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนการรักษา (ปุลวิซซ์ และจันทรจิรา, 2557) นอกจากนี้ยังพบความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางด้านการรักษาโดยการใช้อาหาร และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันอย่างต่อเนื่องแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้อาหาร คือ การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา (medication non-adherence) มากที่สุด (40-86%) (Butler et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย (2556) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความร่วมมือในการใช้อาหารในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70 เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและมีการใช้ยามากที่สุดในสังคม จากความซับซ้อนของการรักษาโดยยาทำให้เกิดความลำบากกับผู้สูงอายุที่จะรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลของยาที่ใช้อยู่ได้ครบถ้วนเพียงพอ และจากการศึกษาพบปัญหาด้านพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ดตามที่แพทย์สั่ง รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา หยุดรับประทานยาเนื่องจากยาหมดและไม่สามารถไปรับยาได้ หยุดรับประทานยาเมื่อพบว่าระดับความดันโลหิตปกติ หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นและปรับขนาดยาด้วยตนเองตามลำดับ (ปิยนุช, 2549; สุมาลี, ชุตินา, และปราณี, 2551; วาสนา, 2553; สมณทนา, นพวรรณ, และจุฬารักษ์, 2556) และจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายถึงแม้มารับการรักษาและรับยา แต่เมื่ออยู่ที่บ้านไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา (สุมาลี, ชุตินา, และปราณี, 2551) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าใจผิดคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อไม่มีอาการผิดปกติผู้ป่วยจึงไม่รับประทานยา และจากความไม่เข้าใจวิธีการรับประทานยาพบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตก่อนอาหารในขณะที่แพทย์ให้รับประทานหลังอาหาร (สมณทนา, นพวรรณ, และจุฬารักษ์, 2556)

2. ความร่วมมือในการรักษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

2.1 ด้านการควบคุมอาหารพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ควบคุมอาหารเลย มีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่คิดว่าจะควบคุมอาหารแต่ก็ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ตลอด ยังเลือกรับประทานอาหารตามความชอบของตนเองและครอบครัว และผู้สูงอายุเข้าใจผิดว่าความเค็มคือ น้ำปลาและเกลือเท่านั้น จึงไม่สามารถควบคุมอาหารโดยการลดเค็มได้ (จิริยา, รุ่งทิพย์, นาดยา, เพ็ญจมาศ, และเบจวรรณ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้สูงอายุบางคนเลือกที่จะใช้ชีวิตเหมือนเดิม ไม่คิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารประเภทไขมันที่ตนเองชอบ การรับประทานอาหารรสเค็ม (ปุละวิช และจันทร์จิรา, 2557) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งให้เหตุผลของการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารว่าเกิดจากความเคยชินของการรับประทานและการปรุงอาหาร การที่ต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นและเกรงใจผู้ทำอาหารให้ จึงไม่ได้แยกอาหารเฉพาะโรค

2.2 ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวทำให้เหน็ดเหนื่อย และจากความสูงอายุ (วิมุตขพรรณ และหทัยรัตน์, 2550) และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ออกกำลังกายจะออกแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งไม่มีรูปแบบและวิธีการชัดเจน นอกจากนี้คิดว่าการทำงานก็คือการออกกำลังกาย (จิริยา, รุ่งทิพย์, นาดยา, เพ็ญจมาศ, และเบจวรรณ, 2553)

2.3 ด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากภาระหนี้สิน (วิมุตขพรรณ และหทัยรัตน์, 2550; จิริยา, รุ่งทิพย์, นาดยา, และเบจวรรณ, 2553) ไม่มีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ การเป็นภาระของครอบครัว (จิริยา, รุ่งทิพย์, นาดยา, เพ็ญจมาศ, และเบจวรรณ, 2553)

จากพฤติกรรมดังกล่าวของผู้สูงอายุทั้งทางด้านการรักษาโดยใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นแนวโน้มของความล้มเหลวในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ดังเช่นการศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของ น้ำอ้อย และวารินทร์ (2557) พบว่าร้อยละ 53.2 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen) ที่กล่าวว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Andersen, 1995) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเชื่อทัศนคติ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 เพศ ลักษณะของเพศชายและเพศหญิง ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ปิยนุช, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์ (2554), วาสนา (2553), พรเพ็ญ (2550), และศักดิ์นรินทร์ (2549) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพรที่พบว่า เพศต่างกันพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เนาวรัตน์, บุษราคัม, และวิวัฒน์, 2554)

1.2 อายุ ความสามารถในการจัดการและการดูแลตนเองในวัยผู้สูงอายุลดลงเนื่องจากความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเสื่อมตามวัยและความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาโดยการรับประทานยา เช่น ความจำ การมองเห็น การได้ยิน (รักษชนก, 2554) มักมีข้อจำกัดทางกายภาพ อวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลง จากการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า อายุมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (สมลักษณ์, 2553) และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุอาจมีพฤติกรรมที่ทำตามความต้องการของตนเองสูง บางรายมีความรู้สึว่าไม่ต้องการพึ่งยา ไม่อยากใช้ยาประจำ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมการรักษาโดยการรับประทานยาทั้งสิ้น (ปลิวิช และจันท์จิรา, 2557)

1.3 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อความสามารถในการเข้าใจและการจัดการกับข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ (Health literacy) ในผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (อุมากร, 2551; ภัศราวลัย, อรุณวรรณ, และจารุวรรณ, 2556; ปฐญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์, 2554)

1.4 อาชีพ จากการศึกษาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ประนอม, 2555; ปฐญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์, 2554) ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.5 สถานภาพสมรส การมีสถานภาพสมรสคู่ หรือมีการสนับสนุนจากครอบครัวคอยช่วยเหลือสนับสนุนให้ปฏิบัติตนในการควบคุมระดับความดันโลหิต จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (อรุณี และทวิวรรณ, 2558) ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.6 ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติเนื่องจากไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะคิดว่าตนเองหายเป็นปกติแล้ว ซึ่งสาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการดำเนินของโรคและการรักษา และจากการศึกษาของ

ศักดิ์นรินทร์ (2549) พบว่าความรู้อาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสราวลัย, อรุณวรรณ, และจารุวรรณ (2556) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

1.7 ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุหลายรายมีความเชื่อและทัศนคติว่าหากมีอาการดีขึ้นแล้วไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องก็ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดยา (สุมนงา, นพวรรณ, และจุฬารักษ์, 2556) จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (สมลักษณ์, 2553) และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา (สุมาลี, ชุติมา, และปราณี, 2551; อัญชลี, 2556) และยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (สุมาลี, ชุติมา, และปราณี, 2551)

1.8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาของ อรัญญา (2558) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสราวลัย, อรุณวรรณ, และจารุวรรณ (2556) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกปัจจัยนำได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนในประเด็นความร่วมมือในการรักษาทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับตัวกับความเครียดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

2.1 รายได้ รายได้เป็นแหล่งอำนวยความสะดวกในการจัดการของบุคคล เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทาน และอาจเป็นเหตุผลของการขาดการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อุมากร, 2551; ปฐญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ (2553) ที่พบว่า รายได้ครอบคลุมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support) การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองและต้องการมีชีวิตอยู่เพื่อครอบครัว การช่วยเหลือจากทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น (บุลวิชัย และจันทร์จิรา, 2557) จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ภัสราวลัย, อรุณวรรณ, และจารุวรรณ, 2556) และจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรง

ทางบวกต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (สมลักษณ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมากร (2551) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ($p < .001$) การมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปิยนุช (2549) ที่พบว่า การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีและไม่จำเป็นต้องพึ่งพาคือคนอื่น

2.3 รูปแบบการรักษา ลักษณะของการรักษาด้วยยา ได้แก่ ความยุ่งยากซับซ้อนในการบริหารยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการรักษา จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละครั้ง การรับประทานวันละหลายครั้ง ครั้งละหลายเม็ด ทำให้พฤติกรรมการรับประทานยาแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย (2556) ที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับยาหลายขนานทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง ส่วนอาการข้างเคียงของยาเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเพราะผู้ป่วยทนอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้ จากการศึกษาความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยามีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมกับพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (สมลักษณ์, 2553) และจากการศึกษาของ ศักดิ์นรินทร์ (2549) และสุมาลี, ชูติมา, และปราณี (2551) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ได้แก่ ระยะเวลาการรักษา จำนวนมือและเม็ดยา อาการข้างเคียงของยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.4 สิทธิการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิในการใช้บริการ เช่น สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท จากการศึกษาพบว่า สิทธิการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (อรุณี และทวิวรรณ, 2558)

2.5 การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเลือกใช้บริการของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน แต่เป้าหมายในการเลือกใช้บริการสุขภาพก็เพื่อให้สามารถจัดการกับโรคของตนเองได้ และใช้ชีวิตได้อย่างปกติตามโรคที่เป็นอยู่ ระบบบริการที่มีคุณภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ระบบสุขภาพที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก ไม่มีขั้นตอนการรับบริการที่ซับซ้อนยุ่งยาก ค่าใช้จ่ายน้อย ผู้ให้บริการให้บริการได้ทั่วถึง และสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและผู้ป่วย มีการดูแลติดตาม ซึ่งมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วย (บุลวิรัช และจันทรจิรา, 2557) จากการศึกษาของ ศักดิ์นรินทร์ (2549) พบว่า ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่รับบริการบริการ ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้าน และหากแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นมิตรและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถามคำถามเกี่ยวกับโรคและยา พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนในการตัดสินใจและมีการให้คำแนะนำที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดีตามไปด้วย

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนในประเด็นความร่วมมือในการ

รักษาทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับตัวกับความเครียด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) ความต้องการทางสุขภาพ นับเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ได้แก่

3.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา จากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาหลายปี ทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองดีกว่าระยะแรก ๆ ที่เป็นโรคความดันโลหิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้ดีมากขึ้น (บุลวิซซ์ และจันทร์จิรา, 2557) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปิยนุช (2549) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.2 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แสดงให้เห็นถึงสภาวะของโรคกับความก้าวหน้าของการรักษา เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายเป็นปกติ ส่งผลให้พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนนั้นรุนแรงหรือเห็นผู้อื่นเกิดภาวะแทรกซ้อนก็จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายของโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา (บุลวิซซ์ และจันทร์จิรา, 2557) ความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนในประเด็นความร่วมมือในการรักษาทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับตัวกับความเครียดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. วิธีการประเมินทางตรง ประกอบด้วย

1.1 การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรงซึ่งค่อนข้างแม่นยำ แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลาและผู้ป่วยอาจซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

1.2 การดูปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะหรือน้ำลาย แล้วนำส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัด Biological marker ต่าง ๆ ลักษณะการวิเคราะห์เช่นนี้ขึ้นกับความไวของการทดสอบและยังขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายชนิด เช่น สูตรตำรับยา ระบบการดูดซึม การย่อย ระบบเมตาบอลิซึม การขับถ่าย ประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้ป่วย และสิ่งที่ควรคำนึงถึงคือภาวะที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เพียงระยะเวลาสั้น ๆ (White coat adherence) เช่น 3 วัน ก่อนหรือหลังจากพบแพทย์ ซึ่งทำให้สรุป

ข้อมูลความร่วมมือในการรักษาคลาดเคลื่อน นอกจากนี้ยังไม่สามารถทำได้ในยาทุกตัวเนื่องจากข้อจำกัดในการวิเคราะห์ มีราคาแพงและผู้ป่วยอาจจะต้องเจ็บตัวจากการเจาะเลือด (นันทลักษณ์, 2555)

2. วิธีการประเมินทางอ้อม เป็นวิธีที่ปฏิบัติจริงได้มากกว่าวิธีสืบหาทางตรงประกอบด้วย

2.1 การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ เป็นวิธีการประเมินอย่างหนึ่งที่จะช่วยประเมินว่าผู้สูงอายุรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับวิธีหนึ่งทำได้โดยการวัดปริมาณยาที่เหลือโดยการนับ การตวง โดยให้ผู้ป่วนำยาที่เหลือมาแสดงหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ยาที่ผู้ป่วนำมานับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริง ๆ (นันทลักษณ์, 2555) หากใช้วิธีนี้เพียงอย่างเดียวอาจไม่น่าเชื่อถือมากนัก เพราะการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่สามารถวัดได้เพียงแค่ว่าผู้ป่วยหยิบยาใช้แต่บอกไม่ได้ว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาหรือเปล่า

2.2 การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ช้ยาเอง เช่น ให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาที่รับประทานยาทุกครั้งลงในตารางบันทึกการใช้ยา วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนักเพราะผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึกหรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งอาจไม่เหมาะในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ

2.3 การตรวจสอบการมาตามนัดเพื่อรับยาในวันนัดครั้งต่อไป เป็นข้อมูลที่เก็บได้ง่าย ใช้ในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและต้องช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการช้ยาหรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ให้ความร่วมมือในการช้ยา (นันทลักษณ์, 2555) เช่น หากผู้ป่วยบอกว่ายังมีารับประทานเหลืออยู่ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง การใช้วิธีนี้วิธีเดียวอาจยังขาดความน่าเชื่อถือในการประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย (รักษชนก, 2554)

2.4 การวัดผลการรักษา ใช้สำหรับวิธีการรักษาที่สามารถวัดผลการรักษาได้ชัดเจน เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิต เป็นต้น วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ผลของยาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยาและภาวะของร่างกายในขณะนั้น ๆ จึงไม่อาจนำผลมาสรุปทันทีว่าผลการรักษานั้นเกิดจากความร่วมมือในการช้ยาของผู้ป่วย (นันทลักษณ์, 2555)

2.5 การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (interview หรือ questionnaires) สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาไม่มากและค่าใช้จ่ายน้อย ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญในการใช้คำถาม ควรระมัดระวังการที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ตอบข้อเท็จจริง หรือเกิดเบื่อหน่ายถ้ามีข้อคำถามมากเกินไป ก็ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง (นันทลักษณ์, 2555)

การศึกษาคั้งนี้ใช้วิธีการประเมินโดยอ้อม โดยการใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการช้ยา

แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

จากการศึกษาพบว่า มีแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาทั้งด้านการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ยุทธพงษ์ (2550) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการมาตรวจตามนัด ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีค่าความเที่ยง .85

2. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ เนาวรัตน์, บุษราคม, และวิวัฒน์ (2554) ซึ่งลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีทั้งหมด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77

3. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ปฐญาภรณ์ (2554) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ดังนั้น ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ยุทธพงษ์ (2550) โดยนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะประเมินความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันการนำการแพทย์ทางเลือกมาใช้มีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากการประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2521 ขององค์การอนามัยโลก ส่งผลให้ประเทศไทยประกาศนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในแผนสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ทำให้กระแสการยอมรับสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2546 ได้มีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในปีพ.ศ. 2552 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 มติ 7 “การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน” และกระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเข้าในการพัฒนาระบบบริการของประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อนำการแพทย์แผนไทยที่โดดเด่นและมีข้อมูลวิชาการสนับสนุนการใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และทีมสหวิชาชีพ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) ทำให้เกิดแรงมุดของการแพทย์ทางเลือกหรือสุขภาพแบบผสมผสานจากหลายแหล่งข้อมูลที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพนั้น ๆ เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังที่ไม่อาจการรักษาให้หายขาดด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น และการที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาโรคเรื้อรังดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จึงมีพฤติกรรมการแสวงหาทางเลือกอื่น ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพเหล่านั้น

ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

การแพทย์ทางเลือก เป็นการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งแตกต่างไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน (conventional medicine) เป็นวิทยาการผสมผสานให้ใกล้เคียงกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ ไม่ใช้การแพทย์ที่ให้การรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน ผู้ให้การรักษาไม่จำเป็นต้องจบวุฒิทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมและได้รับการฝึกฝนจนเป็นที่ชำนาญในแต่ละสาขา (ชินินทร์, 2548) และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2559) ได้ให้ความหมายของการแพทย์แบบผสมผสาน (complementary medicine) ไว้ว่าเป็นศาสตร์เพื่อการวินิจฉัย รักษา และป้องกันโรค นอกเหนือจากศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

พฤติกรรมการสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างจงใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองหรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากครอบครัว คนรอบข้าง เครือข่ายสังคม ตลอดจนบุคคลากรสาธารณสุข ดังนั้นพฤติกรรมการสุขภาพแบบผสมผสาน (complementary care) จึงเป็นรูปแบบวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีใช้การแพทย์หลักที่บุคคลปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคหรือจัดการกับความผิดปกติของร่างกาย โดยการรักษาเสริมควบคู่ไปกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน (อายุพร, 2557)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการส่งเสริมสุขภาพตนเองซึ่ง

ไม่ใช่การรักษาแผนปัจจุบัน โดยปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ชนิดของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

ปัจจุบันศาสตร์การดูแลสุขภาพมีมากมายหลายประเภท ศูนย์การแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center for Complementary and Alternative Medicine: NCCAM) ได้จำแนกกลุ่มการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 กลุ่ม (NCCAM, 2008) ดังนี้

1. ระบบการแพทย์ทางเลือก (alternative medical systems) เป็นการแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษา วินิจฉัย และการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษาและหัตถการต่าง ๆ เป็นวิธีปฏิบัติที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวชัดเจนและมักพบว่ามีวิวัฒนาการมาก่อนการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ระบบการแพทย์ตะวันออก ได้แก่ การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน อายุรเวท และระบบการแพทย์ตะวันตก ได้แก่ การบำบัดแบบโฮมีโอพาธี (Homeopathy) ธรรมชาติบำบัด ซึ่งระบบดังกล่าวมีวิธีการรักษาแตกต่างกันออกไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การแพทย์แผนจีน มีการแพร่หลายเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ศตวรรษที่ 3 โดยพ่อค้าชาวจีน และในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้รับรองการแพทย์แผนจีนให้เป็นส่วนหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะที่ต้องมีการรับรองการขึ้นทะเบียนและการรับใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพ โดยมีจุดเน้นที่การจัดการความสมดุลของหยิน-หยาง มีพื้นฐานมาจากปรัชญาโบราณของลัทธิเต๋า ใช้แนวคิดความเป็นคู่กัน คือ หยิน-หยาง ซึ่งเป็นฝ่ายตรงข้าม แต่ควบคุมซึ่งกันและกัน การแพทย์แผนโบราณของจีนจึงใช้แนวคิดดังกล่าวมาอธิบายความสัมพันธ์ทางกายวิภาคของร่างกาย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม ดังนั้นเมื่อความสมดุลระหว่างหยิน-หยางในร่างกายเปลี่ยนแปลงก็จะทำให้ร่างกายเกิดโรคร้ายไข้เจ็บขึ้น ทางกรแพทย์จึงใช้หลักความสมดุลระหว่างหยิน-หยาง เป็นพื้นฐานของการรักษาความเจ็บป่วยของร่างกายมนุษย์ (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2556) ได้แก่ ผิงเข็ม การใช้ยาสมุนไพร การนวดทุยนา ชีกงและอาหารที่เป็นยา เป็นต้น

การฝังเข็ม (acupuncture) สามารถจัดการกับความผิดปกติที่เรื้อรัง บรรเทาความเจ็บปวด และส่งเสริมสุขภาพด้วยการป้องกันโรคและบำรุงรักษาสุขภาพ การฝังเข็มสามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหาได้ทั้งในด้านสรีระอาการและจิตวิทยา ทฤษฎีการฝังเข็มได้นำมาใช้รักษาโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น การอักเสบเรื้อรังหรือการบาดเจ็บเฉียบพลันของกล้ามเนื้อ โรคของเอ็นและข้อต่อ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบย่อยอาหารและปัญหาของระบบขับถ่าย รวมทั้งใช้ในการรักษาโรคที่เกิดจากความผิดปกติของอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า เป็นต้น

คนที่มีความดันโลหิตสูงมักมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หน้าแดง นอนหลับไม่สนิท ชีพจรเต้นเร็ว อาการเหล่านี้ทางการแพทย์แผนจีนแสดงถึงธาตุไฟเกิน ดังนั้นการแพทย์แผนจีนจึงเน้นรักษาโดยการลดธาตุไฟลงมา การฝังเข็มจึงมีจุดที่ใช้เพื่อลดธาตุไฟ เช่น จุด “จูซานหลี่” บริเวณหน้าแข้งด้านนอก เป็นต้น (สมภพ, 2558) มีการใช้การฝังเข็มในการรักษาโรคอัมพาต โดยใช้เข็มปักลงไปยังจุดปลายประสาท เพื่อกระตุ้นระบบประสาทและระบบฮอร์โมน ทำให้สามารถกระตุ้นเซลล์สมอง

ที่เสียหายฟื้นตัวคืนมา ผู้ป่วยอัมพาตที่มาฝังเข็มรักษาภายใน 1 เดือนแรกนับตั้งแต่เป็นอัมพาตจะ
ได้ผลร้อยละ 80 ขึ้นไป หากมารักษาในภายหลังจะได้ผลลดลงไป เนื่องจากสมองและระบบประสาท
เสียหายมากเกินไป (โสภภาพรรณ, 2555) และทางองค์การอนามัยโลกได้จัดให้การฝังเข็มในการรักษา
ภาวะความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ

1.2 การแพทย์อายุรเวทของอินเดีย เป็นศาสตร์ของการทำให้ชีวิตยืนยาวโดยเน้น
การป้องกันสุขภาพ ใช้หลักความสมดุลของกาย จิต จิตวิญญาณ การออกกำลังกายแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสม
กับสุขภาพ สำหรับวิธีการรักษาในหลักของการแพทย์อายุรเวท ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร ซึ่งมี
หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การนวด (massage) การประคบ (sudation) การผ่าตัด (surgery) การใช้
โลหะ (metallic compounds) โยคะ เป็นต้น

โยคะ เป็นวิธีการพัฒนาสรีระ ความคิด จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการนำ
คำสอนในคัมภีร์พระเวทย์ของอินเดียโบราณมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ เทคนิคของศาสตร์และศิลป์นี้
คือ พยายามสร้างความสมดุลให้แก่ทุกส่วนของร่างกาย ประกอบด้วย กาย ความคิด จิตใจ และจิต
วิญญาณที่ประสานรวมกันอย่างกลมกลืน เทคนิคการหายใจถือเป็นเรื่องสำคัญสำหรับโยคะ (โสภภาพรรณ,
2555) ทำให้ผู้ฝึกโยคะสามารถควบคุมทั้งร่างกาย ความคิด และจิตใจ ทำให้ผ่อนคลาย ลดความ
หงุดหงิด มีสมาธิดีขึ้น

1.3 การแพทย์แผนไทย เป็นศาสตร์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของคนไทยแบบองค์
รวมมาช้านาน เดิมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านจัดเป็นการแพทย์กระแสหลักของชุมชน
และสังคมไทย ต่อมาเกิดการยอมรับการแพทย์ตะวันตกแทนที่การแพทย์ดั้งเดิมเพื่อทดแทนส่วนที่
การแพทย์ดั้งเดิมไม่มี เช่น การผ่าตัด การป้องกันโรคติดต่อ ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ด้วยความเจริญของ
การแพทย์ตะวันตก ทำให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยถูกละเลย ปัจจุบันได้มีพลิก
ฟื้นให้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยให้กลับมามีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ
สุขภาพของคนไทย การแพทย์แผนไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ครบ
ทุกมิติของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะด้านการป้องกันการเกิดขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมา
จากวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559)
ได้แก่ การนวด การกดจุดแก้อาการ การประคบสมุนไพร การเหยียบเหล็ก และการใช้ยาสมุนไพร
เป็นต้น

2. การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างใจกับกาย (mind-body interventions)
เป็นวิธีบำบัดหลากหลายวิธีเพื่อเพิ่มศักยภาพของจิตใจที่มีผลต่อร่างกาย การบำบัดแนวนี้เชื่อว่าจิตมี
อิทธิพลต่อกาย ในทางกลับกันกายก็ส่งผลต่อจิตด้วยเช่นกัน โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจ
ร่างกาย และจิตวิญญาณในการทำให้สุขภาพดี แบ่งการรักษาแนวนี้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิถีทางจิต
เช่น การสะกดจิต ดนตรีบำบัด จินตนาการบำบัด ศิลปะบำบัด กลุ่มวิถีทางกาย เช่น โยคะ (Yoga) ไทเก๊ก
เต็นรำบำบัด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และกลุ่มวิถีเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ เช่น ใช้สมาธิ
การสวดมนต์ และการบำบัดทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การทำสมาธิ แนวคิดสมาธิบำบัดประกอบด้วยกายและจิตที่มีความเกี่ยวข้อง
พึ่งพิงอาศัยซึ่งกันและกัน และสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับสิ่งแวดล้อม จักรวาล เป็นวิธีการหันเหความเอาใจ
ใส่ไปสู่แง่มุมที่กระจำจืดของธรรมชาติภายในตัวเองด้วยความตั้งใจ การนั่งสมาธิทำให้จิตใจสงบ ช่วย
รักษาโรคทางกายได้ (แพทย์พงษ์, 2551) โดยเพิ่มการไหลเวียนเลือดด้วยการกระตุ้นของระบบ

ประสาทพาราซิมพาเธติก กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันผ่านสมองและฮอโมน ซึ่งเป็นผลให้ฮอโมนเอ็นโดรฟิน (endorphins) หลั่ง สารนี้เป็นสารแห่งความสุขช่วยให้ร่างกายสดชื่น (สมภพ, 2558) นอกจากนี้การทำสมาธิยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย เกิดคลื่นสมองแบบแอลฟาเพิ่มขึ้น (สมภพ, 2558) ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและช่วยลดภาวะความดันโลหิตสูงได้

2.2 การสวดมนต์ ถือเป็นกิจกรรมสำหรับพัฒนาจิตวิญญาณ ในศาสนาต่าง ๆ จะมีการสวดมนต์เป็นประจำ เป็นวิธีการที่ชักนำให้เกิดความสงบขึ้นมาได้จนสามารถเข้าสู่ระดับจิตที่เป็นสมาธิ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบและเกิดความสงบสบาย ช่วยบรรเทาหรือระงับอาการเจ็บปวดทางร่างกายได้ (แพทย์พงษ์, 2551) การสวดมนต์สม่ำเสมอมีผลทำให้อาการเจ็บปวดทางร่างกายลดลงและเกิดความสงบ ซึ่งเป็นผลมาจากกำลังใจและกำลังสมาธินั่นเอง

2.3 ดนตรีบำบัด เป็นการใช้วิธีการทางดนตรีในการช่วยฟื้นฟู รักษาและพัฒนา ด้านอารมณ์ ร่างกายและจิตใจเพื่อให้มีสภาพที่ดีขึ้น ระดับเสียง ธรรมชาติของเสียงและความเข้มของเสียงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้ในรสของดนตรีให้แก่ท่วงทำนองเพลง ในเรื่องจังหวะของเพลงมีงานวิจัยพบว่า จังหวะที่มีความเหมาะสมแก่การรับฟังของมนุษย์ควรเป็นจังหวะที่มีความเร็วไม่เกินอัตราการเต้นของหัวใจของผู้คน (บุษกร, 2556) หากผู้ได้รับฟังดนตรีที่มีความเร็วเกินกว่าอัตราการเต้นของหัวใจ อาจทำให้เกิดอาการไม่สบาย ตึงเครียด ซึ่งอาจส่งผลที่ไม่ดีต่อสุขภาพได้ นอกจากการใช้ดนตรีในการบำบัดทางจิตแล้วยังสามารถใช้ดนตรีบำบัดกับผู้ป่วยได้ทุกรโรค สำหรับระดับเสียงดนตรีนั้นไม่ควรใช้เสียงที่มีความแหลมสูงหรือทุ่มต่ำจนเกินไป (บุษกร, 2556) เพราะจะเข้าไปมีผลต่อการบีบรัดตัวและการเต้นของหัวใจ ควรเป็นเสียงในระดับปานกลาง และควรเป็นเพลงบรรเลงมากกว่าเพลงร้อง เพราะผู้ป่วยมุ่งจำกัดความคิดไปตามเนื้อร้องของดนตรีที่ได้ยิน

2.4 โยคะ หรือการรำมวยจีน ช่วยรักษาสมดุลง่ายของร่างกายทั้งร่างกายและจิตใจ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุซึ่งได้ทั้งความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและการทรงตัวของร่างกาย (โสภภาพรรณ, 2555) หลักการฝึกประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) ฝึกกาย เริ่มจากการยืนที่ถูกต้อง 2) ฝึกการหายใจ คือการหายใจเข้า-ออกตามธรรมชาติให้ลึกและยาว และ 3) ฝึกจิต ให้มุ่งสมาธิไปทุกส่วนของร่างกายและผ่อนคลายบริเวณนั้น ๆ การผ่อนคลายควรทำตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า

3. การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ (biologically based therapies) คือ วิธีบำบัดรักษาโดยใช้สารจากธรรมชาติประเภทสมุนไพร พืชชนิดต่าง ๆ อาหารและวิตามิน สุนัขบำบัด เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร อาหารเสริม วิตามิน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 สมุนไพร คือสารทุกชนิดในธรรมชาติที่สามารถนำมาเป็นยารักษาโรคได้ พืชสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในประเทศไทยเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่คู่กับสังคมมนุษย์มาช้านาน ลักษณะการนำไปใช้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การใช้ภายนอกร่างกาย และการใช้ภายในร่างกาย การใช้สมุนไพรภายในร่างกายที่พบ คือ การนำสมุนไพรมารับประทาน ซึ่งรูปแบบของการนำมารับประทานมีหลายอย่างด้วยกัน เช่น ยาต้ม ยาขง ยาดอง ยาลูกกลอน รูปแบบการใช้ภายนอกมีหลายวิธี เช่น การประคบ การอบสมุนไพร ซึ่งสมุนไพรที่มีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต (จุไรรัตน์, 2556) ได้แก่ กระเจี๊ยบแดง เก๊กฮวย ขิง แพงพวยฝรั่ง เป็นต้น

จากการศึกษาพบว่า การดื่มชากระเจี๊ยบวันละ 2-3 ครั้ง สามารถลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกได้ ร้อยละ 7.2 ถึงร้อยละ 13 (สมภพ, 2558) สารสำคัญของกระเจี๊ยบแดง คือ anthocyanin มีส่วนช่วยในการทำงานและสร้างความยืดหยุ่นแก่หลอดเลือด (จุไรรัตน์, 2556) ส่วน

บัวบกมีสรรพคุณในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากบัวบกมีส่วนช่วยในการไหลเวียนเลือดทั้งในหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอย โดยมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดจึงสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ (สมภพ, 2558) นอกจากนี้บัวบกยังมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท ช่วยให้การเรียนรู้ดีขึ้น มีฤทธิ์คลายเครียด ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และจากการศึกษาโดยใช้สารละลายเก็กฮวยฉีดพ่นใบชาแล้วนำไปทดลองกับผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง โดยซึ่งเป็นชาวรับประทาน พบว่าสามารถลดระดับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดได้ (จุไรรัตน์, 2556)

3.2 การรับประทานอาหารเสริม หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานโดยตรง นอกเหนือจากการรับประทานหลักตามปกติ เพื่อเสริมอาหารบางอย่าง ซึ่งมักอยู่ในรูปผง เม็ด แคปซูล ของเหลวพร้อมดื่มหรือลักษณะอื่น ๆ จะเห็นว่าแนวโน้มของการเกิดโรคในปัจจุบันเป็นผลมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกส่วนอันเนื่องมาจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะรับประทานอาหารได้ครบทุกหมู่ รวมทั้งการปนเปื้อนและตกค้างของสารเคมีในอาหารที่รับประทาน ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมกลายเป็นทางเลือกเพื่อสุขภาพทางหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

4. วิธีการจัดโครงสร้างร่างกาย (manipulative and body-based methods) คือ การบำบัดโดยใช้หัตถการต่าง ๆ เน้นที่ระบบและโครงสร้างของร่างกาย ใช้การจัดหรือเคลื่อนไหวนส่วนของร่างกาย เช่น การนวด การจัดกระดูกสันหลัง (chiropractic) การจัดกระดูก (osteopathic manipulation) ซึ่งในขณะนี้การนวดแผนไทยได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ เนื่องจากมีประโยชน์ในการนวดเพื่อสุขภาพ การผ่อนคลาย รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (ดวงพร, 2551) การนวดไทยแบ่งเป็น 2 แบบ (ชัชภาม, 2552) คือ การนวดไทยแบบเชลยศักดิ์ และการนวดไทยแบบราชสำนัก โดยเฉพาะการนวดไทยแบบราชสำนักมีการนำมาเปิดเป็นหลักสูตรให้ศึกษา โดยให้ความหมายการนวดไทยแบบราชสำนักกว่า เป็นการกระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยการนวดด้วยนิ้วมือหรือมือตามศาสตร์และศิลป์ที่สืบทอดกันมาจากการแพทย์แผนไทยที่เคยปฏิบัติอยู่ในราชสำนัก เพื่อบำบัดโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีแบบแผนที่มีลักษณะเฉพาะ คือ แพทย์แผนไทยผู้นวดต้องมีกิจกรรมรยาทที่สุภาพ เช่น ก่อนลงมือนวดต้องไหว้เพื่อขอโทษผู้ป่วยที่ต้องโดนตัว มีการตรวจวินิจฉัยโรคก่อน เช่น วัดความดันโลหิต จับชีพจรที่ข้อมือและหลังเท้าเพื่อตรวจดูลมเบื้องสูงและลมเบื้องต่ำตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เพื่อให้รู้กำลังเลือดและลมของผู้รับการบำบัด การนวดแบบราชสำนักจะกระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง และกระตุ้นระบบประสาทให้ทำงานดีขึ้น ช่วยแก้กล้ามเนื้อคลายตัว ได้ผลดีในการบำบัดรักษากลุ่มอาการและโรคหรือความผิดปกติที่ทำให้มีอาการปวด ตึง ลำตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และยังช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่เกิดจากโรคหรือความผิดปกติ เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หัวไหล่ติด เป็นต้น (ชัชภาม, 2552) ผู้ได้รับการบำบัดด้วยการนวดจะรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจแจ่มใสเบิกบาน จึงได้นำการนวดไทยแบบราชสำนักมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และได้รับความนิยมสูง ซึ่งลักษณะของการนวด (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2551) มีดังต่อไปนี้

4.1 การกด ใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงที่ส่วนของร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว ทำให้เลือดถูกขับออกจากหลอดเลือดบริเวณนั้น และเมื่อลดแรงกดลงเลือดก็จะพุ่งมาเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้นทำให้ระบบไหลเวียนทำหน้าที่ได้ดี

การนวดกดจุด (Acupressure) มีหลายจุดที่สามารถช่วยลดความดันโลหิตให้ต่ำลงได้ ข้อควรระวัง คือ สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตเกิน 200/100 มิลลิเมตรปรอท ห้ามใช้การนวดกดจุดเพื่อลดความดันโลหิตโดยเด็ดขาด จุดที่สามารถกดหรือนวดเพื่อลดความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง คือ จุดหลังศีรษะในระนาบเดียวกับหู โดยการเอานิ้วโป้งจับหูส่วนล่างเอาไว้ ค่อย ๆ เลื่อนนิ้วไปที่ตรงกลางด้านหลังคอ ให้นิ้วอยู่เหนือแนวท้ายทอย 1 นิ้ว ออกแรงปานกลางหรือถึงขั้นแน่น ๆ ลงบนจุดทั้งสองด้วยนิ้วโป้ง กดทิ้งไว้นาน 1 นาที หรือมากกว่านั้น หายใจเข้าและออกให้ลึก ๆ และอาจเพิ่มหรือลดความแรงตามความเหมาะสม เป็นการบรรเทาอาการปวดหัวที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2551)

4.2 การคลึง โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ นิ้วมือหรือสันมือออกแรงกดให้ลึกถึงกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไปมาหรือคลึงเป็นลักษณะวงกลม

4.3 การบีบ เป็นการจับกล้ามเนื้อเต็มฝ่ามือแล้วออกแรงบีบที่กล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายังกล้ามเนื้อ ช่วยคลายอาการเมื่อยล้า การบีบยังช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ด้วย

4.4 การดึง เป็นการออกแรงเพื่อยืดเส้นเอ็นของกล้ามเนื้อหรือพังผืดของข้อต่อที่หดสั้นเข้าไปออก เพื่อให้ส่วนนั้นทำหน้าที่ได้เป็นปกติ ในการดึงข้อต่อมักได้ยินเสียงลั่นในข้อ ซึ่งแสดงว่าการดึงนั้นได้ผลและไม่ควรดึงต่อไปอีก

4.5 การตัด เป็นการออกแรงเพื่อให้ข้อต่อที่ติดขัดเคลื่อนไหวได้ตามปกติการตัดต้องออกแรงมากและค่อนข้างรุนแรง ก่อนตัดต้องคำนึงถึงการเคลื่อนของข้อเพราะอาจเกิดอันตรายได้มาก

4.6 การบิด เป็นการออกแรงเพื่อหมุนข้อต่อหรือกล้ามเนื้อเส้นเอ็นให้ยืดออกทางด้านขวาง

4.7 การทุบ การสับ เป็นการออกแรงกระตุ้นกล้ามเนื้ออย่างเป็นจังหวะเพื่อช่วยอาการปวดหลัง ปวดคอ หรือช่วยในการขับเสมหะเวลาไอ

4.8 การเหยียบ เป็นการให้ผู้อื่นขึ้นไปเหยียบหรือเดินบนสะโพก ต้นขา การเหยียบเป็นท่าที่อันตรายเพราะอาจทำให้หลังหักได้

5. การบำบัดโดยใช้พลังงาน (energy therapies) เป็นการบำบัดรักษาโดยใช้พลังงาน แบ่งได้เป็น 2 แบบ (ซินินทร์, 2548) ได้แก่

5.1 สนามชีวพลัง (biofield) เป็นการบำบัดรักษาโดยอาศัยพลังแห่งชีวิต ซึ่งเชื่อว่าอยู่ในร่างกายของมนุษย์ เช่น ชีกง (Qigong) ลมปราณหรือพลังที่ถ่ายทอดจากธรรมชาติผ่านร่างกายมนุษย์ เช่น เรกิ (Reiki) พลังจักรวาล ซึ่งพลังดังกล่าวยังไม่สามารถพิสูจน์ว่ามีอยู่จริงในทางวิทยาศาสตร์ ผู้บำบัดอาจใช้ฝ่ามือกดหรือสัมผัสเบา ๆ บริเวณร่างกายของผู้ป่วยหรืออาจจะยกมืออยู่ห่างจากตัวผู้ป่วยก็ได้

ชีกง หมายถึง การฝึกกาย-ใจ เพื่อบำรุงรักษาสุขภาพ โดยมีรากศัพท์มาจากคำว่า ชี หมายถึง พลังชีวิตซึ่งมีอยู่ในร่างกายมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทุกอย่างในรูปแบบของประจุไฟฟ้าและคลื่นความร้อน กง หมายถึง การกระทำหรือการทำงานเพื่อให้ได้พลังงาน ชีกงประกอบด้วยท่าเคลื่อนไหวแบบช้า ๆ ที่ต่อเนื่องกันเป็นชุดคล้ายกับการรำร่า ช่วยให้คนที่ฝึกตระหนักถึงภาวะกลมกลืนของจิตใจ อารมณ์และร่างกายของตนเอง โดยเชื่อว่าเมื่อเกิดความไม่สงบทางอารมณ์หรือ

จิตใจจะเกิดความเจ็บป่วยขึ้น เนื่องจากความไม่สมดุลของพลังงาน (ที่เรียกว่า ชี) ทำให้พลังงานไหลไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายช้าหรือเร็วไปหรือมีพลังงานซึ่งอยู่ที่เดียวมากเกินไป สามารถแก้ไขได้ด้วยท่วงท่าการเคลื่อนไหว ดังนั้นปัจจัยหลัก ๆ ของการออกกำลังกายแบบซิงก คือ การวางระเบียบร่างกาย (จัดท่าการทรงตัว) การวางระเบียบความคิดจิตใจ และการวางระเบียบการหายใจ ซึ่งทั้งสามปัจจัยส่งผลซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความแข็งแกร่งและเป็นการฝึกฝนภายใน มีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะหมุนวนอย่างนุ่มนวล ช่วยให้มีความสมดุล ลดความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกซิงกในขณะที่อยู่ในภาวะสงบนิ่ง ผ่อนคลาย จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความถี่ในการหายใจลดลง และร่างกายใช้ออกซิเจนน้อยลง

เรกิ หรือพลังจักรวาล เป็นการฟื้นฟูพลังชีวิตธรรมชาติ และสร้างสมดุลของพลังงานในร่างกาย เป็นระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวธรรมชาติ เรกิจะปรับสมดุลและแปรเปลี่ยนสถานการณ์ชีวิตที่เป็นลบหรือไม่ส่งผลดี เรียกว่าการเยียวยารักษา (ธอม, 2554) ใช้เทคนิคโดยการเอามือของผู้ให้การบำบัดวางลงที่ร่างกายผู้รับการบำบัดเฉย ๆ และส่งพลังผ่านมือไปสู่ตัวผู้เข้ารับการบำบัดทั้งที่ร่างกาย ความคิด และจิตวิญญาณ โดยจะรู้สึกถึงความร้อนที่แผ่ออกมาจากมือผู้บำบัด

5.2 ชีวแม่เหล็กไฟฟ้า (bioelectromagnetic) เป็นการใช้พลังงานแม่เหล็กไฟฟ้าเพื่อบำบัดรักษาอาการต่าง ๆ เช่น ปวด บวม บาดแผล เครื่องมือที่อาศัยพลังงานแม่เหล็กไฟฟ้า แพทย์อายุรเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ใช้รักษาผู้ป่วยเป็นคลื่นที่ถูกเปลี่ยนเป็นพลังงานความร้อน ส่วนการใช้แม่เหล็กไฟฟ้าลักษณะอื่น ๆ เช่น ที่นอนแม่เหล็กหรือกำไลแม่เหล็ก ซึ่งไม่ได้นำมาใช้ทางการแพทย์ (ชนินทร์, 2548)

พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุเริ่มมีการแสวงหาการรักษาอื่น ๆ เพิ่มเติมตั้งแต่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากต้องการให้ระดับความดันโลหิตคงที่ โดยใช้การรักษาเสริมร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน (ปุละวิชชและจันทร์จิรา, 2557) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีการใช้การดูแลแบบผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. สมุนไพร ผลการวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุไรรัตน์, 2556) พบว่า สมุนไพรหลายชนิด เช่น การรับประทานกระเทียมร่วมกับหญ้าหวาน อาจช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 4.9 มิลลิเมตรปรอท และผู้เชี่ยวชาญสมุนไพร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้แนะนำสมุนไพรที่มีผลช่วยลดความดันโลหิตสูงที่มีในท้องถิ่นไทย 13 ชนิด ได้แก่ กระเจี๊ยบแดง คื่นฉ่าย บัวบก พลูควาว มะรุม ใบกระเพรา หญ้าหนวดแมว เป๊ะตำปึงหรือสมุนไพรจักรนารายณ์ ตะไคร้ ฟ้าทะลายโจร ชิง มะกรูด และกระเทียม และจากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ ปุละวิชชและจันทร์จิรา (2557) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการแสวงหาการรักษาด้วยการใช้สมุนไพรมีทั้งชนิดที่ทำกินเองและซื้อ ผู้ป่วยเชื่อว่าสมุนไพรเป็นยาที่ใช้กันมาตั้งแต่โบราณน่าจะปลอดภัยและมีประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่าการทดลองใช้ยาสมุนไพร ยาบำรุงต่าง ๆ โดยเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามคำบอกต่อและโฆษณา แต่ก็รับประทานยาไม่ขาด (จิรียา, รุ่งทิพย์, นาดยา,

และเบจวรรณ, 2553) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์, อุมาพร, และไหมไทย (2554) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรในการจัดการอาการของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 91.82)

2. อาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นจากธรรมชาติ เช่น อาหารเสริม ชีวจิต จากการศึกษาของ ทศนีย์, อุมาพร, และไหมไทย (2554) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการใช้ชีวจิตในการควบคุมโรค ร้อยละ 17.3 และผลการใช้อยู่ในระดับมาก และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารเพื่อปรับธาตุให้สมดุลเพื่อการส่งเสริมป้องกัน และรักษาโรคในระดับมาก (ชุตินา, วรรณิ, และไหมไทย, 2549)

3. สมาธิและการสวดมนต์ การสวดมนต์เป็นวิธีการที่ชักนำให้เกิดความสงบขึ้นมาได้ จนสามารถเข้าสู่ระดับจิตที่เป็นสมาธิ การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ ปุทธิวิช และจันทร์จิรา (2557) พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้หลักศาสนาในการควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตสูง

4. การนวด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการใช้บริการและผลิตภัณฑ์เพื่อการส่งเสริมป้องกันและรักษาโรค ซึ่งร้อยละ 44.6 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การปวดเมื่อยส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รองลงมาคือ การมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างต้องการใช้บริการด้านการนวดในระดับมากเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (ชุตินา, วรรณิ, และไหมไทย, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์, อุมาพร, และไหมไทย (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยใช้การนวดเพื่อลดอาการเวียน/มีนศีรษะ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. โยคะ เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการควบคุมการหายใจ ช่วยลดความดันโลหิตได้ จากการศึกษาของ ทศนีย์, อุมาพร, และไหมไทย (2554) พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้โยคะในการควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.92 และผลการใช้อยู่ในระดับมาก

6. ชีกง เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งของคนจีนโบราณ ซึ่งช่วยสร้างความสมดุลและเพิ่มพลังชีวิตในร่างกาย ช่วยให้ผ่อนคลาย มีสมาธิ และลดความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ อิติสุดา (2553) เรื่องผลการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่ต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า หลังการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

7. สุนทรบำบัด เป็นศิลปะและวิทยาศาสตร์ของการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อสร้างเสริมและปรับสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และความผาสุก มาจากศัพท์ aromatherapy ซึ่งเป็นการผสมของศัพท์ 2 คำ คือ aroma ซึ่งหมายถึง กลิ่นหอม และ therapy ซึ่งหมายถึง การบำบัด คำว่ากลิ่นหอมในที่นี้หมายถึงกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยที่ได้จากพืช มีศัพท์ที่ใช้ตามข้อกำหนดของราชบัณฑิตยสถาน คือ คันธบำบัด และมีคำอื่นที่นิยมใช้ เช่น สุนทรบำบัด เป็นต้น เนื่องจากประโยชน์อันมากมายของน้ำมันหอมระเหยต่อสุขภาพ ช่วยในการรักษาโรคต่าง ๆ ในรูปแบบการใช้ที่แตกต่างกันไป เช่น ผสมในน้ำมันนวด สูดดม ใส่ในอ่างแช่ น้ำมันหอมระเหยจะช่วยลดความเครียด และกระตุ้นทำให้รู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา ช่วยทำให้สงบ มีสมาธิ ลดอาการอักเสบ ลดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และเครียด จากการศึกษาของ ทศนีย์, อุมาพร, และไหมไทย (2554) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการใช้สุนทรบำบัดในการควบคุมโรคอยู่ในระดับน้อย แต่ผลการใช้อยู่ในระดับมาก

8. ฤชิตัดตน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพราะท่าฤชิตัดตน ส่วนมากเป็นท่าง่าย ๆ ที่สามารถทำได้ทุกคน เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถออกกำลังกายแบบหักโหม ได้ ช่วยให้เกิดสมาธิ การไหลเวียนโลหิตดี คลายความเครียด (จินตนา, 2552) และเป็นวิธีที่ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ออกกำลังกายโดยการเดินรอบบ้าน (ศิริพร และพรธณี, 2557) และจากการศึกษาของ ทศนีย์, อุมาพร, และไหมไทย (2554) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการใช้ฤชิตัดตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 0.63) แต่ผลการใช้อยู่ในระดับมาก ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้น การแสวงหาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอย่างเหมาะสมก็จะเป็นผลดีต่อการควบคุมโรค สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและจัดระบบการดูแลสุขภาพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม แต่หากปฏิบัติไม่เหมาะสมก็อาจเกิดผลเสียและภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพได้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2559) เสนอแนวทางพิจารณาในการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพื่อประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการและไม่เกิดอันตราย 4 ประการ ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (reliability) ต้องตรวจสอบดูจากวิธีการหรือองค์ความรู้ด้านการแพทย์ทางเลือกชนิดนั้น ประเทศต้นกำเนิดให้การยอมรับหรือไม่ มีการใช้มาเป็นเวลานานแค่ไหน หรือมีการใช้แพร่หลายหรือไม่ และมีการบันทึกข้อมูลไว้หรือไม่อย่างไร

2. ความปลอดภัย (safety) เป็นเรื่องสำคัญมากในการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือก ต้องมีการพิจารณาว่ามีผลกับสุขภาพของผู้ใช้อย่างไร มีพิษแบบเฉียบพลันหรืออาจมีพิษแบบเรื้อรังหรือไม่ หรือวิธีการนั้นทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือไม่

3. ประสิทธิภาพการรักษา/ป้องกัน (efficacy) เป็นเรื่องที่จะต้องพิสูจน์หรือมีข้อมูลยืนยันได้ว่าใช้แล้วได้ผล ซึ่งอาจต้องมีข้อมูลจำนวนมากพอหรือมีการใช้มาเป็นเวลานานจนทำให้ได้รับการยอมรับจากการศึกษาวิจัยที่หลากหลายวิธีการ

4. ความคุ้มค่าต่อการนำไปใช้ (cost-effectiveness) โดยให้ผู้ใช้เปรียบเทียบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพนั้น ๆ คุ้มค่าสำหรับผู้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานในโรคนั้น ๆ หรือไม่ ซึ่งอาจเทียบกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยแต่ละคน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ จากการศึกษาของ ปวีณา (2550) เรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างการเจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 94.3 ภาวะสุขภาพเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ ปวดข้อและกระดูก ความดันโลหิตสูง เมื่อเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างจะใช้บริการดูแลด้วยตนเองก่อนเป็นอันดับแรกแล้วจึงแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ การนวดไทย การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งมีการใช้ 2-3 ระบบการรักษาพร้อมกันหรือมีการเปลี่ยนไปมาระหว่างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ประกอบกับปัจจุบันมีบริการสุขภาพหลากหลายทำให้ผู้ป่วย

สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยสำคัญประการแรกในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานในการแก้ปัญหาสุขภาพของตน ได้แก่

1.1 เพศ เพศหญิงมีบทบาทสูงในด้านการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพดูแลเยียวายคนในครอบครัวมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ทักษิณี, อุมาพร, และไหมไทย ศรีแก้ว. (2554) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์, บุษราคัม, และวิวัฒน์ (2554) พบว่าเพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากการศึกษาของ ปริญญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.2 อายุ ความสูงอายุมักสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัว ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ (วิชัย, 2557) จากการศึกษาของ ทักษิณี, อุมาพร, และไหมไทย ศรีแก้ว. (2554) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมีอายุเฉลี่ย 62.78 ปี แต่จากการศึกษาของเนาวรัตน์, บุษราคัม, และวิวัฒน์ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.3 สถานภาพสมรส การมีสถานภาพสมรสคู่หรือมีการสนับสนุนจากครอบครัวคอยช่วยเหลือสนับสนุนให้ปฏิบัติตนในการควบคุมระดับความดันโลหิต ต่างจากการไม่มีคู่ซึ่งทำให้ต้องดูแลลำพังอาจทำให้เกิดการหลงลืมตามความเสื่อมของวัยสูงอายุ และขาดผู้ให้ความช่วยเหลือในการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตนหรือหาแนวทางอื่นเพิ่มในการดูแลตนเอง แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.4 อาชีพ เป็นตัวกำหนดให้เกิดรายได้ ลักษณะอาชีพแตกต่างกันย่อมทำให้มีรายได้แตกต่างกัน ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการใช้บริการสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.5 ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นคว้าหรือแสวงหาความรู้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม (Andersen, 1995) ต่างจากผู้มีการศึกษาน้อยซึ่งมีข้อจำกัดในการรับรู้ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาจึงช่วยสะท้อนความสามารถของบุคคลต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.6 ความเชื่อ เจตคติทัศนคติเกี่ยวกับการรักษา ผู้ป่วยที่มีความเชื่อหรือประสบการณ์ว่าเคยได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็จะไม่ไปรับบริการสุขภาพนั้นอีกเลย จาก

การศึกษาพบว่าความเชื่อ เจตคติ ทศนคติมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษาและผลลัพธ์ในการรักษา (ปวีณา, 2550)

1.7 ความคาดหวังผลการรักษาและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เมื่อผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์จากการใช้บริการนั้นแล้วพบว่าทำให้อาการดีขึ้น พึงพอใจในผลการรักษา ผู้ป่วยก็จะกลับไปใช้บริการสุขภาพนั้นอีกเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง และจะหยุดใช้เมื่อประเมินและรับรู้ว่าการไม่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการเรียนรู้และตัดสินใจเลือกการรักษา (ปุลวิชช์ และจันทร์จิรา, 2557) จากการศึกษาพบว่าความคาดหวังผลการรักษาและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษาและผลลัพธ์ในการรักษา (ปวีณา, 2550)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนในพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเลือกใช้บริการสุขภาพได้แก่

2.1 รายได้ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการสุขภาพ เนื่องจากการรักษาทางเลือกว่าไม่ได้อยู่ในสิทธิขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมทั้งหมดที่ผู้ป่วยจะได้รับจากระบบบริการสุขภาพ จากรายงานการเข้าถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจ่ายเงินสมทบให้หน่วยบริการที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้กับประชาชน ได้แก่ การนวดไทย เพื่อลดอาการปวดและเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) และจากการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษา (ปวีณา, 2550)

2.2 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการที่เป็นกันเอง มีอัธยาศัยดีในการให้บริการ และความเพียงพอของผู้ให้บริการ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสเลือกแหล่งบริการรักษาที่ตนเองพอใจเพิ่มขึ้น (ปวีณา, 2550)

2.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องด้วยสังคมไทยมีระบบบริการสุขภาพให้เลือกหลายวิธี ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วยตามความต้องการหรือความเชื่อของตน การเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพต่าง ๆ อย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้อาการดีขึ้น ปัจจัยที่สำคัญในการเลือกใช้บริการแบบใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการที่มีอยู่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสะดวกในการใช้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ระยะทางระหว่างบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ และคุณภาพของระบบบริการ ส่วนด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการที่มีความเป็นกันเอง มีอัธยาศัยดีในการให้บริการและความเพียงพอของผู้ให้บริการ (ปวีณา, 2550)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานแต่ไม่ได้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) ความต้องการทางสุขภาพ นับเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ได้แก่

3.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี จึงทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และจัดการปัญหาของตนเองได้มากขึ้น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ทำให้เกิดการแสวงหาการรักษาเพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เริ่มแสวงหาการรักษาตั้งแต่ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากต้องการให้ระดับความดันโลหิตคงที่ โดยใช้การรักษาเสริมรวมกันกับการรักษาแผนปัจจุบัน (ปุณวิรัช และจันทร์จิรา, 2557) จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษา (ปวีณา, 2550) แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.2 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้และประเมินตัดสินความเจ็บป่วยตามความรุนแรงของโรคแล้วเลือกใช้บริการสุขภาพ เช่น การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยหรือไม่มากก็จะไม่ไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล อาจใช้วิธีการดูแลเบื้องต้น จากการศึกษาพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษา และผลลัพธ์ในการรักษา (ปวีณา, 2550)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานแต่ไม่ได้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ประเมินเกี่ยวกับชนิดของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน โดยการใช้กรอบแนวคิดของศูนย์การแพทย์แบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบ่งการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) ระบบการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine systems) 2) การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างจิตกับกาย (mind-body interventions) 3) การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ (biologically - based therapies) 4) วิธีการจัดโครงสร้างร่างกาย (manipulative and body - based methods) และ 5) การบำบัดโดยใช้พลังงาน (energy therapies) (NCCAM, 2008) ได้เป็นข้อคำถามปลายปิด ประกอบด้วย ผิงเข็ม สมุนไพร สวดมนต์ ดนตรี/ฟังเพลง สมุนไพร นวด รำมวยจีน โยคะ อาหารเสริม เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่ใช้จากวิธีต่าง ๆ เหล่านี้

2. สอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดของวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เป็นแบบสอบถามเพิ่มเติมรายละเอียดของวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน สอบถามเกี่ยวกับความถี่ในการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานนั้น ๆ วัตถุประสงค์ของการใช้ ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ความสะดวกในการใช้บริการ ความมากน้อยของแหล่งบริการ และความพึงพอใจ

ในผลที่ได้รับในวิธีการดูแลแบบผสมผสานนั้น ๆ (สุริพร, 2550) เพื่อให้เข้าใจรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยมากขึ้น

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

จากการศึกษาพบว่ามีแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของ ปวีณา (2550) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของแบบสอบถามจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุทั้งในภาวะไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ จำนวน 6 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิด โดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับแม่ชีสูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 รายเพื่อประเมินดูความเข้าใจ/ความหมายของเนื้อหา ความยากง่ายของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. แบบสอบถามการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานระหว่างได้รับรังสีรักษาของ สุริพร (2550) ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการใช้ ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ และความพึงพอใจในผลที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ใช้และอาการข้างเคียงระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยความยากง่ายของแหล่งบริการ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มีแหล่งบริการน้อยมาก หาได้ยาก มีแหล่งบริการปานกลาง พหุหาได้บ้าง และมีแหล่งบริการมาก หาได้ทั่วไป ความสะดวกในการไปใช้บริการ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เดินทางลำบาก ไกลและไปเองไม่ได้ เดินทางไม่ลำบากแต่ไปเองไม่ได้ และเดินทางสะดวกใกล้และไปด้วยตนเอง การประเมินความพึงพอใจในผลที่ได้รับ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ รับรู้ว่าได้ผลน้อย พึงพอใจน้อย รับรู้ว่าได้ผลปานกลาง มีความพึงพอใจปานกลาง และรับรู้ว่าได้ผลมาก มีความพึงพอใจมาก และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ใช้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับรังสีรักษาของ สุริพร (2550) จำนวน 2 ข้อ การแปลผลคะแนน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามโดยกำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และต่ำ โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเที่ยงจากแบบสอบถามโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างเดิมจำนวน 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 3 วัน นำคะแนนที่ได้จากการวัดทั้ง 2 ครั้ง มาหาค่าความสัมพันธ์โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

3. แบบสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของสุชาดา, เพลินพิศ และพัชรียา (2550) มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของศูนย์การแพทย์แบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ฝังเข็ม ออกกำลังกาย สมาธิ สวดมนต์ ดนตรี/ฟังเพลง สมุนไพร นวด รำมวยจีน อ่านหนังสือธรรมะ โยคะ ทำบุญ อาหารเสริม

และปล่อยให้หายเอง โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่ใช้มากที่สุดเพียงวิธีเดียวจากวิธีต่าง ๆ เหล่านี้ ในการดูแล สุขภาพแต่ละปัญหา และแบบสอบถามเพิ่มเติมถึงรายละเอียดของวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพ แบบสอบถามมีลักษณะเป็น คำถามปลายเปิดเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นภายหลังจากเก็บข้อมูลส่วนแรกในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดในแต่ละด้าน แนวคำถาม ประกอบด้วย 1) การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพ 2) รายละเอียดของวิธีการดูแลสุขภาพแบบ ผสมผสานในแต่ละปัญหา และ 3) ผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86

ดังนั้น ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการเลือกใช้ วัตถุประสงค์ของการใช้ ความง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ และความพึงพอใจในผลที่ได้รับใน วิธีการดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งในระหว่างได้รับรังสีของ สุรีพร (2550) เนื่องจากเป็น แบบประเมินที่ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และใช้ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มผู้สูงอายุเหมือนกัน

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในวัยผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการรักษาและควบคุมอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น การรักษาทำได้โดยการปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด หากผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาก็จะสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพแบบอื่น ๆ ร่วมด้วยเพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตร่วมกับการรักษาหลัก การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) โดยมุ่งเน้นอธิบายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จากการศึกษาเรื่อง การใช้การรักษาทางเลือกในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศอินโดนีเซีย (Niswah, 2014) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้สมุนไพร เหตุผลในการใช้การรักษาทางเลือกเนื่องจากเชื่อว่าจะลดน้ำตาลได้ ทำให้สุขภาพดีและช่วยบรรเทาอาการของโรคเบาหวาน ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ ได้แก่ ญาติสนิทและเพื่อน สมาชิกในครอบครัว และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่ง

จากแนวคิดของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) ทำให้เห็นพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย กล่าวคือ พฤติกรรมดังกล่าวรวมถึงความร่วมมือในการรักษาในการใช้บริการสุขภาพทางแพทย์แผนปัจจุบันและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยสนใจศึกษาในประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาในประเด็นดังกล่าวอย่างชัดเจนและพบการศึกษาในประเด็นแยกส่วน ดังนี้

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่เหมาะสม จากการศึกษาตามแนวคิดพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเชื่อและทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ รูปแบบการรักษา ความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยา ระบบบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ศูนย์การแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center for Complementary and Alternative Medicine: NCCAM) ได้แบ่งการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) ระบบการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine systems) 2) การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างจิตกับกาย (mind-body interventions) 3) การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ (biologically-based therapies) 4) วิธีการจัดโครงสร้างร่างกาย (manipulative and body-based methods) และ 5) การบำบัดโดยใช้พลังงาน (energy therapies) (NCCAM, 2008) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในการควบคุมโรค ได้แก่ อาหารและสมุนไพร

สมาธิ การนวด โยคะ ชีวจิต การกดจุด ชีกง สุคนธบำบัด และฤๅษีดัดตน และรูปแบบที่มีผลจากการใช้อยู่ในระดับมาก ได้แก่ โยคะ ชีวจิต และชีกง แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานคือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความเชื่อ เจตคติ ทศนคติเกี่ยวกับการรักษา ความคาดหวังผลการรักษาและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ 2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ ระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยเพื่อหาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นร่วมระหว่างความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยศึกษาเพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560–พฤษภาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกจากผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาความสัมพันธ์ของ โคเฮน (Cohen, 1987 cited in Polit & Hungler, 1999) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .20 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญที่ .05 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 197 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (5) แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (6) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลพื้นฐานของบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เติมคำตอบและแบบตรวจสอบรายการ (Check - List) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ (1) ข้อมูลด้านสุขภาพ และ (2) การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการป่วย ระดับความดันโลหิต โรคร่วมอื่น ๆ ยาที่ใช้รักษาโรค พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เติมคำตอบและแบบตรวจสอบรายการ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ

ตอนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึงหรือการไปรับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ปริญญาภรณ์ (2554) และปริญญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์ (2554) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยโดยตัดข้อคำถาม ข้อที่ 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 เหลือจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

คะแนน

มาก	2
ปานกลาง	1
น้อย	0

การแปลความหมายของการเข้ารับบริการสุขภาพ จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.34 -2.00	การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก
0.67 -1.33	การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
0.00 -0.66	การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ เนาวรัตน์, บุษราคม, และวิวัฒน์ (2554) ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ผู้วิจัยได้

ดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยโดยการตัดข้อคำถามข้อ 2, 5, 6, 7, 9, 11, 12 และสร้างข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ทำให้ได้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงปานกลาง และไม่เป็นจริงเลย โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	
เป็นจริงมากที่สุด	2
เป็นจริงปานกลาง	1
ไม่เป็นจริงเลย	0

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมายของการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.34 - 2.00	การได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
0.67 - 1.33	การได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
0.00 - 0.66	การได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงของ ปิยนุช (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยโดยตัดข้อคำถามข้อ 1 เหลือจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมายของการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.34 - 2.00	การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง
0.67 - 1.33	การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง
0.00 - 0.66	การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ยุทธพงษ์ (2550) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับประทานยา 5 ข้อ ด้านการควบคุมอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 5 ข้อ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 5 ข้อ และด้านการตรวจตามนัด 3 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสัมภาษณ์เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยเลือกประเมินความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความร่วมมือในการรักษาทางบวกและข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีความร่วมมือในการรักษาทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนโดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติเลย	0	2

ความร่วมมือในการรักษาที่มีข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 22

ความร่วมมือในการรักษาที่มีข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 16, 17, 20, 21

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมายของความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.34 -2.00	ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง
0.67 -1.33	ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง
0.00 -0.66	ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ

6. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการเลือกใช้ วัตถุประสงค์ของการใช้ ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ และความพึงพอใจในผลที่ได้รับในวิธีการดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคเมเร็งในระหว่างได้รับรังสีของ สุริพร (2550) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การดูแลแบบผสมผสานที่ใช้ และอาการข้างเคียงระหว่างได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามมาใช้ 1 ข้อ คือ การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ใช้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า และแบบตรวจสอบรายการ จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมชนิดของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ใช้ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ 1) ระบบการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ โยคะ 2) การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างจิตกับกาย ได้แก่ สมาธิ การสวดมนต์/ละหมาด ไทเก๊กหรือรำมวยจีน 3) การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ ได้แก่ สมุนไพร อาหารเสริม/ชีวจิต

สุคนธ์บำบัด 4) วิธีการจัดโครงสร้างร่างกาย ได้แก่ การนวด และ 5) การบำบัดโดยใช้พลังงาน ได้แก่ ชีกง และอื่น ๆ ดังนี้

6.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน หมายถึงความถี่ในการใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องมีความถี่ในการใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ยุทธพงษ์ (2550)

ใช้เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอย่างน้อยทุกวันหรืออย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
ใช้เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในอย่างน้อย 1-3 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยใช้	หมายถึง	ท่านไม่เคยใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในอย่างน้อยเลย

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมายของพฤติกรรมการใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.34 - 2.00	พฤติกรรมการใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก
0.67 - 1.33	พฤติกรรมการใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับปานกลาง
0.00 - 0.66	พฤติกรรมการใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับต่ำ

6.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความมากน้อยของแหล่งบริการ และความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

6.2.1 ความมากน้อยของแหล่งบริการสุขภาพ

0	หมายถึง มีแหล่งบริการน้อยมาก หาได้ยาก
1	หมายถึง มีแหล่งบริการปานกลาง พอหาได้บ้าง
2	หมายถึง มีแหล่งบริการมาก หาได้ทั่วไป

6.2.2 ความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ

0	หมายถึง เดินทางลำบาก ไกล และไปเองไม่ได้
1	หมายถึง เดินทางไม่ลำบาก แต่ไปเองไม่ได้
2	หมายถึง เดินทางสะดวก ใกล้ และไปใช้บริการได้ด้วยตนเอง

6.3 ความพึงพอใจในผลที่ได้รับ หมายถึง ระดับความพึงพอใจในผลที่ได้รับจากการใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

0	หมายถึง รับรู้ว่าได้ผลน้อย/มีความพึงพอใจน้อย
1	หมายถึง รับรู้ว่าได้ผลปานกลาง/มีความพึงพอใจปานกลาง
2	หมายถึง รับรู้ว่าได้ผลมาก/มีความพึงพอใจมาก

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความพึงพอใจในผลที่ได้รับ จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.34 -2.00	มาก
0.67 -1.33	ปานกลาง
0.00 -0.66	ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเนื้อหาเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งความครอบคลุมของข้อความตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วนำมาปรับแก้ไขภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองใช้ภาคสนาม (pilot study) กับผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย เพื่อดูความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อข้อความในข้อความ จากนั้นนำไปตรวจสอบและหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ความเที่ยงของเครื่องมือ

ภายหลังจากแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน มาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) โดยแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 แบบแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานได้ค่าความเชื่อมั่น 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังโครงสร้างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ศธ 0521.1.05/0793 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 11/2560 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2560 โดยผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นผู้ติดต่อกลุ่มตัวอย่างก่อนผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อให้พยาบาลสอบถามความพร้อมในการเข้าพบและแนะนำผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถาม โดยเป็นสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูล อาจเป็นช่วงเวลาที่รอการตรวจ รอรับยาหรือรอกลับบ้าน

2.2 ขณะทำแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากกลุ่มตัวอย่างใดไม่สามารถอ่านข้อความได้ผู้วิจัยจะช่วยอ่านข้อความให้แทน สถานที่ตอบแบบสอบถามจะเป็นสถานที่ส่วนตัวในโรงพยาบาล/สถานที่ปลอดภัยสำหรับผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

2.3 ก่อนเก็บแบบสอบถามคืนหรือจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่างใด ๆ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัย โดยทำการชี้แจงด้วยวาจาด้วยตนเองในรายละเอียดที่เกี่ยวกับวิจัย หัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มี

การบังคับใด ๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามที่ต้องการ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม แต่ใส่รหัสเลขที่แบบสอบถามหรือรหัสผู้ให้สัมภาษณ์ แทน ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลจริงได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น พร้อมทั้งแนบเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและแบบฟอร์มให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดช่วงดำเนินการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น ตลอดจนเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย แต่ไม่ประสงค์จะยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรถือว่ากลุ่มตัวอย่างยินยอมด้วยวาจาแล้วเช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

3.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square)

3.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ชุด ต้องเป็นข้อมูลในมาตราอันดับหรืออัตราส่วน มีการแจกแจงแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

3.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานโดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ชุด ต้องเป็นข้อมูลในมาตราอันดับหรืออัตราส่วน มีการแจกแจงแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนด 197 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ผลการวิจัยและอภิปรายนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 6 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.3 อายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.6 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.1 จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.4 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 92.4 และใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 55.4 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 197)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N)	%
เพศ		
หญิง	101	51.3
ชาย	96	48.7
อายุ (ปี)		
60-70	88	44.6
71-80	74	37.6
81 ปีขึ้นไป	35	17.8
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	55	27.9
คู่	142	72.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	18	9.1
ได้รับการศึกษา	179	90.9
ประถมศึกษา	110	55.9
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	30	15.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	39	19.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	123	62.4
ประกอบอาชีพ/ข้าราชการ/รับจ้าง/เกษตรกร/ค้าขาย	74	37.6
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	182	92.4
ไม่เพียงพอ	15	7.6
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง	109	55.4
สวัสดิการราชการ/จ่ายตรง	80	40.6
ประกันสังคม	6	3.0
จ่ายเอง	2	1.0

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.4 ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.1 กลุ่มตัวอย่างทราบระดับความดันโลหิตของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 69 ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ณ วันที่สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 79.7 และ 83.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคอื่นร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 72.6 ซึ่งโรคแทรกซ้อนที่พบมากคือ

โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 27.4 และร้อยละ 24.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตจำนวน 1 เม็ด และ 1 มื้อ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69 และ 80.3 ตามลำดับ มีการใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบอื่น ๆ ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง นอกเหนือจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 24.9 โดยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจากญาติและเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 39.18 รองลงมาคือ สื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ คิดเป็นร้อยละ 24.74 ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (N = 197)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (N)	%
สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
มี	119	60.4
ไม่มี	78	39.6
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
1-5 ปี	43	21.9
≥6 ปีขึ้นไป	154	78.1
การทราบค่าความดันโลหิตของตนเอง		
ทราบ	136	69
ไม่ทราบ	61	31
ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ณ วันสัมภาษณ์		
ความดันโลหิตตัวบน		
90-150 มม.ปรอท	157	79.7
151-160 มม.ปรอท	25	12.7
161 มม.ปรอทขึ้นไป	15	7.6
ความดันโลหิตตัวล่าง		
60-90	164	83.3
91-100	32	16.2
101 ขึ้นไป	1	0.5
การมีโรคร่วมอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	54	27.4
มี	143	72.6
โรคหลอดเลือดสมอง	35	17.8
โรคหัวใจและหลอดเลือด	49	24.9
ภาวะแทรกซ้อนทางตา	1	0.5
โรคเบาหวาน	54	27.4
โรคไตวาย	35	17.8

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (N)	%
ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง		
จำนวน (เม็ด)		
4-5	10	5.1
1	136	69.0
2-3	51	25.9
จำนวนมียา		
1	158	80.3
2	32	16.2
3	5	2.5
4	2	1.0
ประวัติการสูบบุหรี่/ใบจาก		
ไม่เคย	130	66.0
เคย	52	26.4
ยังสูบอยู่	15	7.6
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	153	77.7
เคย	31	15.7
ยังดื่มอยู่	13	6.6
การออกกำลังกายในปัจจุบัน		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	60	30.5
ออกกำลังกาย	137	69.5
ความเครียด		
ไม่มี	136	69.0
มี	61	31.0
วิธีการดูแลสุขภาพแบบอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง นอกเหนือจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล		
ไม่ใช้	148	75.1
ใช้	49	24.9
ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเพื่อบรรเทาปัญหาใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	35	17.8
ร่างกายอ่อนเพลีย	31	15.7
แขนขาอ่อนแรง	9	4.6
เหนื่อยง่าย	4	2.0
ปวดศีรษะ มึนศีรษะ	3	1.5

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (N)	%
แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ญาติและเพื่อน	40	20.3
สื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ	24	12.2
สมาชิกในครอบครัว	17	8.6
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	8	4.1
หมอบ้าน	7	3.6
แพทย์ พยาบาล	1	0.5
เชื่อว่าการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมีประโยชน์คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บรรเทาอาการ	36	18.3
ทำให้มีสุขภาพดี	25	12.7
ควบคุมระดับความดันโลหิต	24	12.2
ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	11	5.6
ลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต	1	0.5

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 1.76, SD = .23$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสมมากที่สุด ($M = 1.96, SD = .19$) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ โรงพยาบาลให้บริการที่มีคุณภาพมีความน่าเชื่อถือ ($M = 1.92, SD = .27$) อยู่ในระดับมาก และระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.33, SD = .56$) ดังรายละเอียดในตาราง 4

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.54, SD = .29$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการสนับสนุนด้านการเงินสูงที่สุดคือเมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ($M = 1.89, SD = .38$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลจากทีมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิต ($M = 1.85, SD = .36$) และพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.06, SD = .70$) ซึ่งผลการวิเคราะห์นำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็น ดังรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (N = 197)

ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสม	1.96	.19	มาก
2. โรงพยาบาลให้บริการที่มีคุณภาพมีความน่าเชื่อถือ	1.92	.27	มาก
3. ท่านเดินทางสะดวกในการมารับรักษา	1.88	.37	มาก
4. ท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่	1.81	.42	มาก
5. ท่านมีความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล	1.63	.51	มาก
6. ระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการมีความเหมาะสม	1.33	.56	ปานกลาง
รวม	1.76	.23	มาก

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (N = 197)

ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความคิดเห็น
1. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือ	1.89	.38	สูง
2. ท่านได้รับการเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลจากทีมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิต	1.85	.36	สูง
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจและปลอดภัย	1.84	.41	สูง
4. คนในครอบครัวคอยเตือนและพาท่านไปตรวจตามนัด	1.75	.55	สูง
5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวจากบุคคลากรทีมสุขภาพ	1.65	.52	สูง
6. คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหารและออกกำลังกายของท่าน	1.43	.60	สูง
7. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน	1.41	.71	สูง
8. ท่านได้รับคำชมเชย การยอมรับจากบุคคลากรทีมสุขภาพเมื่อท่านปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารมัน เค็ม	1.39	.67	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความคิดเห็น
9. ท่านได้รับคำชมเชย การยอมรับจากคนในครอบครัว ญาติ เมื่อท่านปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกาย สม่ำเสมอ การลดอาหารมัน เค็ม	1.15	.70	ปานกลาง
10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ	1.06	.70	ปานกลาง
รวม	1.54	.29	สูง

ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.73$, $SD = .27$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ ได้สูงที่สุด ($M = 1.92$, $SD = .28$) รองลงมาคือ รับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคอัมพาต ($M = 1.90$, $SD = .30$) และรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ เป็นสาเหตุให้การมองเห็นลดลง ประสาทตาเสื่อมและมองไม่เห็นได้พบน้อยที่สุด ($M = 1.53$, $SD = .53$) แต่ระดับการรับรู้ยังอยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($N = 197$)

ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความคิดเห็น
1. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ ได้	1.92	.28	สูง
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นโรคอัมพาต	1.90	.30	สูง
3. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย	1.83	.45	สูง
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ และควบคุมไม่ได้ ทำให้ถึงแก่ความตายได้	1.82	.40	สูง
5. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ ทำให้ความจำเสื่อมได้	1.65	.49	สูง
6. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นโรคไตได้	1.61	.56	สูง

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับความคิดเห็น
7. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นโรคหัวใจได้	1.59	.52	สูง
8. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ เป็นสาเหตุให้การมองเห็นลดลง ประสาทตาเสื่อม และมองไม่เห็นได้	1.53	.53	สูง
รวม	1.73	.27	สูง

ส่วนที่ 4 ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.63$, $SD = .29$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความร่วมมือในการรักษา ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงที่สุด ($M = 1.95$, $SD = .12$) รองลงมาคือ ความร่วมมือด้านการจัดการความเครียด ($M = 1.79$, $SD = .20$) และพบว่า ความร่วมมือด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.29$, $SD = .85$) ดังรายละเอียดในตาราง 7

ตาราง 7 ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($N = 197$)

ข้อความ	M	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านการรับประทานยา	1.95	.12	สูง
1. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ ภายหลังจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตกับระหว่างการรักษา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ท่านแจ้งแพทย์ให้ทราบทันที โดยไม่หยุดยาเอง	1.99	.07	สูง
2. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ไม่เพิ่มยาหรือลดยาเอง	1.97	.17	สูง
3. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิต ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง	1.81	.39	สูง
4. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเอง เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น	0.05	.27	สูง
5. ท่านซื้อยาลดความดันโลหิตตามร้านขายยามารับประทานเอง	0.01	.07	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับความคิดเห็น
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต 3 ด้าน	1.54	0.35	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.79	.20	สูง
6. เมื่อท่านเครียด หงุดหงิด โกรธหรือโมโห ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้	1.97	.17	สูง
7. เมื่อมีความเครียดท่านมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ รดน้ำ ต้นไม้ อ่านหนังสือ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ละหมาด ไปมัสยิด ไปวัด หรือไปโบสถ์ เป็นต้น	1.81	.42	สูง
8. เมื่อท่านเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจท่านปรึกษากับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว	1.22	.78	ปานกลาง
9. เมื่อท่านเครียด มักผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา	0.03	.20	สูง
10. เมื่อท่านเครียด มักซื้อยาระงับประสาทมารับประทานเอง	.00	.00	สูง
ด้านการควบคุมอาหาร	1.55	.37	สูง
11. ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากไขมันสัตว์ในการปรุงอาหาร	1.92	.33	สูง
12. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผักชนิดต่าง ๆ ยกเว้นผลไม้บางชนิดที่ให้น้ำตาลและพลังงานสูง เช่นทุเรียน ลำไย	1.86	.37	สูง
13. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลมาก เช่น ขนมปัง ขนมหวาน	1.56	.61	สูง
14. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล กะทิ ของมัน และของทอด	1.37	.64	สูง
15. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ หนังไก่ หนังเป็ด เนื้อติดมัน หมูสามชั้น อาหารที่มีเนยหรือครีมมาก	1.31	.63	ปานกลาง
16. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม กะปิ แกงไตปลา ปลา ร้า เต้าเจี้ยว ผักผลไม้ดอง อาหารที่มีผงชูรส หรือขนมขบเคี้ยว	1.29	.65	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านการออกกำลังกาย	1.29	.85	ปานกลาง
17. ระหว่างออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อย ซีพจรเต้นเร็ว เวียนศีรษะ หน้ามืด ท่านหยุดออกกำลังกายแล้วรีบไปพบแพทย์	1.47	.85	สูง
18. ท่านแต่งกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย คือ เสื้อผ้าหลวม ๆ และรองเท้าที่เหมาะสม	1.34	.92	สูง
19. ท่านออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง	1.32	.92	ปานกลาง
20. ท่านเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพของท่าน เช่น การเดิน การรำมวยจีน กายบริหาร เป็นต้น	1.22	.87	ปานกลาง
21. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย และทำการผ่อนคลายหลังออกกำลังกายเสร็จเป็นเวลา 5-10 นาที	1.21	.93	ปานกลาง
22. ท่านออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์โดยแต่ละครั้งอย่างน้อย 30 นาที	1.15	.87	ปานกลาง
รวม	1.63	.29	สูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = .22$, $SD = .12$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.04$, $SD = .84$) รองลงมาคือ การนวด ($M = .38$, $SD = .69$) และอาหารเสริม/ชีวจิต ($M = .21$, $SD = .61$) ตามลำดับ ส่วนการเลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ต่ำที่สุดคือ โยคะ ($M = .02$, $SD = .14$) และผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 1.79$, $SD = .46$) พบว่าการใช้อาหารเสริมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 1.88$, $SD = .35$) รองลงมาคือ สมุนไพร ($M = 1.75$, $SD = .50$) ดังรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานและความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n = 49)

การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน*	M	SD	ระดับความคิดเห็น	ความพึงพอใจ		ระดับความคิดเห็น
				M	SD	
การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ	.63	.44	ต่ำ	1.77	.48	มาก
สมุนไพร (n = 35, 67.3%)	1.04	.84	ปานกลาง	1.75	.50	มาก
อาหารเสริม/ชีวิต (n = 6, 11.5%)	.21	.61	ต่ำ	1.88	.35	มาก
วิธีการจัดโครงสร้างของร่างกาย						
การนวด (n = 12, 26.9%)	.38	.69	ต่ำ	1.71	.73	มาก
การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างใจกับกาย	.05	.16	ต่ำ	1.75	.61	มาก
การสวดมนต์/ละหมาด (n = 2, 3.8%)	.08	.39	ต่ำ	1.50	.71	มาก
ดนตรี/วาดรูป (n=2, 3.8%)	.04	.19	ต่ำ	2.00	0.00	มาก
สมาธิ (n = 1, 1.9%)	.06	.31	ต่ำ	1.00	1.41	ปานกลาง
ไทเก๊กหรือรำมวยจีน (n = 1)	.04	.28	ต่ำ	2.00	0.00	มาก
ระบบการแพทย์ทางเลือก	.09	.28	ต่ำ	1.80	.45	มาก
ฝังเข็ม (n=4, 7.7%)	.15	.54	ต่ำ	1.75	.50	มาก
โยคะ (n = 1, 1.9%)	.02	.14	ต่ำ	2.00	.00	มาก
รวม	.22	.12	ต่ำ	1.79	.46	มาก

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยจำนวนความถี่ของแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก (M = 1.68, SD = .45) และความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก (M = 1.66, SD = .49) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่มากที่สุดคือ สมุนไพร มีความถี่ของแหล่งบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (M = 1.67, SD = .48) และความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (M = 1.67, SD = .54) ดังรายละเอียดในตาราง 9

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n = 49)

การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน*	ความมากน้อยของแหล่งบริการสุขภาพ			ความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ		
	M	SD	ระดับความคิดเห็น	M	SD	ระดับความคิดเห็น
การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ	1.66	.47	มาก	1.62	.53	มาก
สมุนไพร (n = 35)	1.67	.48	มาก	1.67	.54	มาก
อาหารเสริม/ชีวจิต (n = 6)	1.63	.52	มาก	1.38	0.52	มาก
วิธีการจัดโครงสร้างของร่างกาย						
การนวด (n = 11)	1.57	.65	มาก	1.64	.63	มาก
การบำบัดที่สัมพันธ์ระหว่างใจกับกาย	1.75	.61	มาก	1.58	.66	มาก
การสวดมนต์/ละหมาด (n = 1)	1.50	.71	มาก	1.50	.71	มาก
ดนตรี/วาดรูป	2.00	0.00	มาก	1.50	.71	ปานกลาง
สมาธิ (n = 2)	1.00	1.41	ปานกลาง	1.00	1.41	ปานกลาง
ไทเก๊กหรือรำมวยจีน (n = 1)	2.00	0.00	มาก	2.00	0.00	มาก
ระบบการแพทย์ทางเลือก	1.80	.45	มาก	2.00	.00	มาก
ฝังเข็ม (n=4)	1.75	.50	มาก	2.00	.00	มาก
โยคะ (n = 1)	2.00	.00	มาก	2.00	.00	มาก
รวม	1.68	.45	มาก	1.66	.49	มาก

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อค้นพบเพิ่มเติม

1. สมุนไพรที่ใช้ ได้แก่ ใบบัวบก น้ำขิง ตะไคร้ น้ำใบมะกรูด โหระพา กระเทียม ใบขลุ่ย กระชาย น้ำมันาว ถั่วดาวอินคา เกษตรดอกบัว อ้อยแดง น้ำว่านหางจระเข้ เห็ดหลินจือ หนานเฉาเหว่ย น้ำคლოโรฟิลล์ ตังถั่งช่าย ฮับบะตุสเสาดาว ว่านพญาลิง น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น และใบกระท่อม โดยกลุ่มตัวอย่างหาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต เพื่อนญาติพี่น้อง และนอกจากนี้ยังมียาต้มและสมุนไพรอื่น ๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าไม่ทราบชื่อ เพื่อนแนะนำให้ใช้เพื่อบรรเทาอาการชา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถหาสมุนไพรได้บริเวณบ้าน ปลูกเองบ้าง หรือเพื่อนบ้านนำมาให้บ้าง หลังจากใช้สมุนไพรกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. การนวด กลุ่มตัวอย่างจะใช้เพื่อบรรเทาอาการแขนขาอ่อนแรงในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด นอกจากนี้ยังใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดมีนศีรษะ ผู้ป่วยส่วนมากใช้การนวดแล้วอาการดีขึ้น และเมื่ออาการอ่อนแรงหรือปวด/มีนศีรษะดีขึ้นก็จะหยุดใช้การนวด คงเหลือแต่การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างจะใช้บริการการนวดที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

3. อาหารเสริม ได้แก่ อาหารเสริม nutrition protein drink อาหารเสริม ไอโอวัน หลังจากใช้อาหารเสริมรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้น รู้สึกแข็งแรงขึ้น การไหลเวียนเลือดดี และนอกจากนี้ยังรับประทานอาหารเสริมพวกโปรตีนของยี่ห้อต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สุขภาพดี โดยไม่ได้เจาะจงในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง บุตรจะซื้อมาให้รับประทาน

การใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างมีการใช้น้อยมาก ได้แก่ การสวดมนต์/ละหมาด (3.8%) ดนตรี/วาดรูป (3.8%) สมาธิ (1.9%) โยคะ (1.9%) ไทเก๊กหรือรำมวยจีน (1.9%) โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าไม่ทราบว่าวิธีการเหล่านี้เป็นการดูแลสุขภาพชนิดหนึ่ง ที่ช่วยส่งเสริมในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และไม่ทราบว่า การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเป็นอย่างไร ส่วนกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ไม่ได้ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานให้ข้อมูลว่า “ได้ยินมาเหมือนกันว่ามีสมุนไพรที่ช่วยลดความดันโลหิต แต่แพทย์ห้ามไม่ให้ใช้สมุนไพรและยาอื่นเพิ่มเพราะอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้” ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อมั่นในแพทย์ที่รักษา ติดตามแพทย์ จึงรักษาโดยใช้เฉพาะยาของแพทย์เท่านั้น ไม่แสวงหาการรักษาอื่น ๆ เพิ่ม

จากการศึกษาการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า รูปแบบการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตเลือกใช้ ได้แก่ การเดิน กายบริหาร รำไม้พลอง การเต้นตาราง 9 ช่อง แอโรบิก ลีลาศ เป็นต้น

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสและอาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.34, p < .05$ และ $\chi^2 = 4.77, p < .05$) และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.31, p < .05$) ดังรายละเอียดในตาราง 10 และตาราง 11

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัย	ความร่วมมือในการรักษา		
	χ^2	df	P-value
ปัจจัยนำ			
อาชีพ	4.77	1	.03
สถานภาพสมรส	5.34	1	.02
ระดับการศึกษา	.22	1	.64
ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ			
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.55	2	.76

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน		
	χ^2	df	P-value
ปัจจัยนำ			
ระดับการศึกษา	2.38	1	.12
สถานภาพสมรส	1.57	1	.21
อาชีพ	8.31	1	.00
ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ			
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.69	2	.71

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$) ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังรายละเอียดในตาราง 12

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยสนับสนุน	ความร่วมมือในการรักษา	
	r	P-value
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-.02	.83
การสนับสนุนทางสังคม	.27**	.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ดังรายละเอียดในตาราง 13

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ	ความร่วมมือในการรักษา		พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน	
	r	P-value	r	P-value
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.11	.13	.07	.33

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี สอดคล้องกับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2583 พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพศหญิง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.1 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 56.8 ในปี 2583 อาจเนื่องมาจากเพศหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น (60-69 ปี) ถึงร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับบุตร จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีพ สอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 62.9 เป็นผู้ที่มีสมรส ร้อยละ 75.8 จบการศึกษาในระดับ

ประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา มีเพียงร้อยละ 12.6 ที่จบสูงกว่าระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือไม่เคยเรียนหนังสือ ร้อยละ 11.6 จากการถามถึงความเพียงพอของรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากทุกแหล่งต่อการดำรงชีพ โดยให้ผู้สูงอายุตอบจากการประเมินความรู้สึกของตนเอง โดยไม่ได้นับจำนวนเงินรายได้มาใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดความเพียงพอของรายได้พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุตอบว่า มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 21.3 เพียงพอเป็นบางครั้ง ร้อยละ 14.8 มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 1.9 ที่มีรายได้เกินเพียงพอ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาบัตรทองเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการที่ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น พบว่าประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 0 - 19 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) นอกจากนี้กล่าวได้ว่าสาเหตุของความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งเกิดจากกรรมพันธุ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.4 มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง และจากพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย และเนื่องด้วยระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีโรคอื่นร่วม (ร้อยละ 72.6) คือ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องตามสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน แต่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 79.7 และ 83.3 ตามลำดับ

ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.63$, $SD = .29$) ส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 79.7 มีความดันโลหิตตัวบนอยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 83 มีความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในระดับปกติ ซึ่งความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วยด้านการรักษาโดยการใช้จ่ายและด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันชีวิตอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

ผลจากการศึกษาความร่วมมือด้านการรักษาโดยการใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($M = 1.95$, $SD = .12$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้จ่ายในการรักษาปริมาณน้อย ไม่ซับซ้อน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความร่วมมือในการใช้จ่ายในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70 (อรทัย, 2556) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและมีกรใช้จ่ายมาก ความซับซ้อนของการรักษาโดยยาทำให้เกิดความลำบากกับผู้สูงอายุที่จะรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลของยาที่ใช้อยู่ได้ครบถ้วนเพียงพอ และจากการตอบแบบสอบถามพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนลืมรับประทานยา โดยเฉพาะวันที่มาพบแพทย์ตามนัดและหยุดยาเมื่ออาการดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัญหาด้านพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ดตามที่แพทย์สั่ง รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา หยุดรับประทานยาเนื่องจากยาหมดและไม่สามารถไป

รับยาได้ หยุดรับประทานยาเมื่อพบว่าระดับความดันโลหิตปกติ หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น (สุมาลี, ชูติมา, และปราณี, 2551; วาสนา, 2553; สุมณฑา, นพวรรณ, และจุฬารักษ์, 2556)

ผลจากการศึกษาพบว่า ความร่วมมือด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.54, SD = .35$) ดังนี้

การจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.79, SD = .20$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูก หลาน มีรายได้เพียงพอ ไม่ค่อยมีความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเพียงร้อยละ 31 และหากผู้สูงอายุมีความเครียดหรือเรื่องไม่สบายใจจะเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ($M = 1.81, SD = .42$) มากกว่าการปรึกษากับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การปรึกษากับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.22, SD = .78$) โดยให้เหตุผลว่า ไม่อยากให้ลูกหลานเครียดหรือกังวล ผู้สูงอายุคิดว่าตนสามารถจัดการปัญหาด้วยตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง และซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากภาระหนี้สิน ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพและไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (วิมุตชพรรณ และหทัยรัตน์, 2550; จิริยา, รุ่งทิพย์, นาดยา, และเบจวรรณ, 2553) ไม่มีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ การเป็นภาระของครอบครัว (จิริยา, รุ่งทิพย์, นาดยา, เพ็ญจมาศ, และเบจวรรณ, 2553) แต่ก็ไม่ได้อาศัยศึกษาเชิงลึกถึงระดับความรุนแรงของความเครียด และจากการศึกษาพบว่า ความเครียดมีผลต่อความรุนแรงของระดับความดันโลหิต (วิมุตชพรรณ และหทัยรัตน์, 2550)

การควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.55, SD = .37$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับครอบครัว และพบว่าคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผักชนิดต่าง ๆ เลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากไขมันสัตว์ในการปรุงอาหาร และมีการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มและอาหารที่มีไขมันสูงอยู่ในระดับปานกลาง อาจเพราะการรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไปตามวัย (วิไลวรรณ, 2558) และความเคยชินทำให้ยังคงรับประทานอาหารรสชาติที่เข้มหรือรสจัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุบางคนเลือกที่จะใช้ชีวิตเหมือนเดิม ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน อาหาร เช่น รับประทานอาหารประเภทไขมันที่ตนเองชอบ รับประทานอาหารรสเค็ม (บุลวิช และจันทร์จิรา, 2557) เพราะต้องรับประทานอาหารร่วมกัน และความเกรงใจคนในครอบครัวที่ทำอาหารให้รับประทาน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ (วิมุตชพรรณ และหทัยรัตน์, 2550)

การออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.29, SD = .85$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวม และรู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้นเมื่อออกกำลังกาย จึงไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้เป็นความเชื่อตามวัย เช่น ปวดข้อ สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเสื่อม (1/4 ของผู้สูงอายุ) โรคเกาต์ (ร้อยละ 5.4) ทำให้ผู้สูงอายุออก

กำลังกายได้น้อยลง และเมื่อถามถึงการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างบางส่วนบอกว่าตนเองออกกำลังกายทุกวันโดยการทำงานบ้าน ถากหญ้าข้างบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ออกกำลังกายจะออกแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งไม่มีรูปแบบและวิธีการชัดเจนเนื่องจาก ผู้สูงอายุคิดว่าการทำงานก็คือการออกกำลังกายนั่นเอง (จิรียา, รุ่งทิพย์, นาทยา, เพ็ญจมาศ, และเบจวรรณ, 2553)

พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = .22$, $SD = .12$) ถึงแม้ว่าภาครัฐ มีนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีการสนับสนุนการบูรณาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคคล ได้แก่ ญาติ และเพื่อน (20.3%) สมาชิกใน ครอบครัว (8.6%) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (4.1%) หมอบ้าน (3.6%) และแพทย์ พยาบาล (0.5%) และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต (12.2%) ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานแตกต่างกันไป โดยชนิดของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้ ดังนี้

1.1 สมุนไพร ผลการศึกษาพบว่า การใช้สมุนไพรอยู่ระดับในปานกลาง ($M = 1.04$, $SD = .84$) ซึ่งสมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการดูแลตนเอง ได้แก่ ใบบัวบก น้ำขิง ตะไคร้ น้ำใบมะกรูด โหระพา กระเทียม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีผลช่วยลดความดันโลหิตสูง (จุไรรัตน์, 2556) ส่วน ใบขลุ่ย กระชาย น้ำมะนาว ถั่วดาวอินคา เกษตรดอกบัว อ้อยแดง น้ำว่านหางจระเข้ เห็ดหลินจือ หนานเฉาเหว่ย น้ำคอกโรฟิลล์ ตังถั่งช่าย อับตุสซอดะ ว่านพญาลิง น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น ใบกระท่อม ซึ่งจากการศึกษา ยังไม่มีวิจัยมาสนับสนุนว่าสมุนไพรดังกล่าวสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการใช้ยาต้มและสมุนไพรอื่น ๆ ซึ่งให้ข้อมูลว่าไม่ทราบชื่อใช้เพื่อบรรเทาอาการชา กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอยู่ในระดับมากทั้งความหลากหลายของแหล่งบริการและความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หาสมุนไพรได้เอง บริเวณบ้าน ปลูกเองบ้าง และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากใช้สมุนไพรอยู่ในระดับมาก เนื่องจากช่วยบรรเทาอาการ ควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้มีการใช้สมุนไพรในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

1.2 การนวด ผลการศึกษาพบว่า การใช้การนวดอยู่ในระดับต่ำ ($M = .38$, $SD = .69$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้เพื่อบรรเทาอาการแขนขาอ่อนแรงในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยศีรษะ ส่วนใหญ่ใช้บริการสุขภาพของโรคพยาบาลเนื่องจากมั่นใจในคุณภาพการรักษา จากรายงานการเข้าถึงการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกพบว่า มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จัดคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร 4 กลุ่มโรค ในแผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ ได้แก่ โรคไมเกรน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบมากที่สุด รองลงมาคือ อัมพฤกษ์/อัมพาต และด้วยสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจ่ายเงินสมทบให้หน่วยบริการที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้กับประชาชน ได้แก่ การนวดไทย เพื่อลดอาการปวด และเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และหลังจากการใช้บริการการนวดกลุ่มตัวอย่างรู้สึกพอใจมาก เนื่องจากเมื่อใช้แล้วอาการอ่อนแรง หรือปวด/มีน็หรือระคายเคืองดีขึ้น เนื่องด้วยผู้ป่วยมีการใช้การนวดเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น เมื่ออาการดังกล่าวดีขึ้นก็จะหยุดใช้

1.3 อาหารเสริม/ชีวจิต ผลการศึกษาพบว่า การใช้อาหารเสริมอยู่ในระดับต่ำ ($M = .21$, $SD = .61$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้แสวงหาการรักษาด้วยตนเอง บุตรจะเป็นคนซื้อให้รับประทานเป็นส่วนใหญ่ อาหารเสริมที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน ได้แก่ อาหารเสริม nutrition protein drink อาหารเสริม โอโอวัน เพื่อให้มีสุขภาพดี การไหลเวียนเลือดดี ลดการเกิดโรค และนอกจากนี้ยังรับประทานอาหารเสริมโปรตีนของยี่ห้อต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สุขภาพดี ซึ่งไม่ได้เจาะจงในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงของแหล่งบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก แต่ความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องคอยให้บุตรเป็นคนซื้อให้รับประทาน และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังจากใช้อาหารเสริมอยู่ในระดับมาก ทำให้มีการรับประทานอาหารเสริมอย่างต่อเนื่อง

ส่วนชนิดของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอื่น ๆ ได้แก่ การสวดมนต์/ละหมาดสมาธิ โยคะ ไทเก๊กหรือรำมวยจีน ผังเข็ม ดนตรี/วาดรูป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการใช้แต่ละชนิดน้อยมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าวิธีการเหล่านี้เป็นชนิดของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน อาจด้วยเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การสวดมนต์/ละหมาด และไม่ทราบว่าเมื่อปฏิบัติวิธีดังกล่าวแล้วสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยจำนวนความดันโลหิตสูงของแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก ($M = 1.68$, $SD = .45$) และความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก ($M = 1.66$, $SD = .49$) เนื่องจากภาครัฐจัดให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร 4 กลุ่มโรค ในแผนกผู้ป่วยนอกทุกสิทธิ ได้แก่ โรคไมเกรน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) ในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่เปิดให้บริการ และโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ก็มีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเปิดให้ประชาชนใช้บริการด้วยเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งบริการได้ง่ายและสะดวก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่มากที่สุดคือ สมุนไพร เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเลือกใช้สมุนไพรในการควบคุมระดับความดันโลหิตมากที่สุด

3. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมีความพึงพอใจในการใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 1.79$, $SD = .46$) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานให้เหตุผลว่าเมื่อใช้แล้วอาการดีขึ้น ทำให้รู้สึกพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะเลือกใช้สมุนไพรมากที่สุด แต่พบว่าความพึงพอใจจากการใช้อาหารเสริมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 1.88$, $SD = .35$)

รองลงมาคือ สมุนไพร ($M = 1.75, SD = .50$) เนื่องจากด้วยเป็นวัยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เมื่อได้รับประทานอาหารเสริมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขภาพดี การไหลเวียนเลือดดี จึงมีความรู้สึกพึงพอใจกับผลที่ได้รับมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) กล่าวถึงปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยว่า การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ผลการศึกษาปัจจัยนำกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ปัจจัยนำเข้าที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อาชีพ และสถานภาพ แต่ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

1.1 อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 62.4 ทำให้มีเวลาในการดูแลและเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์ (2554) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

1.2 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวได้ว่าการมีสถานภาพสมรสคู่ หรือมีการสนับสนุนจากครอบครัวคอยช่วยเหลือทำให้ปฏิบัติตนทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (อรุณี และทวีวรรณ, 2558)

1.3 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์, บุษราคัม และวิวัฒน์ (2554) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องด้วยปัจจุบันมีแหล่งให้ค้นคว้าหาข้อมูลด้านสุขภาพหลากหลาย ได้แก่ สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลจากญาติและเพื่อน หรือข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้มากขึ้น เกิดการเรียนรู้ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ภัสราวลัย, อรุณวรรณ, และจารุวรรณ, 2556)

2. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

2.1 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับลูกหลาน ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และการยอมรับนับถือ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุณวิรัช และ จันทร์จิรา (2557) และ อุมาร (2551) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงและรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง

2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น ก็ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจากการดำเนินการตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 กล่าวว่าสถิติการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุสิทธิบัตรทอง กรณีคนไข้นอกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 6.9 ในช่วงปี 2555-2559 อาจกล่าวได้ว่าบริการคนไข้นอกสำหรับผู้สูงอายุมีความทั่วถึงขึ้น และจากความพยายามในการพัฒนาบริการรักษาภาวะเรื้อรังได้เกิดขึ้นมานานกว่าสิบปีทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ พบว่าคนไทยที่เป็นความดันโลหิตสูงเข้าถึงบริการคัดกรองร้อยละ 70 ในปี 2557 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากอดีต (ประมาณร้อยละ 50) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) แต่เนื่องด้วยความคาดหวังของผู้รับบริการด้านความสะดวก รวดเร็วในการรับบริการ ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความเหมาะสมของระยะเวลาในการคอยรับบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.33, SD = .56$)

3. ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผลการศึกษาระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

3.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 78.1 ด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาหลายปี ทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลและประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองดี ส่งผลให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่เจ็บป่วยและต้องรับประทานยาเป็นเวลานานอาจเบื่อและหยุดรับประทานยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช (2549) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรักษาด้วยการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และจากการศึกษาของ เนาวรัตน์, บุษราคม และ วิวัฒน์ (2554) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.2 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบค่าความดันโลหิตของตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคของความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงก็ไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา อาจเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่แสดงอาการ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ผู้สูงอายุดูแลตัวเองตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา และพัทตร์วิภา (2556) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าหากวัดความดันโลหิตแล้ว มีความดันโลหิตสูงแสดงว่าโรครมีความรุนแรงมาก แต่ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าแม้ความดันโลหิตจะสูงมากแค่ไหน แต่ถ้าไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ ก็หมายความว่าตนเองเป็นโรคที่ไม่รุนแรง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) กล่าวถึงปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยว่า การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ผลการศึกษาปัจจัยนำกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ได้แก่ อาชีพ ส่วนสถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ดังนี้

1.1 อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 62.4 ทำให้มีเวลาในการดูแลและเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐญาภรณ์, นภาพร, และอนันต์ (2554) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ

1.2 สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน อาจเนื่องด้วยการแสวงหาการดูแลสุขภาพเกิดจากตัวบุคคลที่ต้องการทางเลือกอื่นเสริมจากการรักษาปัจจุบัน โดยเฉพาะกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

1.3 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์, บุขราคม และวิวัฒน์ (2554) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องด้วยปัจจุบันมีแหล่งให้ค้นคว้าหาข้อมูลด้านสุขภาพหลากหลาย ได้แก่ สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลจากญาติและเพื่อน หรือข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้

มากขึ้น เกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการคิดพิจารณา จึงตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง (ปวีณา, 2550)

2. ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผลการศึกษาระยะเวลาของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับ พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ดังนี้

2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 78.1 จากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาหลายปี ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองดี ส่งผลให้ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง และพยายามแสวงหาการรักษาอื่นเสริมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและหายจากโรค แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่เจ็บป่วยและต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน และบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบของโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล บางรายอาจท้อแท้ หหมดกำลังใจเบื่อหน่ายในการรักษาและอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Rubio-Guerra et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์, บุษราคัม และวิวัฒน์ (2554) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบค่าความดันโลหิตของตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคของความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขภาพแบบผสมผสาน อาจเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงไม่มีการแสวงหาการรักษาอื่นเพิ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา และพักรวีภา (2556) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าหากวัดความดันโลหิตแล้ว มีความดันโลหิตสูงแสดงว่าโรคมีความรุนแรงมาก แต่ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าแม้ความดันโลหิตจะสูงมากแค่ไหน แต่ถ้าไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ ก็หมายความว่าตนเองเป็นโรคที่ไม่รุนแรง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย การได้มาของกลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 197 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560–พฤษภาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (5) แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (6) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ประเมินคุณภาพของทุกเครื่องมือด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานได้ค่าความเชื่อมั่น 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาคือ

1. ผลการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง ($M = 1.63, SD = .29$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความร่วมมือในการรักษา ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงที่สุด ($M = 1.95, SD = .12$) รองลงมาคือ ความร่วมมือด้านการจัดการความเครียด ($M = 1.79, SD = .20$) และความร่วมมือในการรักษาที่พบน้อยที่สุด คือ ความร่วมมือด้านการออกกำลังกาย ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.29, SD = .85$)

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($M = .22$, $SD = .12$) มีการเลือกใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.04$, $SD = .84$) รองลงมาคือ การนวด ($M = .38$, $SD = .69$) และอาหารเสริม/ชีวจิต ($M = .21$, $SD = .61$) ตามลำดับ ส่วนการเลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ต่ำที่สุดคือ โยคะ ($M = .02$, $SD = .14$)

3. อาชีพ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.77$, $p < .05$, $\chi^2 = 5.34$, $p < .05$ และ $r = .27$, $p < .01$ ตามลำดับ) และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.31$, $p < .05$)

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนิก จังหวัดนครศรีธรรมราช หากได้ศึกษาจากหลากหลายพื้นที่ อาจจะมีข้อมูลหรือแนวคิดมาอธิบายเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่แตกต่างไป

2. ข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นมาไม่สามารถนำมาใช้ในการหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานได้

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน สามารถนำไปใช้ได้ทั้งในด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารคลินิกโรคเรื้อรังหรือโรคความดันโลหิตสูงควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โดยจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย รมรณรงค์การควบคุมอาหารเค็ม ไขมันสูง และเน้นการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรส่งเสริมและให้การสนับสนุนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องประกอบอาชีพให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานดำเนินชีวิตหรือให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. ควรสนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เน้นการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่เหมาะสมในการจัดการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการแนะนำแหล่งบริการที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน
3. ควรมีการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความร่วมมือในการรักษาและมีการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานร่วมด้วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว
4. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น การใช้สมุนไพร การนวด อาหารเสริมที่ควบคู่กับการร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการนำไปใช้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

ด้านการวิจัย

1. จัดทำโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เน้นการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน โดยการใช้สมุนไพร การนวด หรือการใช้อาหารเสริมที่เหมาะสมควบคู่กับความร่วมมือในการรักษาในการควบคุมความดันโลหิตสูง
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2559). รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557-2559. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้กระทรวงสาธารณสุข.
- เกสร นันทจิต. (2555). *เคมีของยา: ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ประชากรธุรกิจ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2553). *การบำบัดทางเลือกและสุขภาพองค์รวม*. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ค้นจาก <http://www.shi.or.th/download/category/10/1/>
- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2557). รายงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2557. ค้นจาก http://dmht.thaimedresnet.org/files_2558/57DMHT_2014_ALL_Ontour.pdf
- โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. (2551). *คู่มือการนวดไทยในการสาธารณสุขมูลฐาน*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โครงการฟื้นฟูการนวดไทย.
- จิรียา อินทนา, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, นาทยา วงศ์ยะรา, เพ็ญจมาศ คำชนะ, และเบญจวรรณ ศรีโยธิน. (2553). *พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี*. รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา สุวิทวัส. (2552). การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 32(4), 84-92.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)*. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังนาวิทยา.
- จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก. (2556). *สมุนไพรลดไขมันในเลือด 140 ชนิด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เซเว่น พรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด.
- ชนินทร์ ลีวานันท์. (2548). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์. บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 289-296.
- ชุตินา หมวดสง, วรณี จันทร์สว่าง, และไหมไทย ศรีแก้ว. (2549). ความต้องการการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในตำบลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. 4(1), 44-53.
- ชัชภาม จันทบุตร. (2552). *การแพทย์แผนไทยในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงเรียนอายุรเวทอํารง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ดวงพร กตัญญูตานนท์. (2551). การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine). *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*. 11(22), 68-78.
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์. (2551). *พัฒนารูปแบบสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการกิน ลดหวาน มัน เค็ม*. สระบุรี: โรงพิมพ์สระบุรี.
- ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์, อุมพร ปุญญโสพรรณ, และไหมไทย ศรีแก้ว. (2554). การดูแลแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *Principal*. 3(1), 61-73.
- ธอม รัตเขียนดะ. (2554). *เรกิ พลังธรรมชาติ*. กรุงเทพฯ: ธอม รัตเขียนดะ.
- ธิติสุดา สมเวที. (2553). *ผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่อกำเนิดต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์*. 7 (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์), 1-18.
- น้ำอ้อย ภัคติวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2557). ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 32(1), 23-30.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *KKU Res J*. 16(6), 749-758.
- บุษกร บินทสันต์. (2556). *ดนตรีบำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน. (2554). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌิมานุกร, และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 18(3), 160-169.
- ปัทมา จารุวรรณชัย และกฤษ จรินโท. (2558). คุณลักษณะของผู้ใช้การแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลของรัฐ. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*. 9(2), 73-84.
- ประนอม สังขวรรณ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่नावาง อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บรรณาธิการ). (2554). *ปัญหาสุขภาพ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.

- ปวีณา งามสิงห์. (2550). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปัญญา จิตต์พลุกุศล. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมแรงดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2(3), 1,336-1,343.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2554). การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. ใน *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ปลุวิชัย ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2557). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 288-295.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรเพ็ญ ภัทรากร (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังใน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2554). *การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พุทธินันท์ พินศิริกุล. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้บริการทางการแพทย์แผนไทยประเภทนวดไทยของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ. (2551). *พุทธธรรมบำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กองแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ไพศาล พินทิสืบ, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และวรางคณา จันทร์คง. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมในสถานพยาบาล จังหวัดลำปาง. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2 The 2 nd STOU Graduate Research Conference.
- ภัศราวัลย์ ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, และจารุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*. 9(2), 120-136.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- ยุทธพงษ์ พรหมเสนา. (2550). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- รักษชนก ทองศิลป์. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วาสนา นัยพัฒน์. (2553). *ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. *การพยาบาลและการศึกษา*. 3(1), 2-14.
- วิชัย เอกพลกร. (บรรณาธิการ). (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิมุตขพรรณ ไชยชนะ และหทัยรัตน์ นีมาศ. (2550). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบ้านแม่พุง อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 1(2), 92-98.
- วิไล คุปต์นิริติศัยกุล. (2549). *Exercise in the elderly: What to recommend?*. *วพวส*. 7(1), 50-7.
- วิไลลักษณ์ สฤกษ์กุล. (2554). *พฤติกรรมการณ์แสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ภาวะความเจ็บป่วยและมโนทัศน์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. ใน *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. หน้า 23-31. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศิริพร สนิหนิตย์ และพรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการณ์ออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตนในกลุ่มผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 29(3), 304-310.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือการดูแลตนเองเรื่อง โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ*. ชลบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- สมภพ สุอำพัน. (2558). *การแพทย์ทางเลือกกับการรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. *การประชุมวิชาการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ประจำปี 2558*, 33-45. ค้นจาก <http://www.gj.mahidol.ac.th/tech/FileDownload/File/D150409113110.pdf>.

- สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์. (2553). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (นานาชาติ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555*. ค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>
- สำนักการแพทย์ทางเลือก. (2556). *การแพทย์ทางเลือก (Traditional Chinese Medicine)*. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*. 6(1), 1-10.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ค้นจาก http://www2.dop.go.th/upload/knowledge/knowledge_th_20162508144025_1.pdf
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ค้นจาก https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ*. (บรรณาธิการ). *รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553*. ค้นจาก <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/tph2010th.php>
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/hypertension.pdf>
- สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์ และพัชร์วิภา สุวรรณพรหม. (2556). *แบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดง จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 8(2), 66-77.
- สุชาดา คงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และพัชรียา ไชยลังกา. (2550). *ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 25(4), 283-294.
- สุมณฑา ห่วงทอง, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2556). *กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน*. *Rama Nurs J*. 19(1), 129-141.
- สุมาลี วัจนากร, ชุตินา ผาติดำรงสกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26(6), 539-547.
- สุริพร ชุมแดง. (2550). *การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- โสภาพรรณ รัตน์ย. (2555). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: แสงดาว.

- อรัญญา รักษาภักดี. (2556). *การพัฒนาแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายขนาน โรงพยาบาลแกดดา จังหวัดมหาสารคาม*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อรัญญา นามวงศ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 8(4), 78-93.
- อรุณี หล้าเขียว. ทวีวรรณ ซาลีเครือ. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบทความย่อ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6, 635-649.
- อายุพร ประสิทธิ์เวชชากร. (2557). สุขภาพทางเลือกรับมมองในการพิจารณาเลือกใช้ที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 38-43.
- อุมากร ใจยังยืน. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?. *Health and Social Behavior*. 36(1), 1-10.
- Butler, R. J., Davis, T. K., Johnson, W. G., & Gardner, H. H. (2011). Effects of Nonadherence with Prescription Drugs Among Older Adults. *The American Journal of Manage Care*, 17(2), 153-160.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., & Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing & Healthy Aging* (2 nd ed). United States of America: Elsevier Mosby.
- Glasbergen, R. (1998). *Adherence*. Department of Behavioral Science, University of Connecticut Health Center.
- Kontz, M. M. (1989). Compliance redefined and implication for home care. *Holistic Nursing Practice*. 3(2), 54-64.
- National Center for Complementary therapy and Alternative Medicine (NCCAM). (2008). *What is Complementary therapy and Alternative Medicine (CAM)*. Retrieved from <http://altmed.od.nih.gov/health/whatiscam/pfd/>
- Niswah. (2014). Therapies Among patients with Diabetes Mellitus. *Nurse Media Journal of Nursing*. 4(1), 671-687.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and Method*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Rubio-Guerra, A. F., et al. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Experimental & Clinical Cardiology*. 18(1), 10-12.

- The Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). 2014 *Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults*. JAMA 2014; 311(5): 507-520. Retrieved from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research A comprehensive review. *Journal of clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26(5), 331-342.
- Vivain, B. G. (1996). Reconceptualizing Compliance in home health care. *Nursing Forum*. 31(2), 5-13.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Switzerland: Sabate E, ed. Geneva.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค

ความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมรายละเอียดลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หม้าย
() หย่า () แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ปวช./ปวส.
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี
() อื่น ๆ ระบุ
5. อาชีพ () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกร () ค้าขาย
() รับจ้าง () ข้าราชการบำนาญ
() อื่น ๆ ระบุ.....
6. แหล่งรายได้ () บุตร () หลาน () ตนเอง
() มรดก () อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
8. สิทธิการรักษา
() บัตรทอง () ประกันสังคม
()สวัสดิการราชการ/จ่ายตรง () ประกันชีวิต
() จ่ายเอง () อื่น ๆ
9. ท่านอาศัยอยู่กับใคร
() ภรรยา ()สามี () บุตร
() หลาน () อยู่คนเดียว
() อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพ

10. สมาชิกในครอบครัวของคุณมีใครป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุ.....
11. ระยะเวลาที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง..... ปี.....เดือน
12. ท่านทราบความดันโลหิตของตนเองหรือไม่
() ไม่ทราบ () ทราบ

13. ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ณ วันที่สัมภาษณ์
 SBP..... มิลลิเมตรปรอท
 DBP..... มิลลิเมตรปรอท
14. ท่านมีโรคร่วมอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
 () ไม่มี
 () มี ระบุ (ได้มากกว่า 1 ข้อ) () โรคหลอดเลือดสมอง
 () โรคหัวใจและหลอดเลือด
 () ภาวะแทรกซ้อนทางตา
 () โรคเบาหวาน
 () โรคไตวาย
 () อื่น ๆ ระบุ.....
15. ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ระบุจำนวน ชื่อยา ขนาดยา เวลา และวิธีใช้ (ดูจากประวัติ ผู้ป่วย)

16. ท่านใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบอื่น ๆ ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง นอกเหนือจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลหรือไม่
 () ไม่ใช่
 () ใช้ ระบุชนิดของการดูแลสุขภาพที่ใช้

17. ประวัติการสูบบุหรี่/ใบจาก
 () ไม่เคยสูบ
 () เคยสูบ ประมาณ..... ปี จำนวน..... มวน/วัน
 เลิกแล้วมาประมาณ.....ปี
 () ยังสูบบุหรี่ จำนวน..... มวน/วัน
18. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์
 () ไม่เคยดื่ม
 () เคยดื่ม ประมาณ..... ปี จำนวน..... แก้ว/วัน
 เลิกแล้วมาประมาณ.....ปี
 () ยังดื่มอยู่ จำนวน..... แก้ว/วัน
19. การออกกำลังกายในปัจจุบัน
 () ไม่ได้ออกกำลังกาย
 () ออกกำลังกาย โดยวิธีการ..... ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์
 ระยะเวลาที่ออกกำลังกายต่อครั้งนาที

20. ความเครียด

() ไม่มี

() มี ระบุระดับความเครียด () มาก () ปานกลาง () น้อย

ตอนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงน้อย

ข้อที่	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ท่านมีความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล			
2	โรงพยาบาลให้บริการการตรวจรักษาที่มีคุณภาพ มีความน่าเชื่อถือ			
3	ท่านเดินทางสะดวกในการมารับการรักษา			
4	ท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่			
5	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความเหมาะสม			
6	ท่านคิดว่าระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการมีความเหมาะสม			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

จริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงปานกลาง	ไม่จริงเลย
1. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจปลอดภัย และมีกำลังใจ			
2. คนในครอบครัวคอยเตือนหรือพาท่านไปตรวจตามนัด			
3. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน			
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ			
5. ท่านได้รับคำชมเชย การยอมรับจากคนในครอบครัว ญาติ เมื่อท่านปฏิบัติตัวดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารมัน เค็ม			
6. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวหรือญาติ คอยช่วยเหลือ			
7. คนในครอบครัวหรือญาติมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหารหรือออกกำลังกายของท่าน			
8. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทีมสุขภาพ			
9. ท่านได้รับคำชมเชย การยอมรับจากบุคลากรทีมสุขภาพ เมื่อท่านปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารมัน เค็ม			
10. ท่านได้รับการเอาใจใส่ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตจากทีมสุขภาพ			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับการรับรู้ของท่าน ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย			
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ ได้			
3. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นโรคหัวใจได้			
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ เป็นสาเหตุให้การมองเห็นลดลง ประสาทตาเสื่อมและมองไม่เห็นได้			
5. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นโรคไตได้			
6. การเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นโรคอัมพาต			
7. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ ทำให้ความจำเสื่อมได้			
8. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ และควบคุมไม่ได้ ทำให้ถึงแก่ความตายได้			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นข้อความที่แสดงถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันหรืออย่างน้อย 4 ครั้ง
ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 1-3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ด้านการควบคุมอาหาร			
1. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม กะปิ แกงไตปลา ปลาร้า เต้าเจี้ยว ผักผลไม้ดอง อาหารที่มีผงชูรส หรือขนมขบเคี้ยว			
2. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ หนังไก่ หนังเป็ด เนื้อติดมัน หมูสามชั้น อาหารที่มีเนยหรือครีมมาก			
3. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลมาก เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม			
4. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล กะทิ ของมัน และของทอด			
5. ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากไขมันสัตว์ในการปรุงอาหาร			
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผักชนิดต่าง ๆ ยกเว้นผลไม้บางชนิดที่ให้น้ำตาลและพลังงานสูง เช่น ทุเรียน ลำไย			
ด้านการออกกำลังกาย			
7. ท่านเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพของท่าน เช่น การเดิน การรำมวยจีน กายบริหาร เป็นต้น			
8. ท่านแต่งกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย คือ เสื้อผ้าหลวม ๆ และรองเท้าที่เหมาะสม			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
9. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและทำการผ่อนคลายหลังออกกำลังกายเสร็จเป็นเวลา 5-10 นาที			
10. ท่านออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์โดยแต่ละครั้งอย่างน้อย 30 นาที			
11. ท่านออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง			
12. ระหว่างออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อย ซีพจรเต้นเร็ว เวียนศีรษะ หน้ามืด ท่านหยุดออกกำลังกายแล้วรีบไปพบแพทย์			
ด้านการจัดการกับความเครียด			
13. เมื่อมีความเครียดท่านมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้แก่ รดน้ำ ต้นไม้ อ่านหนังสือ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ละหมาด ไปมัสยิด ไปวัด หรือไปโบสถ์ เป็นต้น			
14. เมื่อท่านเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจท่านปรึกษากับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว			
15. เมื่อท่านเครียด หงุดหงิด โกรธหรือโมโห ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้			
16. เมื่อท่านเครียด มักผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา			
17. เมื่อท่านเครียด มักซื้อยาระงับประสาทมารับประทานเอง			
ด้านการรับประทานยา			
18. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ไม่เพิ่มยา หรือลดยาเอง			
19. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิต ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง			
20. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองเมื่อรู้สึกว่าอาการดีขึ้น			
21. ท่านซื้อยาลดความดันโลหิตมารับประทานเอง			
22. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ ภายหลังจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตกับระหว่างการรักษา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ท่านแจ้งแพทย์ให้ทราบทันที โดยไม่หยุดยาเอง			

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการแบบผสมผสาน

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหน้าคำตอบที่ตรงกับประสบการณ์การใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของท่าน

1. กรุณาระบุความถี่ของการใช้ การเข้าถึงแหล่งบริการ และความพึงพอใจในผลที่ได้รับในช่องที่ตรงกับประสบการณ์ของท่าน ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

1.1 พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งต้องมีความถี่ในการนำวิธีการเหล่านั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ใช้เป็นประจำ หมายถึง ท่านใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานข้อนั้นทุกวัน หรืออย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

ใช้เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในข้อนั้น 1 - 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยใช้ หมายถึง ท่านไม่เคยใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในข้อนั้นเลย

1.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความมากน้อยของแหล่งบริการและความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1.2.1 ความมากน้อยของแหล่งบริการสุขภาพ

น้อย หมายถึง มีแหล่งบริการน้อยมาก หาได้ยาก

ปานกลาง หมายถึง มีแหล่งบริการปานกลาง พอหาได้บ้าง

มาก หมายถึง มีแหล่งบริการมาก หาได้ทั่วไป

1.2.2 ความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ

น้อย หมายถึง เดินทางลำบาก ไกล และไปเองไม่ได้

ปานกลาง หมายถึง เดินทางไม่ลำบาก แต่ไปเองไม่ได้

มาก หมายถึง เดินทางสะดวกใกล้ และไปใช้บริการได้ด้วยตนเอง

1.3 ความพึงพอใจในผลที่ได้รับ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของท่านจากผลที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

น้อย หมายถึง รับรู้ว่าได้ผลน้อย/มีความพึงพอใจน้อย

ปานกลาง หมายถึง รับรู้ว่าได้ผลปานกลาง/มีความพึงพอใจปานกลาง

มาก หมายถึง รับรู้ว่าได้ผลมาก/มีความพึงพอใจมาก

2. ท่านใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เนื่องจากมีอาการใด

- () มีระดับความดันโลหิตสูง () มีอาการปวดศีรษะ มีนศีรษะ
 () แขนขาอ่อนแรง () ร่างกายอ่อนเพลีย
 () เหนื่อยง่าย () อื่น ๆ ระบุ.....

3. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจากแหล่งใดบ้าง

- () สื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต
 () สมาชิกในครอบครัว
 ()ญาติและเพื่อน
 () แพทย์ พยาบาล
 () หมอบ้าน
 () ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 () อื่น ๆ ระบุ.....

4. ท่านเชื่อว่าการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมีประโยชน์อย่างไร

- () บรรเทาอาการ
 () ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
 () ควบคุมระดับความดันโลหิต
 () ลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต
 () ทำให้มีสุขภาพดี
 () อื่น ๆ ระบุ.....

5. ผลดีที่เกิดกับท่านหลังการใช้วิธีการดูแลสุขภาพตามข้อ 1 มีอะไรบ้าง

.....

6. ผลเสียที่เกิดกับท่านหลังการใช้วิธีการดูแลสุขภาพตามข้อ 1 มีอะไรบ้าง

.....

ภาคผนวก ข ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยจำนวนความมากน้อยของแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก ($M = 1.68$, $SD = .45$) และความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก ($M = 1.66$, $SD = .49$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่มากที่สุดคือ สมุนไพร มีความมากน้อยของแหล่งบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 1.67$, $SD = .48$) และความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 1.67$, $SD = .54$) ดังรายละเอียดในตาราง 13

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน มีความพึงพอใจในการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 1.79$, $SD = .46$) พบว่าการใช้อาหารเสริมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 1.88$, $SD = .35$) รองลงมาคือ สมุนไพร ($M = 1.75$, $SD = .50$) ดังรายละเอียดในตาราง 14

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความพึงพอใจของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เลือกใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (n = 49)

การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน*	ความมากน้อยของแหล่งบริการสุขภาพ			ความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ			ความพึงพอใจ		
	M	SD	ระดับความคิดเห็น	M	SD	ระดับความคิดเห็น	M	SD	ระดับความคิดเห็น
การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ	1.66	.47	มาก	1.62	.53	มาก	1.77	.48	มาก
สมุนไพร (n = 35)	1.67	.48	มาก	1.67	.54	มาก	1.75	.50	มาก
อาหารเสริม/ชีวจิต (n = 6)	1.63	.52	มาก	1.38	0.52	มาก	1.88	.35	มาก
วิธีการจัดโครงสร้างของร่างกาย									
การนวด (n = 11)	1.57	.65	มาก	1.64	.63	มาก	1.71	.73	มาก
การบำบัดที่สัมพันธ์ระหว่างใจกับกาย	1.75	.61	มาก	1.58	.66	มาก	1.75	.61	มาก
การสวดมนต์/ละหมาด (n = 1)	1.50	.71	มาก	1.50	.71	มาก	1.50	.71	มาก
ดนตรี/วาดรูป	2.00	0.00	มาก	1.50	.71	ปานกลาง	2.00	0.00	มาก
สมาธิ (n = 2)	1.00	1.41	ปานกลาง	1.00	1.41	ปานกลาง	1.00	1.41	ปานกลาง
ไทเก๊กหรือรำมวยจีน (n = 1)	2.00	0.00	มาก	2.00	0.00	มาก	2.00	0.00	มาก

ตาราง 13 (ต่อ)

การดูแลสุขภาพแบบ ผสมผสาน*	ความมากน้อยของแหล่งบริการ สุขภาพ			ความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ			ความพึงพอใจ		
	M	SD	ระดับความคิดเห็น	M	SD	ระดับความ คิดเห็น	M	SD	ระดับความคิดเห็น
ระบบการแพทย์ทางเลือก	1.80	.45	มาก	2.00	.00	มาก	1.80	.45	มาก
ฝังเข็ม (n=4)	1.75	.50	มาก	2.00	.00	มาก	1.75	.50	มาก
โยคะ (n = 1)	2.00	.00	มาก	2.00	.00	มาก	2.00	.00	มาก
รวม	1.68	.45	มาก	1.66	.49	มาก	1.79	.46	มาก

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวดาลิมา สำแดงสาร นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรักษา ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมรูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยดิฉันจะให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ความร่วมมือในการรักษา และการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น โดยจะไม่มีการระบุชื่อโดยเด็ดขาด และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ท่านแต่อย่างใด

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง หรือติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 091-8826164 อีเมลล์ Dalima@bcnnakhon.ac.th

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านสามารถลงนามเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....
(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....
(นางสาวดาลิมา สำแดงสาร)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย



รหัสโครงการวิจัยที่ 11/2560

เอกสารรับรองเลขที่ 11/2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลทหารอากาศศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
(ภาษาอังกฤษ)	Factors Related to Treatment Adherence and Complementary Health Behaviours in Older Persons With Hypertension
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวศานิตา ลำแดงสาร
ตำแหน่ง / สถานะ	นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบัน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลทหารอากาศศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 18 เดือน มกราคม พ.ศ. 2560 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุดระยะเวลาการรับรอง วันที่ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลทหารอากาศศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะเวลาการรับรอง

ลงนาม.....

(นางสาวสันสนีย์ ทองสงค์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลทหารอากาศศรีธรรมราช

ลงนาม.....

(นายคาร์พ เตชรัตน์วิไชย)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศศรีธรรมราช

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนาม	สังกัด
1. ผศ. ดร. ทิพนาส ชินวงศ์*	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสาวณิชกานต์ ชันขาว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

หมายเหตุ: มีการเปลี่ยนแปลงผู้ทรงคุณวุฒิลำดับที่ 1 เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาภายหลัง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวดาไลมา สำแดงสาร

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5610421103

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชื่อสถาบัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

นครศรีธรรมราช

ปีที่สำเร็จการศึกษา

2554

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและพื้นฐานวิชาชีพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ (รอตีพิมพ์)