

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. พยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนของโรค
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีความดันขณะพักเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee [JNC7], 2003) โดยการวัดความดันโลหิตได้รับการตรวจซ้ำอย่างน้อยสองครั้งห่างกันภายในระยะเวลาหนึ่งหรือหลายสัปดาห์ขึ้นไป โดยยังไม่ได้รับยาลดความดันโลหิตและไม่เจ็บป่วยเฉียบพลัน ค่าความดันโลหิตที่วัดได้และนำมาพิจารณานั้นควรถือได้ว่าเป็นค่าความดันที่บ่งบอกถึงค่าเฉลี่ยปกติของผู้ป่วยรายนั้นๆ ซึ่งควรจะได้จากการเตรียมผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่ง ผ่อนคลายตามสบาย วางแขนลงบนโต๊ะที่จะทำการตรวจวัด โดยจัดให้ระดับที่วางแขนนั้นอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ
2. ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือดื่มกาแฟตลอดจนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนผสมอย่างน้อย 30 นาทีก่อนทำการตรวจ
3. ควรจะทำการวัดหลังจากที่ผู้ป่วยนั่งพักแล้วอย่างน้อยประมาณ 5 นาทีขึ้นไป
4. ควรจะเลือกใช้สายรัดรอบแขน (cuff) ในขนาดความกว้างที่เหมาะสมกับเส้นรอบวงแขนของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ได้ค่าตัวเลขระดับความดันที่แม่นยำถูกต้อง โดยใช้หลักว่าขนาดของสายรัดรอบแขนนี้ควรจะสามารถคลุมรอบวงแขนได้สมบูรณ์ (หรืออย่างน้อยร้อยละ 80 ของเส้นรอบวงแขน)

5. ควรจะใช้เครื่องมือตรวจวัดความดันโลหิตที่ใช้ปรอทเป็นตัววัด (mercury sphygmomanometer) ที่ได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานมาแล้ว หรือเครื่องตรวจวัดอัตโนมัติที่ได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานมาแล้ว

6. ควรจะบันทึกค่าความดัน ทั้งช่วงซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้พร้อมกันเสมอ (ค่าไดแอสโตลิก ควรใช้ค่าตัวเลขระดับที่เสียงการเต้นหายไปหรือเสียงระยะ 5)

7. ควรจะใช้ค่าตัวเลขระดับความดันเฉลี่ยจากการตรวจวัดอย่างน้อย 2 ค่า ซึ่งวัดห่างกันประมาณ 2 นาที และในกรณีที่มียาค่าตัวเลขระดับความดันจากการตรวจวัด 2 ครั้งแรกต่างกันเกินกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท ควรทำการตรวจวัดซ้ำใหม่อีกครั้งเสมอก่อนจะหาค่าเฉลี่ย

ประเภทของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถแบ่งประเภทดังนี้

1. แบ่งตามอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้กำหนดไว้ดังนี้ (Joint National Committee [JNC7], 2003)

ระดับความดันโลหิต	ความดันช่วงซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันช่วงไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	< 120	< 80
ปกติก่อนไปทางสูง	120 - 139	80 - 89
ระดับสูงขั้นที่ 1	140 - 159	90 - 99
ระดับสูงขั้นที่ 2	≥ 160	≥ 100

คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้กำหนดไว้ดังนี้ (Joint National Committee [JNC7], 2003) รายงานว่า ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ เมื่ออายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 90 และจากการศึกษาของ หยาน เฟอร์กูสันและไคฟ์ (Yan, Ferguson, Kiefe, 2003) พบว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในช่วงอายุ 18-24 ปีจะมีโอกาสเกิดโรคได้ร้อยละ 3 ช่วงอายุ 35-44 ปีจะมีโอกาสเกิดโรคได้ร้อยละ 13 และเมื่ออายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเกิดโรคได้ร้อยละ 70

2. แบ่งตามความรุนแรงของความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอ ไต และตา (WHO, 1999) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

2.1 ความรุนแรงระดับ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมของอวัยวะสำคัญ

2.2 ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อพบความเสื่อมของอวัยวะ อย่างน้อย 1 ข้อดังต่อไปนี้

- เวนทริเคิลซ้ายโต
- หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบ โดยทั่วไปหรือบางส่วน
- ระดับอัลบูมินในปัสสาวะหรือครีโตะนินในเลือดสูงผิดปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับ 3 พบว่ามีอาการและอาการแสดงของการเสื่อมของอวัยวะสำคัญ
ได้แก่

- ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจวาย
- อัมพาตจากเลือดออกในสมองหรือภาวะสมองตาย
- ความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตา
- ภาวะไตวาย ตรวจพบครีโตะนินมากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- มีการโป่งพองของหลอดเลือดหรืออาการของโรคหลอดเลือดอุดตัน

คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้กำหนดไว้ดังนี้ (Joint National Committee [JNC7], 2003) รายงานว่า ในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท เมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น

3. แบ่งตามสาเหตุได้ 2 ชนิด ได้แก่ (Harkness & Dincher, 1999)

3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential or primary hypertension) พบได้ร้อยละ 90 ถึงร้อยละ 95 เป็นส่วนใหญ่ในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง พบในผู้ที่มีอายุระหว่าง 25 - 55 ปี โอกาสเกิดในผู้ชายและผู้หญิงเท่ากัน แบ่งเป็น

- Benign hypertension ไม่พบภาวะแทรกซ้อน
- Malignant or accelerated hypertension พบภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ

3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5 ส่วนใหญ่จะพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับโรคไต และโรคของต่อมไร้ท่อ รวมทั้งได้รับการรักษาที่สาเหตุ ระดับความดันโลหิตจะเป็นปกติได้

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิต คือ ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจในเวลา 1 นาที (cardiac output) และความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย การที่มีความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัย หรือจากความล้มเหลวของกลไกการปรับชดเชย ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ได้แก่ ระบบประสาทซิมพา

ธิติก ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน และระบบการทำงานของไต (Bakris & Mensah) มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนแอลฟา ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวจึงเกิดความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การกระตุ้นประสาทซิมพาธิกจะมีผลต่อการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ทำให้ผลิตแองจิโอเทนซิน II ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น และการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนเบต้า ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น จึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2. การลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน ทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลงซึ่งจะกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกาย และแองจิโอเทนซิน II ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนจากต่อมหมวกไตส่วนนอก ซึ่งมีผลในการดูดซึมน้ำและโซเดียมที่ไต ปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น (Staessen, Wang, Bianchi, & Birkenhager, 2003)

3. ต่อมใต้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมนคือ antidiuretic hormone (ADH) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน และฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรงจึงทำให้เกิดอันตรายต่อเยื่อภายในหลอดเลือด ซึ่งจะ ทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดยังทำให้หลอดเลือดหดตัวมากยิ่งขึ้น

ภาวะแทรกซ้อน

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางราย อาจจะไม่พบอาการหรืออาการแสดงใดๆ และอาจพบอาการหรืออาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่างๆดังนี้

1. สมอง ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัว หลอดเลือดตีบรูของหลอดเลือดแดงแคบลง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะTransient ischemic attacks และเมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดเกิด thrombotic stroke จากการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากสาเหตุข้างต้น จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังเซลล์สมอง ทำให้เซลล์สมองบวมผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของระบบประสาท การรับรู้ความทรงจำลดลง และอาจรุนแรงเสียชีวิตได้ (Hickey, 2003) และจากการศึกษาของแมคมาฮอน และคณะ (MacMaahon, Peto, & Culer, 1990) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง อายุ 18 ปีขึ้นไปและระดับโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท พบอัตราการเกิด stroke เพิ่มขึ้นในผู้ชาย 2.7 และในผู้หญิง 2.3 เท่า

2. หัวใจ ระดับความดันโลหิตสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้นปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวเพิ่มขึ้น เพื่อต้านแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น เกิดภาวะ left ventricular hypertrophy เมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวได้อีกทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเสียชีวิตได้

3. ไต ระดับความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตเกิด nephrosclerosis ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลง ทำให้เกิดการคั่งของเสีย เกิดภาวะไตวายตามมา และมีโอกาสเสียชีวิตได้

4. ตา ความดันโลหิตสูง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอภาพนัยน์ตา มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาตีบลง และมี sclerosis ในระยะแรกจะพบความผิดปกติของ retina เล็กน้อย เมื่อเป็นเวลานาน จะทำให้มีการบวมของจอภาพนัยน์ตา ทำให้การมองเห็นลดลงและมีโอกาสบอดได้ (สมชาติ โสจายะ และอรวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536)

5. หลอดเลือดในร่างกาย ความดันโลหิตสูงจากแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นผนังหลอดเลือดหนาตัวจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (arteriosclerosis) มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดหนาและตีบ การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมอง ไต และตาลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะดังกล่าวตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย เป็นต้น

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อ หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และตา ผลที่เกิดจากอาการและภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

จากภาวะความกดดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเป็นอยู่ยาวนาน ความดันโลหิตสูงจากแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดหนาและตีบ ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น (บึงอร ชมเดช, 2544) การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงตามอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้อวัยวะเหล่านั้นทำงานผิดปกติ และนำมาสู่ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความผิดปกติของ

ระบบประสาท การรับรู้และความทรงจำลดลง และนำมาสู่ผลกระทบด้านร่างกาย ดังต่อไปนี้ (สมชาย โลจายะ และอรรวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536)

1.1 ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจวาย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่น (พิกุล บุญช่วง, 2541)

1.2 พยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและเนื้อเยื่อสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การมองเห็น ความผิดปกติของการรับรู้ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Hicky, 2003)

1.3 นอกจากนี้การได้รับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ สมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดความเครียด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เลือกใช้พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราหรือสูบบุหรี่มากขึ้น เพื่อตอบสนองความเครียด ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย ไตวาย เรื้อรังและโรคหลอดเลือดในสมอง ผลกระทบทางกายจากภาวะแทรกซ้อนทำให้สูญเสียความสามารถทางร่างกาย มีภาวะพิการ ทูพพลภาพ ปัญหาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความมีคุณค่าของตนเองลดลง จากพยาธิสภาพของโรคหัวใจ ก่อให้เกิดความเครียดจากความไม่แน่นอนของโรค กลัวการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน และกลัวการเสียชีวิต (กนกพร วิสุทธิกุล, 2540)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม

จากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และผลจากภาวะแทรกซ้อนทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว และรู้สึกตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวการเข้าสังคมลดลงและกระทบต่อการทำงานตามมา (อรพิน กายโรจน์, 2542; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

4. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

จากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ความสามารถในการประกอบอาชีพประจำวันลดลง ทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำเมื่อมาติดตามการรักษา และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (ทรงขวัญ ศีลารักษ์, 2540) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในปี 2540 พบว่า ค่ารักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 1,670.09 บาท ต่อครั้งต่อคน และเมื่อเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองค่ารักษาจะเพิ่มขึ้นเป็น 15,283.22 บาทต่อครั้งต่อคน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคแทรกซ้อนทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง สูญเสียแรงงานที่มีความสำคัญ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม

การควบคุมความดันโลหิต

แนวทางในการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประกอบด้วยการใช้ยา (pharmacological treatment) และควบคุมโดยไม่ใช้ยา หรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification)(Joint National Committee [JNC7], 2003; Staessen, Wang, Bianchi, & Birkenhager, 2003) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การควบคุมโดยการใช้ยา

เป้าหมายในการลดความดันโลหิตโดยการใช้ยา คือควบคุมให้ระดับความดันโลหิตลดต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงและเบาหวานให้ลดเหลือ 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee [JNC7], 2003) การเลือกใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ ความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ปัจจัยเสี่ยงต่ออวัยวะสำคัญ โรคที่มีอยู่เดิม ปัจจัยเสี่ยงอื่น และเริ่มใช้ยาเพียงกลุ่มเดียวในขนาดต่ำก่อน นอกจากนี้ก่อนเริ่มให้ยาทุกครั้งต้องทราบข้อบ่งชี้ ตำแหน่ง การออกฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา(ทรงขวัญ ศีลารักษ์, 2540; พิงใจงามอุโฆษ, 2541; คิลก กิโยทัย, สุชัย กาญจนะธารายนต์, และสมชาย ปรีชาวัฒน์, 2543; วรวิจิตรจินตภากร, 2546) ประเภทของยาลดความดันโลหิตแบ่งตาม WHO – ISH (1999) ได้ดังนี้

1.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretic) เช่น hydrochlorothiazide เป็นยากลุ่ม thiazides นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตและหัวใจปกติ และ furosemide เป็นยากลุ่มที่มีฤทธิ์แรง loop

diuretics จะใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางไต ตรวจพบว่า ค่า serum creatinine มากกว่า 2.5 mg/dl ยาจะลดความดันโลหิตโดยทำให้โซเดียมในร่างกายลดลง ลด blood volume และ cardiac output และยากกลุ่ม potassium sparing diuretic เช่น spironoactone จะลดการสูญเสียโปแตสเซียม (ดวงตา กาญจโพธิ์, 2541)

1.2 ยาด้านเบต้า (beta blocker) โดย BI-blocker จะออกฤทธิ์ควบคุมอัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจ และ BII-blocker ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด เช่น propranolol หรือ atenolol ไม่ควรใช้ยากกลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคหืดหอบ โรคหัวใจ และอาการข้างเคียงที่จะพบได้ คือ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ และสมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้

1.3 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน (ACE inhibitors) เช่น captopril หรือ enalapril ยาที่มีฤทธิ์ลดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย และการดูดซึมกลับโซเดียม มีผลทำให้ไตเสียหายที่ ซึ่งจะไม่ใช่ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

1.4 ยาด้านแคลเซียม (calcium antagonists) ยายับยั้งการเคลื่อนเข้าของประจุแคลเซียมในเซลล์ทำให้กล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดคลายตัว อาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและจากฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดง ทำให้มีอาการปวดศีรษะ หน้าแดงและใจสั่นได้ เช่น verapamil หรือ nifedipine

1.5 ยาด้านแอลฟา (alpha blockers) ยามีฤทธิ์ต้าน postsynaptic alpha I-receptors และทำให้เส้นเลือดขยายตัว ให้ระวังเรื่องความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) เช่น prazosin หรือ doxazosin

1.6 ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (angiotensin – II receptor antagonists) ยาจะออกฤทธิ์ที่ angiotensin – II โดยตรงมีผลลดความดันโลหิต ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยากกลุ่ม ACE inhibitors ซึ่งทำให้มีอาการไอแห้งๆ เช่น lasartan หรือ valsartan

1.7 ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) กลไกการออกฤทธิ์ ขยายหลอดเลือดโดยตรง ควรใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและยาด้านเบต้าเพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เช่น hydralazine หรือ minoxidil

2. การควบคุมโดยไม่ใช้ยา หรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องมีการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะสำคัญ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (ทรงขวัญ ศีลารักษ์, 2540)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

โกชแมน (Gochman, 1977 cited in Glanz, Rimer & Lewis, 2002) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่สังเกตภายนอกได้และพฤติกรรมภายในที่สามารถบอกได้และวัดได้ เป็นคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ คุณค่า เอกลักษณ์ประจำตัว รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี

พาลังก์ (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดการเกิดโรค

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เป็นปกติ และสม่ำเสมอเพื่อการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และเป็นกิจกรรมที่บุคคลได้กระทำซ้ำ ๆ เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยได้รับอิทธิพลมาจากสังคม สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล

เฉลิมพล ต้นสกุล (2543) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือละเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจเจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ กันอย่างเหมาะสม

วัลลา ดันตโยทัย (2543) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่ามีความหมายครอบคลุมถึงพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนและพฤติกรรมภายในที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ซึ่งบุคคลปฏิบัติเพื่อดำรงรักษา ฟื้นฟู ปกป้อง หรือปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น และมีความหมายพฤติกรรมสุขภาพ ในแง่ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้ จำเป็นต้องมีการควบคุมพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมในด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการตรวจตามนัด (สร้อยจันทร์ พานทอง, 2545) ซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต้องปรับเป็นระยะเวลานาน จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการรับประทานยา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมในการรับประทานยา ดังนี้

1.1 รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาในปริมาณและเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรหยุดยา เพิ่มยา ลดยา หรือลืมรับประทานยา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

1.2 สังเกตอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษา ไม่หยุดยาหรือซื้อยารับประทานเอง

1.3 เมื่อต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่น ๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้

1.4 ในผู้ป่วยที่อาจเกิดความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำในท่ายืน ควรเคลื่อนไหวช้า ๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; วรวิมล จิตภากร, 2546)

1.5 ควรระมัดระวังในขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ใน 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา อาจมีอาการง่วงซึม

1.6 หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิต อาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้ และเมื่อเจ็บป่วย ไม่ควรซื้อยารับประทานเองเพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อยาลดความดันโลหิตได้

การรับประทานยาอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยาจนทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาจากการศึกษาของครูก และคณะ (Croog, et al. อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เกี่ยวกับยาลดความดันโลหิต 3 ชนิด ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยเลิกรับประทานยาและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ด้านการควบคุมอาหาร

หลักการควบคุมอาหารตามแนวทางของ (Joint National Committee [JNC7], 2003) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต ประกอบด้วยอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผัก ผลไม้ ในปริมาณมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณเกลือแร่ในอาหาร จากการศึกษาของ (Joint National Committee [JNC7], 2003) พบว่า หากลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารลง 100 mmol/วัน จะสามารถลดระดับความดันโลหิตช่วงซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท ปัจจุบันมีการศึกษาสนับสนุนชัดเจนว่าหากลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานได้ ก็จะสามารถลดหรือควบคุม

ระดับความดันโลหิตสูงได้ แม้ในคนปกติและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะมีการตอบสนองต่อการลดปริมาณเกลือและไขมันในอาหารอย่างเด่นชัด โดยปฏิบัติดังนี้

2.1 จำกัดปริมาณเกลือในอาหารให้น้อยกว่า 100 mmol/วัน หรือน้อยกว่า 6 กรัม ของเกลือแกง ต่อวัน

2.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว และซอสชนิดต่าง ๆ อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกระป๋อง สารปรุงรสต่าง ๆ เช่น ผงชูรส ผงฟู เนยแข็ง อาหารที่มีโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม อาหารทะเล และอื่น ๆ เช่น น้ำที่มีโซเดียมมาก ยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาระบาย เป็นต้น

2.3 ลดไขมันในอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน สมองสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น

2.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน ทอด หรือเจียว ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ เปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารเป็นนึ่ง ต้ม ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด หลีกเลี่ยงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว ควรดื่มนมพร่องมันเนยแทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543)

3. ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญและมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต และทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง หลักในการออกกำลังกายในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC, 1997) และคณะกรรมการองค์การอนามัยโรค (WHO – ISH, 1999) มีข้อปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงดังนี้

3.1 ก่อนเริ่มการออกกำลังกายควรได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ เพื่อให้ทราบศักยภาพและความพร้อมในการออกกำลังกาย รวมทั้งวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่รุนแรง หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้คงที่ได้ ควรงดออกกำลังกายจนกว่าจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และปรึกษาแพทย์ก่อนการออกกำลังกาย (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542)

3.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) อย่างน้อย 30 นาทีต่อวันและควรออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนักเบาในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึง

ปานกลาง เนื่องจากมีผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นการออกกำลังกายที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้านวัตถุ จะมีผลให้มีแรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (ACSM, 1998)

3.2.1 ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (warm-up phase) เป็นการอบอุ่นร่างกายและปรับตัวของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อมีการประสานงานดีขึ้น เคลื่อนไหวคล่องแคล่ว และลดการบวมเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อจากการออกกำลังกาย โดยให้เกิดการเคลื่อนไหวและยืดหรือเหยียดกล้ามเนื้อของร่างกายทุกส่วนอย่างช้า ๆ เช่น การเดินช้า ๆ ภายบริหาร เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที

3.2.2 ระยะเวลาออกกำลังกาย (exercise phase) เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ การออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายมีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ โดยทำอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 20 – 40 นาทีขึ้นไป

3.2.3 ระยะเวลาผ่อนคลาย (cool down phase) เป็นช่วงหลังออกกำลังกาย ควรค่อย ๆ ผ่อนคลายการออกกำลังกายลงทีละน้อย โดยไม่หยุดออกกำลังกายทันที เพื่อให้เลือดมีการไหลเวียนกลับคืนสู่หัวใจและเพียงพอไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ทั่วร่างกาย และเพื่อยืดหรือเหยียดกล้ามเนื้อ ปรับการทำงานของร่างกายให้สู่สภาวะปกติ อาจเป็นการเดินและกายบริหารเหมือนช่วงอบอุ่นร่างกายและควรใช้เวลาอย่างน้อย 5 – 10 นาที

3.3 ควรประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกาย ถ้ามีอาการต่อไปนี้ ไม่ควรออกกำลังกาย ได้แก่ มีไข้ หรือฟื้นไข้ในระยะแรก ๆ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย มีอาการปวดหรืออักเสบของร่างกาย ปวดแน่นหรือเจ็บหน้าอก หรือหัวใจเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยเล็กน้อยขณะพัก ปวดศีรษะหรือมึนงง (วรมนต์ บำรุงสุข, 2546)

3.4 ขณะออกกำลังกาย ถ้ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยมาก หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก วิงเวียนศีรษะ ตามัว คลื่นไส้ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น แขน ขาอ่อนแรง หรือควบคุมไม่ได้ หยุดไม่ชัดเจนจะกักไม่ต่อเนื่อง ต้องหยุดการออกกำลังกายทันทีพักสักครู่แล้วพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุและรับการรักษาที่เหมาะสม

3.5 เครื่องแต่งกาย ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่ปิดหรือรัดรูปมากเกินไป สะดวกสบายต่อการเคลื่อนไหว มีการระบายอากาศได้ดี และมีความอบอุ่นเพียงพอในเวลาอากาศหนาวเย็นการสวม

รองเท้าควรเป็นรองเท้าที่กระชับ สบายเท้า พื้นรองเท้านุ่ม สามารถพยุงข้อเท้าและเท้าได้ดี เช่น รองเท้าผ้าใบ รองเท้ารัดส้น เป็นต้น

3.6 ควรเลือกสถานที่ออกกำลังกาย ควรเป็นที่อากาศปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อบอ้าวและควรเป็นพื้นราบ ไม่มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้เกิดอันตราย

3.7 ช่วงเวลาในการออกกำลังกาย อาจเป็นช่วงเช้า กลางวัน หรือเย็น แต่ควรเป็นช่วงก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3.8 ควรออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป เพิ่มความหนักขึ้นทีละเล็กทีละน้อยให้รู้สึกว่ายหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ไม่หักโหมจนเหนื่อยมากเกินไป แต่ไม่เบาจนถึงกับไม่รู้สึกละเอียด

3.9 ควรนั่งพักก่อนการออกกำลังกาย และดื่มน้ำหรือน้ำผลไม้เล็กน้อย ก่อนเริ่มทำกิจกรรมอื่น ๆ ต่อไป

มีงานศึกษาที่พบว่า การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสมในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่น การศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของกรมการแพทย์ พงษ์สนธิ, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, ชูศรี วงษ์เครือวัลย์ และพรพรรณ ทรัพย์ไพบูรณ์ (2538) พบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31 ที่ไม่ออกกำลังกาย

4. ด้านการจัดการกับความเครียด

ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุในการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Kaplan, 1997) โดยความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกมีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที และความเครียดกระตุ้นให้มีการดูดกลืนของโซเดียม เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนมีผลเพิ่มความดันโลหิตได้ การจัดการกับความเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนมีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลต่อการควบคุมรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ควรปฏิบัติดังนี้ (จำลอง ดิษยวณิช, 2545)

4.1 ควรวางแผนจัดการความเร่งด่วนของงาน มีสติ ไม่เร่งร้อนในการทำงาน แบ่งเวลาให้เหมาะสม

4.2 คิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี รู้จักให้อภัย

4.3 ใช้วิธีแก้ไขและจัดการความเครียด ได้แก่ การระบายความไม่สบายใจให้บุคคลอื่นรับฟัง การนอนหลับ การพักผ่อน การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การไปเที่ยว การออกกำลังกาย การระงับความโกรธ การจัดเวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ผู้อื่น

4.4 การหาวิธีเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น วิธีผ่อนคลาย การทำสมาธิและการฝึกการหายใจ โดยเทคนิคดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาทส่วนกลางบริเวณซีรีบรัลคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) และไปยับยั้งไฮโปทามัส (hypothalamus) ให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท (norepinephrine and epinephrine) ที่หลั่งมาจากอะดรีนัล เมดูลลา (adrenal medulla) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือดทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและลดการตอบสนองต่อภาวะเครียดและลดความดันโลหิต

จากการศึกษาของลิเดน วอฟแกง และคณะ (Linden & Con, 2001) เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ในการติดตามผล วัดความดันโลหิตในรอบ 24 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดการกับความเครียดมีความดันโลหิตลดลง และการศึกษาของอัจฉรา สุคนธสรณ์, สุภาพ ไบแก้ว และมธุรี ตำราญญาติ (2542) ผลของการฝึกวิปัสสนาสมาธิต่อการตอบสนองความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน วัดผลก่อนและหลัง พบว่า ผลการฝึกวิปัสสนาสมาธิลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของสร้อยจันทร์ พานทอง (2545) เกี่ยวกับ ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า ระดับความดันโลหิตลดลง หลังการทดลอง

5. ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ จำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการควบคุมน้ำหนัก มีข้อปฏิบัติดังต่อไปนี้

5.1 จำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ โดยในผู้ชายไม่ควรดื่มเบียร์มากกว่า 720 มิลลิลิตรต่อวัน ดื่มไวน์ไม่เกิน 300 มิลลิลิตรต่อวัน ดื่มวิสกี้ไม่เกิน 60 มิลลิลิตรต่อวัน และในผู้หญิงให้ถือเกณฑ์ลดปริมาณครึ่งหนึ่ง (คิลก ภิชโยทัย, สุขชัย กาญจนะธารายนต์, และสมชาย ปรีชาวัฒน์. 2543 ; JNC, 1997)

5.2 งดการสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคติน เมื่อสูบบุหรี่หรือดมควันเข้าไปสารนิโคตินจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก หลังฮอร์โมนอดรีนาลิน มีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และอัตรา

การเดินของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น (Harrison, 1997) การหยุดสูบบุหรี่ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นมาก แม้ว่าการสูบบุหรี่อาจจะไม่ได้มีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิตสูง แต่ถือเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สูบบุหรี่จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้มากขึ้น อีกทั้งลดประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตที่รับประทานร่วมด้วยได้

5.3 ควรควบคุมน้ำหนักตัว ให้มีค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 18.50 – 24.99 โดยคำนวณดังนี้
 ค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (ตารางเมตร) (WHO, 1998) การควบคุมน้ำหนักช่วยทำให้การควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัวดังนี้ (มนต์ชัย ชาลาประวรัตน์, 2542)

5.3.1 ควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ไขมันต่ำ และรับประทานผักและผลไม้ระหว่างมื้อ ควรดื่มนมหวาน ของขบเคี้ยว และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

5.3.2 ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน ว่ายน้ำ จักรยาน เป้าหมายของการออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ และเพิ่มกิจกรรมทางกายเป็นประจำทุกวัน เช่น เดินมากขึ้น เดินขึ้นลงบันไดแทนการขึ้นบันไดเลื่อนหรือลิฟท์

5.3.3 มีความตั้งใจที่จะลดน้ำหนัก โดยมีความคิดเชิงบวกในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สตีเวนส์ และคณะ (Stevens et al., 2001) ได้ศึกษาผลของการลดน้ำหนักต่อการลดความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหญิงและชายอายุระหว่าง 30 – 54 ปี ที่มีค่าความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหญิงและชายอายุระหว่าง 30 – 54 ปี ที่มีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 83 – 89 มิลลิเมตรปรอท ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา พบว่าการลดน้ำหนักช่วยลดความดันโลหิตในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และมีความดันโลหิตสูง โดยใช้การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมายในตนเองที่จะลดน้ำหนัก 4.5 กิโลกรัมจะช่วยลดค่าความดันซิสโตลิก 5 มิลลิเมตรปรอทและลดค่าความดันไดแอสโตลิก 7 มิลลิเมตรปรอท

6. ด้านการมาตรฐานนัด

การมาตรฐานนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย ควรปฏิบัติดังนี้

6.1 ควรมาตรฐานนัดทุกครั้ง และทุกครั้งที่มาตรวจควรนำยาที่รับประทานมาด้วยทุกครั้ง เพื่อให้แพทย์และพยาบาลตรวจว่ารับประทานยาได้ถูกต้องหรือไม่

6.2 ควรมีการเปิดเผยปัญหา ผลการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับแผนการรักษา บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถทำตามที่ต้องการได้ เนื่องจากท่าทีของแพทย์ผู้รักษาในการรับฟังข้อคิดเห็นของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ต้องมีการปรับปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ โดยแต่ละฝ่ายรับรู้บทบาทของกันและกัน บุคลากรสุขภาพควรลดอำนาจของตนเองและยอมรับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543) ได้แก่

1. เพศ มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างที่มีความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น ในสังคมไทย พฤติกรรมสูบบุหรี่และการดื่มสุราไม่เหมาะสมในเพศหญิง แต่ในปัจจุบันผู้หญิงที่อยู่ในสังคมเมืองมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากขึ้น (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) และการศึกษาของอรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับเพศชายเนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยผู้หญิงจะมีการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ และต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้านในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย เพศชายจึงได้รับการดูแลสุขภาพจากเพศหญิง และการศึกษาของพาแลงค์ (Palank, 1991) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย
2. อายุ มีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยพบว่า ผู้ป่วยช่วงอายุ 35 – 60 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่มีหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และจากการศึกษาของ หทัยรัตน์ ชิตศักดิ์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีเวลาในการจัดเตรียมอาหารให้กับตนเอง และกลุ่มหญิงวัยทำงานจะละเลยเรื่องการควบคุมอาหารเนื่องจากไม่ได้เตรียมอาหารเองและรับประทานอาหารใกล้ที่ทำงานและตามความสะดวก
3. ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (จิรภา หงส์ตระกูล, 2532) และการรับรู้ที่แตกต่างกันทำให้โอกาสรับรู้ข่าวสารด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ (Pender, 1996) ต่างจากการศึกษาของอรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) และหทัยรัตน์ ชิตศักดิ์ (2540) พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และในปัจจุบันการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูง มีแพร่หลาย โดยใช้สื่อมากมายและสื่อเหล่านี้ใช้ภาษาที่ง่าย มีความเหมาะสมกับประชาชนทุกระดับการศึกษา เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนใกล้เคียงกันในทุกระดับการศึกษา

4. อาชีพ มีความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน และกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน การศึกษาของ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน (รับราชการ ทำงานบริษัท หรือรัฐวิสาหกิจ) จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่ไม่แน่นอน (ทำนา ทำไร่ หรือรับจ้างรายวัน) เนื่องจาก กลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน รู้จักแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดกระทบต่องานประจำ

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจะมีการปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ดังการศึกษา ของปราณี ทองพิลา (2542) พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 5 – 10 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยจะมีระยะการเรียนรู้และปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้สุขภาพดีกว่า

6. สถานภาพสมรส บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ อาจไม่มีคนดูแลและให้กำลังใจ แต่ในสังคมไทยบุคคลในครอบครัวจะเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยแทน จากการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญญานที (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

7. เศรษฐกิจ ผู้ที่มีเศรษฐกิจดีและรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์และเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า และผู้มีรายได้ได้น้อยมักสนใจในการหาเงินเลี้ยงชีพและถนัดในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพและไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา

8. การรับรู้เกี่ยวกับโรค ผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคจะมีพฤติกรรมสุขภาพดี มีการศึกษาของอรษา พันธุ์ภักดี (2542) เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ตอบสนองต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้แบ่งตามระยะการรับรู้ได้ดังนี้

8.1 เมื่อรับรู้ว่าเป็นความดันโลหิต เป็นระยะที่ผู้ป่วยมาตรวจและรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะนี้ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษา

8.2 ระยะเวลาที่รับรู้ว่าคุณค่าความดันโลหิตสูงรักษาหายได้ เป็นระยะเวลาที่รับรู้ถึงผลการปฏิบัติตามแผนการรักษา การได้รับข้อมูล และไม่มีอาการของความดันโลหิตสูง จึงรู้สึกปกติและเริ่มปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยการจัดการเรื่องยา เป็น 2 ลักษณะคือ รับประทานยาเป็นบางครั้งเวลาที่มีอาการ และไม่รับประทานยาเมื่อมีอาการผิดปกติและเริ่มหาทางเลือกอื่นในการรักษา เช่น ใช้สมุนไพร การออกกำลังกาย เป็นต้น

8.3 ระยะเวลาที่รับรู้ว่าคุณค่าชีวิตเสี่ยงต่ออันตราย เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์จากอาการของโรคความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อน มีความรุนแรงกระทบต่อการดำเนินชีวิต ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพและตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

8.4 ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีโรคประจำตัว เป็นระยะเวลาที่รับรู้ว่าการเป็นความดันโลหิตสูงรักษาไม่หายแต่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ที่จะสามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ที่จะสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้ และมีชีวิตอยู่กับโรคประจำตัวของตนเองได้

การที่ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองในแต่ละระยะได้ ผู้ป่วยจะประเมินตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมาและจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลเพิ่ม และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นแก่ตนเอง

พฤติกรรมกับภาวะสุขภาพ

พฤติกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลนั้น มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (วัลลา ตันตโยทัย, 2543) ในประเทศกำลังพัฒนาพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนเกิดจากปัจจัยทางพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตบนทอนสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น

บุคคลที่จะช่วยเหลือบุคคลอื่นในการปรับเปลี่ยนหรือยอมรับพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นหรือหายจากโรคหรืออยู่กับโรคได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ควรได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดแรงจูงใจ

ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาส โลว์ได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับประชาชนผู้มารับบริการในการดูแลตนเอง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2534) ซึ่งในทฤษฎีเชื่อว่า มนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้นจากความต้องการทางด้านร่างกาย ความปลอดภัย ความต้องการการมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม ตลอดจนการบรรลุถึงอุดมคติ หรืออุดมการณ์ของตน และความต้องการในขั้นสูง เช่น การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่สามารถตอบสนองได้เลยเมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้คนกระทำพฤติกรรมเพื่อให้ความต้องการของตนได้รับการ

ตอบสนอง อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดในการมองคนแบบองค์รวมที่มีการผสมผสานของกาย จิต และสังคมเป็นหน่วยเดียวกัน

ทฤษฎีพฤติกรรมที่เกี่ยวกับแรงจูงใจนั้นเชื่อว่า แรงผลักดันทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลได้รับการเสริมให้มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น เมื่อผลจากการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นไปในทางดี แต่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อมา บานดูราได้พัฒนาแนวคิดในเรื่อง ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน ซึ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็น เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตัวเอง ความเชื่อในสมรรถนะนี้มีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในกิจกรรมต่าง ๆ และความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเชื่อว่า ปัจจัย 2 ประการ ที่ช่วยให้บุคคลกระทำในสิ่งที่มุ่งหวัง คือ

1. บุคคลนั้นต้องเห็นพฤติกรรมนั้น น่าจะทำให้เกิดผลตามต้องการ
2. บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเขาจะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ เช่น การสูบบุหรี่ และการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เชื่อว่า ความรู้สึนึกคิดมีอำนาจในการผลักดันหรือยับยั้งพฤติกรรมของบุคคล แนวคิดนี้สอดคล้องกับปรัชญาและความเชื่อของศาสตร์ในการมองคนในฐานะองค์รวมของการผสมผสาน กาย จิต สังคม ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ของความนึกคิด และพฤติกรรมของคนกับสิ่งแวดล้อม การมองลักษณะนี้ทำให้เห็นพฤติกรรมด้านสุขภาพว่า สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม

ปัจจัยพื้นฐาน

เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง ซึ่งควรคำนึงถึง (Pender, 1987) มีดังต่อไปนี้

1. เพศ อายุ พัฒนาการ การประเมินใน 3 ปัจจัยนี้ ทำให้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ เช่น เด็กเล็กอาจไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง รวมทั้งศักยภาพในการริเริ่ม หรือกระทำอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
2. สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยสามารถที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง เช่น ชุมชนแออัด กับเขตชุมชนที่ไม่หนาแน่น ย่อมมีความแตกต่างกัน ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

3. ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ช่วยในการประเมินคุณภาพการดูแลตนเองหรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย หรือผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย
4. ภาวะสุขภาพและบริการสุขภาพ ภาวะสุขภาพหมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ตลอดจนความเครียด และภาวะทางด้านอารมณ์ที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ข้อมูลเหล่านี้ต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ระบบบริการสุขภาพก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่เอื้ออำนวย และเกื้อกูลให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตัวเองได้ สิ่งสำคัญคือการให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัวเองมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตัวเองอย่างจริงจังตามความสามารถของเขา
5. ประสบการณ์สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่เคยประสบในอดีต จะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การหย่าร้าง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบท่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน (รับราชการ ทำงานบริษัท หรือรัฐวิสาหกิจ) จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่ไมแน่นอน (ทำนา ทำไร่ หรือรับจ้างรายวัน) เนื่องจาก กลุ่มอาชีพที่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน รู้จักแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ให้กระทบต่องานประจำ

การศึกษาของ หทัยรัตน์ ธิตีศักดิ์ (2540) พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และในปัจจุบันการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแพร่หลาย โดยใช้สื่อมากมายและสื่อเหล่านี้ใช้ภาษาที่ง่าย มีความเหมาะสมกับประชาชนทุกระดับการศึกษา เช่น โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ เสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนใกล้เคียงกันในทุกระดับการศึกษา

การศึกษาของอัจฉรา สุคนธทรัพย์, สุภาพ ไบแก้ว และมยุรี สำราญญาติ (2542) ผลของการฝึกวิปัสสนาสมาธิต่อการตอบสนองความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน วัดผลก่อนและหลัง พบว่า ผลการฝึกวิปัสสนาสมาธิตดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาของลิเดน วอฟแกง และคณะ (Linden & Con, 2001) เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ในการติดตามผล วัดความดันโลหิตในรอบ 24 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดการกับความเครียดมีความดันโลหิตลดลง

การศึกษาของสตีเวนส์ และคณะ (Stevens et al., 2001) ได้ศึกษาผลของการลดน้ำหนักต่อการลดความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหญิงและชายอายุระหว่าง 30-54 ปี ที่มีค่าความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหญิงและชายอายุระหว่าง 30-54 ปี ที่มีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 83-89 มิลลิเมตรปรอท ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา พบว่าการลดน้ำหนักช่วยลดความดันโลหิตในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและมีความดันโลหิตสูง โดยใช้การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมายในตนเองที่จะลดน้ำหนัก 4.5 กิโลกรัมจะช่วยลดค่าความดันซิสโตลิก 5 มิลลิเมตรปรอทและลดค่าความดันไดแอสโตลิก 7 มิลลิเมตรปรอท

จากการศึกษาของ (Joint National Committee [JNC], 2003) พบว่า หากลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารลง 100 mmol/วัน จะสามารถลดระดับความดันโลหิตช่วงซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท ปัจจุบันมีการศึกษาสนับสนุนชัดเจนว่าหากลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานได้ ก็จะสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้