

พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง:
แนวคิด การประเมินและแนวทางการนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ

ดาลิมา ส้มแดงสาร, พย.ม.^{*}

วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, พย.ม.^{**}

ปิยะพร พรหมแก้ว, พย.ม.^{***}

Received : March 26, 2019

Revised : August 29, 2019

Accepted : September 12, 2019

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ การรักษามีทั้งการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานซึ่งเป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ไม่ใช่การรักษาแผนปัจจุบัน โดยปฏิบัติเสริมควบคู่ไปกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนั้นแนวทางการส่งเสริมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานอย่างเหมาะสมสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

^{*} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช; correspond e-mail : Dalima@bcnnakhon.ac.th

^{**} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

^{***} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

Complementary Health Behaviors in Older Persons With Hypertension: Concepts Assessment and Guidelines for Use in Health Promotion

Dalima Samdaengsarn, M.N.S.^{*}

Wannarat Jongkhetkit, M.N.S.^{**}

Pyaporn Promkaew, M.N.S.^{***}

Abstract

Hypertension is a common problem in the elderly. Common treatments using for control and reduce risks include drug use and lifestyle change behaviors such as diet control, exercise, weight control, stress management and other health behaviors including complementary health behaviors. It is an activity that promotes health which is not the same as modern way of treatment. Therefore, guidelines for promoting elderly people with high blood pressure to have appropriately complementary health behaviors should be developed. The outcomes of this guideline could control blood pressure levels and delay the occurrence of complications with the ultimate goal improving the quality of life of the elderly with hypertension.

Keywords: Complementary health behaviors, Elderly, Hypertension

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา เป็นผลกระทบมาจากอัตราการเกิดของประชากรในประเทศต่างๆ ลดลง ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป และเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้รูปแบบของการเจ็บป่วยของประชากรเปลี่ยนไป เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2013) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าโรคและภาวะที่มักพบในผู้สูงอายุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 49.4 ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 46.8 โรคอ้วน ร้อยละ 35.4 และเบาหวาน ร้อยละ 18.1 ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับแรก (วิชัย เอกพลกร, 2557) ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญหากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องก็จะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 50.95 และภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 40.36 ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างรวมกันพบร้อยละ 8.69 (สำนักกระบวนวิชา, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, 2558) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุปัจจุบันที่มีทั้งการใช้ยาและการไม่ใช้ยา

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat; correspond e-mail : Dalima@bcn.nakhon.ac.th

^{**} Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

^{***} Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

การรักษาโดยไม่ใช้ยาคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน (complementary care) ในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยมีผู้ให้ความหมายการแพทย์แบบผสมผสานไว้ว่า เป็นศาสตร์เพื่อการวินิจฉัยรักษาและป้องกันโรค นอกเหนือจากศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์เสริมหรือการแพทย์ทางเลือก คือการแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์กระแสหลัก ไม่ใช่การแพทย์พื้นบ้านไทย หรือการแพทย์แผนไทย หรือเป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพได้รับจากผู้อื่น นอกเหนือจากระบบวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2556) เทคนิคการรักษาส่วนใหญ่จะมีลักษณะไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง เป็นการดูแลเสริมที่ควบคู่กันไปกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยเสริมประสิทธิผลของการรักษาแผนปัจจุบัน และยังช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายลดความวิตกกังวลได้ และจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน พบว่าผู้รับบริการบางส่วนให้เหตุผลในการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานว่าเมื่อใช้วิธีการดังกล่าวแล้วทำให้อาการดีขึ้น (ปิติตา จารุวรรณชัย และกฤษ จรินทร์, 2558)

ปัจจุบันยังไม่ปรากฏรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน ดังนั้นบทความนี้จะนำเสนอแนวทางการประเมินและการใช้พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมาได้

แนวคิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง มีการเสื่อมของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดจากการที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นเรื่อยๆ ร่วมกับการมีหินปูนและไขมันไปสะสมระหว่างหลอดเลือด การทำงานของเยื่อผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพลง มีความยืดหยุ่นลดลงโดยบริเวณพื้นผิวภายในหลอดเลือดมีการสะสมของไขมันและสารอื่นๆ ในผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบตัน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงและเกิดโรคความดันโลหิตสูง จึงพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยระดับความดันโลหิตสูงขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป (วิชัย เอกพลกร, 2557)

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุ 60-69 ปี เพศชายร้อยละ 47.2 และเพศหญิงร้อยละ 49.5 โดยความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.7 และ 68.9 ในเพศชายและหญิง ตามลำดับ และพบว่าร้อยละ 24.5-39.9 ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการวินิจฉัย และร้อยละ 4.3-7.8 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 23.8-30.8 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการรักษา และมีร้อยละ 31.1-43.9 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (วิชัย เอกพลกร, 2557)

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เนื่องด้วยมีการเปลี่ยนแปลงระบบหลอดเลือดและหัวใจทำให้หลอดเลือดแดงมีการตีบแข็งเพิ่มขึ้นจึงต้องเพิ่มแรงดันในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่ออวัยวะสำคัญต่างๆ ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และตา เป็นต้น โดยทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต เป็นผลมาจากการที่หัวใจทำงาน

หนักมากเกินไป และทำให้หลอดเลือดของหัวใจหนาขึ้นและแข็งขึ้น ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจทำงานล้มเหลวได้ มีอาการใจสั่น เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ หากมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเล็กๆ ในสมอง มีการอุดตันหรือหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย อาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยวข้างใดข้างหนึ่ง ปวดศีรษะมาก พูดไม่ชัดหรือไม่สามารถสื่อสารได้ หากเป็นเรื้อรังอาจทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม สมาธิลดลง และอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ และหากมีผลต่อหลอดเลือดที่ไต ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ทำให้ไตหดตัวเล็กน้อยและรูปร่างเปลี่ยนไป ไตจึงเสื่อมสมรรถภาพ ไม่สามารถกรองของเสียออกจากร่างกายได้ อาจพบโปรตีนในปัสสาวะหรือระดับความเข้มข้นของครีเอตินิน (creatinine) ในเลือดสูงขึ้นได้ และหากการคั่งของของเสียอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือดและเกิดภาวะไตวายเรื้อรังตามมา และมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ นอกจากนี้การเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาก็อาจพบได้ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ต่อมาหลอดเลือดที่จ่อรับภาพอาจแตกออกทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัวลง และอาจทำให้ตาบอดได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2. ด้านจิตใจ กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ อาจมีภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล บางรายอาจท้อแท้ หมดกำลังใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Rubio-Guerra, et al., 2013) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสูงถึงร้อยละ 6.3 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป เมื่อจำแนกตัวอย่างตามกลุ่มอายุพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตาม (วิชัย เอกพลกร, 2557)

3. ด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองหรือทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัวในการดูแล และเป็นภาระให้รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 84 ในปี พ.ศ. 2558 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 ของงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 31 ในปี พ.ศ. 2558 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

ปัจจุบันมีการนำการแพทย์แบบผสมผสาน (complementary medicine) มาใช้มากขึ้น โดยการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในปีพ.ศ. 2552 มีมติให้การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ทำให้ผู้รับบริการเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) และเนื่องด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการในด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน (complementary care) ตามมา

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2559) ได้ให้ความหมายของ การแพทย์แบบผสมผสาน (complementary medicine) ไว้ว่าเป็นศาสตร์เพื่อการวินิจฉัยรักษาและป้องกันโรค นอกเหนือจากศาสตร์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แบบผสมผสาน (complement care) ตามคำนิยามของอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร

(2557) คือรูปแบบวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีใช้การแพทย์หลักที่บุคคลปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคหรือจัดการกับความผิดปกติของร่างกาย โดยการรักษาสเสริมควบคู่ไปกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองหรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากครอบครัว คนรอบข้างเครือข่ายสังคมตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการส่งเสริมสุขภาพตนเองซึ่งไม่ใช้การรักษาแผนปัจจุบัน โดยปฏิบัติเสริมควบคู่ไปกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ชนิดของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน

เมื่อพิจารณาระบบบริการสุขภาพของไทย พบว่าสถานพยาบาลต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน ต่างก็มีการให้บริการการแพทย์แบบผสมผสานในลักษณะต่างๆ เช่น การนวดแผนไทย การใช้สมุนไพร การแพทย์แผนจีน และการฝังเข็ม เพื่อให้บริการรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ศูนย์การแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center for Complementary and Alternative Medicine: NCCAM) ได้จำแนกกลุ่มการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 กลุ่ม (NCCAM, 2008) ดังนี้

1. ระบบการแพทย์ทางเลือก (alternative medical systems) เป็นการแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษา วินิจฉัย และการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการทั้งด้านการให้ยาการใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษาและหัตถการต่างๆ ได้แก่ การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน อายุรเวทของอินเดีย และระบบการแพทย์ตะวันตก ได้แก่ การบำบัดแบบโฮมีโอพาธี (Homeopathy) ธรรมชาติบำบัด

2. การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างใจกับกาย (mind-body interventions) เป็นวิธีบำบัดหลากหลายวิธีเพื่อเพิ่มศักยภาพของจิตใจที่มีผลต่อร่างกายและกายก็ส่งผลต่อจิตด้วยเช่นกัน ได้แก่ ดนตรีบำบัด จิตนาการบำบัด ศิลปะบำบัด โยคะ (Yoga) ไทเก็ก ใช้สมาธิ การสวดมนต์

3. การบำบัดโดยหลักทางชีวภาพ (biologically based therapies) คือ วิธีบำบัดรักษาโดยใช้สารจากธรรมชาติ เช่น อาหารเสริมวิตามินและการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ซึ่งผลการวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก, 2556) พบว่า สมุนไพรหลายชนิด เช่น การรับประทานกระเทียมร่วมกับหญ้าหวาน อาจช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 4.9 มิลลิเมตรปรอท และผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้แนะนำสมุนไพรที่มีผลช่วยลดความดันโลหิตสูงที่มีในท้องถิ่นไทย 13 ชนิด ได้แก่ กระเจี๊ยบแดง ขึ้นฉ่าย บัวบก พลูควาว มะรุม ใบกระเพรา หนุ่ยหนวดแมว เป๊าะดำปึงหรือสมุนไพรจักรนารายณ์ ตะไคร้ ฟ้าทะลายโจร ชิง มะกรูด และกระเทียม เป็นต้น

4. วิธีการจัดโครงสร้างร่างกาย (manipulative and body-based methods) คือการบำบัดโดยใช้หัตถการต่างๆ เน้นที่ระบบและโครงสร้างของร่างกายใช้การจัดหรือเคลื่อนไหว่ส่วนของร่างกาย เช่น การนวด ซึ่งมีประโยชน์ในการผ่อนคลาย รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น ช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่เกิดจากโรคหรือความผิดปกติ เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หัวไหล่ติด เป็นต้น การนวดกดจุด (Acupressure) มีหลายจุดที่สามารถช่วยลดความดันโลหิตให้ต่ำลงได้ ข้อควรระวังคือสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตเกิน 200/100 มิลลิเมตรปรอท ห้ามใช้การนวดกดจุดเพื่อลดความดันโลหิตโดยเด็ดขาด (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2551)

5. การบำบัดโดยใช้พลังงาน (energy therapies) วิธีการบำบัดรักษาที่ใช้พลังงานในการบำบัดรักษาที่สามารถวัดได้และไม่สามารถวัดได้ เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เรกิโยเร ซึ่งช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความแข็งแกร่งและเป็นการฝึกตนภายใน ช่วยให้มีความมั่นใจในตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ชนิดของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่มีข้อมูลสนับสนุนว่าสามารถช่วยลดความดันโลหิตสูงแต่ก็ควรปรึกษากับแพทย์ก่อน เพื่อนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่

- 1) การใช้สมุนไพร ได้แก่ กระเจี๊ยบแดง ขึ้นฉ่าย บัวบก พลูดาว มะรุม ใบกระเพรา กล้วยาหนดแมว เป๊ะดำปิงหรือสมุนไพรจักรนารายณ์ ตะไคร้ ฟาทะลายโจร ชิง มะกรูด และกระเทียม
- 2) การนวดใช้สำหรับลดอาการปวดศีรษะ ช่วยผ่อนคลาย และช่วยลดความดันโลหิตให้ต่ำลงได้ แต่ต้องมีการตรวจสอบความดันโลหิตก่อนนวด
- 3) การควบคุมอาหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นธรรมชาติ เช่น ข้าวกล้อง เป็นต้น
- 4) การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างใจกับกาย ได้แก่ สมาธิ การออกกำลังกายที่มีการกำหนดลมหายใจ ช่วยให้ผ่อนคลาย สามารถลดความดันโลหิตได้ ได้แก่ โยคะ ชี่กง ไทเก๊ก เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานตั้งแต่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากต้องการให้ระดับความดันโลหิตคงที่ โดยใช้การรักษาเสริมรวมกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน (บุลวิชัย ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง, 2557) พฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มเติมจากการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันมีดังนี้

1. ใช้สมุนไพร ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการแสวงหาการรักษาด้วยการใช้สมุนไพรมีทั้งชนิดที่ทำกินเองและซื้อ ผู้ป่วยเชื่อว่าสมุนไพรเป็นยาที่ใช้กันมาตั้งแต่โบราณน่าจะปลอดภัยและมีประโยชน์ (บุลวิชัย ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการทดลองใช้ยาสมุนไพร ยารักษาต่างๆ โดยเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามคำบอกต่อและโฆษณา แต่ที่รับประทานยาไม่ขาด (จิรียา อินทนา, รุ่งทิพย์ ไชยโยียงยงค์, นาดยา วงศ์ยะรา, เพ็ญจมาศ คำธนะ, และเบญจวรรณ ศรีโยธิน, 2553) และสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์, อุมพร บุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว (2554) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรในการจัดการอาการของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 91.82) เห็นได้ว่าการใช้สมุนไพรในการควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นที่นิยมมากในผู้สูงอายุ แต่ไม่มีข้อมูลและรูปแบบที่ชัดเจนในการใช้ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากคำบอกกล่าวหรือโฆษณา ประกอบกับการผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนทำให้มีข้อจำกัดในการใช้สมุนไพร ดังนั้นการใช้สมุนไพรโดยไม่ระมัดระวังอาจส่งผลกระทบต่ออาการควบคุมระดับความดันโลหิตและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ไตวาย เป็นต้น

2. อาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นจากธรรมชาติ เช่น อาหารเสริม ข้าวกล้องจากการศึกษาของทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการใช้ข้าวกล้องในการควบคุมโรค ร้อยละ 17.3 และผลการให้อยู่ในระดับมาก และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารเพื่อปรับธาตุให้สมดุลเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาโรคในระดับมาก (ชุติมา หมวดสง, วรรณิ์ จันทร์สว่าง และไหมไทย ศรีแก้ว, 2549)

3. สมาธิและการสวดมนต์ การสวดมนต์เป็นวิธีการที่ชักนำให้เกิดความสงบขึ้นมาได้จนสามารถเข้าสู่ระดับจิตที่เป็นสมาธิ การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของปูลิวซ์ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (2557) พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้หลักศาสนาในการควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตสูง

4. การนวด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการใช้บริการและผลิตภัณฑ์เพื่อการส่งเสริม ป้องกันและรักษาโรค ซึ่งร้อยละ 44.6 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การปวดเมื่อยส่วนต่างๆ ของร่างกาย รองลงมาคือการมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างต้องการใช้บริการด้านการนวดในระดับมาก เพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (ชุดิมา หมวดสง และคณะ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์ และคณะ (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยใช้การนวดเพื่อลดอาการเวียน/มึนศีรษะ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. โยคะ เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการควบคุมการหายใจ ช่วยลดความดันโลหิตได้ จากการศึกษาของทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้โยคะในการควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.92 และผลการใช้อยู่ในระดับมาก

6. ชี่กง เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งของคนจีนโบราณ ซึ่งช่วยสร้างความสมดุลและเพิ่มพลังชีวิตในร่างกาย ช่วยให้ผ่อนคลาย มีสมาธิ และลดความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของธิดิสุตา สมเวที (2553) เรื่องผลการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กงต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กงผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. สุคนธบำบัด เป็นศิลปะและวิทยาศาสตร์ของการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อสร้างเสริมและปรับสมดุลของร่างกายจิตใจอารมณ์จิตวิญญาณและความผาสุก ซึ่งรูปแบบการใช้แตกต่างกันไป เช่น ผสมในน้ำมันนวดสูตรดม ใส่ในอ่างแช่น้ำมันหอมระเหยจะช่วยลดความเครียดและกระตุ้นทำให้รู้สึกสดชื่นช่วยให้สงบ มีสมาธิ ลดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับและเครียด จากการศึกษาของทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์ และคณะ (2554) พบว่าผลของการใช้อยู่ในระดับมาก แต่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการใช้สุคนธบำบัดในการควบคุมโรคอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากเป็นวิธีการที่ไม่คุ้นเคย

8. ฤาษีดัดตน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพราะท่าฤาษีดัดตนส่วนมากเป็นท่าง่ายๆ ที่สามารถทำได้ทุกคน เหมาะสำหรับคนที่ไม่สามารถออกกำลังกายแบบหักโหมได้ ช่วยให้เกิดสมาธิ การไหลเวียนโลหิตดี คลายความเครียด (จินตนา สุวิทวัส, 2552) และเป็นวิธีที่ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ออกกำลังกายโดยการเดินรอบบ้าน (ศิริพร สนิทนต์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2557) และจากการศึกษาของทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์ และคณะ (2554) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการใช้ฤาษีดัดตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 0.63) แต่ผลการใช้อยู่ในระดับมาก ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1) การใช้สมุนไพร ยังไม่มีการศึกษาสมุนไพรในการลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ แต่จากการศึกษาพบว่า สมุนไพรที่ใช้ลดความดันโลหิต ได้แก่ กระเจี๊ยบแดง ขึ้นฉ่าย บัวบก พลูควา มะรุม ใบกระเพรา หนุ้าหนวดแมว แป๊ะตำปึงหรือสมุนไพรจักรนารายณ์ ตะไคร้ ฟ้าทะลายโจร ชิง มะกรูด และกระเทียม เป็นต้น แต่สัดส่วนและปริมาณที่ใช้อย่างไม่มีการระบุที่ชัดเจน

2) การควบคุมอาหาร รับประทานอาหารชีวจิต และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับ ผักดิบ 2 ท็อปหรือผักสุก 1 ท็อป) ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับ ผลไม้หั่นพอดีคำ ประมาณ 6-8

ขึ้น หรือผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล หรือผลไม้ขนาดเล็ก 2-4 ผล) นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับนม 240 มิลลิลิตร หรือโยเกิร์ต 1 ถ้วย) ธัญพืชถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับ 1 แท็บเล็ต)

3) การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างใจกับกาย ได้แก่ สมาธิ การออกกำลังกายที่มีการกำหนดลมหายใจ ช่วยให้ผ่อนคลาย สามารถลดความดันโลหิตได้ ได้แก่ ชีงกง ฤาษีดัดตน ส่วนการออกกำลังกายอื่นๆ ได้แก่ โยคะ ไทเก๊ก ยังไม่มีการทดลองใช้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4) การนวด ใช้สำหรับลดอาการปวดศีรษะ ช่วยผ่อนคลาย และช่วยลดความดันโลหิตให้ต่ำลงได้ แต่ต้องมีการตรวจสอบความดันโลหิตก่อนนวดแต่ยังไม่เห็นผลการใช้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ ที่ช่วยในการลดความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่เห็นผลการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ อาจต้องปรึกษากับแพทย์เพื่อร่วมกันวางแผนแนวทางพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานอย่างเหมาะสมและในการพิจารณาเลือกใช้ ควรคำนึงถึงหลัก 4 ประการ

1. ความน่าเชื่อถือ (Rational) โดยดูจากวิธีการหรือองค์ความรู้มีการใช้แพร่หลายหรือไม่ ใช้มาเป็นเวลานานเพียงใด มีการบันทึกไว้หรือไม่ อย่างไร เป็นต้น
2. ความปลอดภัย (Safety) ต้องพิจารณาว่าจะส่งผลกับสุขภาพใช้อย่างไร อันตรายที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวมีหรือไม่ หรือวิธีการนั้นทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือไม่ เป็นต้น
3. การมีประสิทธิผล (Efficacy) มีข้อมูลยืนยันได้ว่าใช้แล้วได้ผล ซึ่งอาจต้องมีจำนวนมากพอหรือใช้มาเป็นเวลานานจนเป็นที่ยอมรับจากการศึกษาวิจัยหลากหลายวิธีการ เป็นต้น
4. ความคุ้มค่า (Cost-Benefit-Effectiveness) โดยเทียบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดด้วยวิธีนั้นๆ คุ้มค่ากับการรักษาโรคที่ต้องทนทุกข์ทรมานหรือไม่

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุที่ชัดเจน ดังนั้นแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมการวิจัยและสร้างข้อมูล (Evidence) ที่น่าเชื่อถือเพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่ใช้การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความพึงพอใจในผลที่ได้รับ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ประเมินเกี่ยวกับชนิดของพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ศูนย์การแพทย์แบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (NCCAM, 2008) ได้เป็นข้อคำถามปลายปิด ประกอบด้วย ผังเข็ม สมาธิสวดมนต์ ดนตรี/ฟังเพลง สมุนไพร นวด รำมวยจีน โยคะ อาหารเสริม เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่ใช้จากวิธีต่างๆ เหล่านี้

2. สอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดของวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เป็นแบบสอบถามเพิ่มเติมรายละเอียดของวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน สอบถามเกี่ยวกับความถี่ในการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานนั้นๆ วัตถุประสงค์ของการใช้ ความง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ความสะดวกในการใช้บริการ ความมากน้อยของแหล่งบริการ และความพึงพอใจในผลที่ได้รับในวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานนั้นๆ (สุริพร ชุมแดง, 2550) เพื่อให้เข้าใจรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยมากขึ้น

จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่าการถามว่ามีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานหรือไม่ อย่างไรผู้สูงอายุจะตอบไม่ได้เพราะไม่มีความหมาย แต่ถ้า

ถามตรงๆ ว่ามีการใช้อย่างอื่นร่วมกับการรักษาหรือไม่ ก็จะให้ข้อมูลได้ และต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยากบอกกลัวถูกตำหนิ และส่วนใหญ่มีการใช้สมุนไพร มีการลองผิดลองถูก ประเมินจากอาการว่าถ้าดีขึ้นก็รับประทานต่อ หากไม่ดีก็หยุดรับประทานและจากความสามารถในการเข้าถึง เช่น ราคา และเนื่องจากประเทศไทยไม่มีแนวทางให้เห็นชัดเจนทั้งขนาด ปริมาณ ระยะเวลาที่รับประทานและข้อจำกัด ทำให้ผู้ป่วยปรับวิธีการกินด้วยตนเองหรือถามคนใกล้ชิด บางครั้งไม่ทราบด้วยว่าสมุนไพรที่รับประทานคืออะไร ทั้งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ เช่น ปกติกระเทียม มีประโยชน์ในการช่วยลดความดันโลหิตสูง แต่หากผู้ป่วยรับประทานยาลดการแข็งตัวของเลือดอยู่ จะทำให้เลือดหยุดไหลยากขึ้น เพราะฉะนั้นการใช้สมุนไพรก็ต้องมีแนวทางการใช้ที่ชัดเจนทั้งขนาด วิธีการใช้ ระยะเวลาที่ใช้และข้อจำกัดสำหรับการนำไปใช้อย่างชัดเจนเพื่อประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา เนื่องจากพฤติกรรมบางอย่างเป็นนิสัยหรือความเคยชินของบุคคลนั้น โดยเฉพาะส่งเสริมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีหลักแนวคิด ทฤษฎีมาช่วยวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด พร้อมทั้งต้องให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทฤษฎีที่ใช้ในการจัดกิจกรรมที่สำคัญคือทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งได้อธิบายว่าบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการคิดเพียงครั้งเดียว แต่จะค่อยๆ พัฒนาความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปทีละขั้นตามลำดับ 6 ขั้น ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการคิดหรือยังไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) เป็นระยะที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองภายในระยะเวลา 6 เดือน ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรม เมื่อคนเราไม่รู้ข้อมูลหรือขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมก็จะไม่เอาใจใส่หรือสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นหรืออาจเป็นเพราะเบื่อกับจะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มคิดเริ่มตัดสินใจหรือลังเลใจ (contemplation) เป็นระยะที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า มีการศึกษาข้อมูลวิเคราะห์ผลเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มนี้ควรได้รับการเรียนรู้ว่าเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว เขาจะเป็นอย่างไรลดอุปสรรคหรือข้อเสียในการเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะที่ 3 ระยะการเตรียมตัวหรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (preparation) เป็นระยะที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในระยะเวลา 1 เดือน เมื่อตัดสินใจแล้วว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน จะมีการวางแผนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน

ระยะที่ 4 ระยะการสร้างพฤติกรรมใหม่หรือขั้นลงมือปฏิบัติ (action) เป็นระยะที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 4-6 เดือน

ระยะที่ 5 ระยะการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่หรือขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance) เป็นระยะที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเช่นเดิม (temptation) ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy)

ระยะที่ 6 ขั้นสิ้นสุด (Termination) เป็นขั้นที่บุคคลมั่นใจว่าจะไม่กลับไปกระทำพฤติกรรมเดิมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพอีก

บุคคลที่อยู่ในแต่ละขั้นความพร้อมจากขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 5 อาจเปลี่ยนแปลงขั้นความพร้อมไปในทิศทางลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้ตลอดเวลา จึงต้องมีแนวทางสร้างแรงจูงใจ มีการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและถาวร

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กำหนดแนวทางเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน พยาบาลสามารถประเมินได้ทั้งจากการซักประวัติ ได้แก่ คำพูด การสังเกตพฤติกรรม ตลอดจนการใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานดังกล่าวมา ซึ่งลักษณะการสัมภาษณ์ต้องเป็นในลักษณะกัลยาณมิตร ไม่ข่มขู่หรือตำหนิ เนื่องจากผู้ป่วยกลัวการโดนตำหนิจากบุคลากรทำให้บอกข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจมีผลต่อการรักษาได้ ดังนั้น พยาบาลหรือบุคลากรที่ประเมินควรมีทักษะในการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ขั้นที่ 2 ให้ความรู้ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาหรือพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ผู้สูงอายุบางรายไม่รู้จักรักษาทางเลือก ไม่ทราบว่าพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเป็นพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ผู้สูงอายุรับรู้แล้วว่าพฤติกรรมนี้สามารถช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ และได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลากหลาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ เพื่อนและคนรอบข้าง เป็นต้น ซึ่งมีทั้งที่สามารถยืนยันได้และไม่สามารถยืนยันได้ชัดเจนถึงผลการนำไปใช้ ทำให้ไม่ทราบข้อเท็จจริงของข้อมูล ประกอบกับผู้สูงอายุบางรายลดการรับประทานยาในการรักษาปัจจุบันด้วย อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา ดังนั้นควรให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกมาควบคู่กับการรักษาปัจจุบันเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่เหมาะสม และส่งผลดีต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 3 การให้คำปรึกษา โดยให้ผู้ป่วยเข้ารับคำปรึกษากับแพทย์ผู้รักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่สนใจ เพื่อวางแผนในการจัดการถึงความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ร่วมกับการรักษาปัจจุบัน รวมทั้งผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอันส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นที่ 4 ร่วมกันวางแผนการใช้รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน กำหนดชนิดของแพทย์ทางเลือก ขนาดหรือปริมาณ และระยะเวลาในการใช้ พร้อมทั้งเน้นย้ำไม่ให้ละทิ้งการรักษาปัจจุบันด้วย ซึ่งการรักษาในปัจจุบันมีทั้งการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมายของการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งระดับเป้าหมายของการลดความโลหิต (Joint National Committee 8 [JNC 8], 2014) คือผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมีเป้าหมายให้ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (2558) ได้กำหนดเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษา คือ ในคนอายุตั้งแต่ 60 ปีแต่ยังไม่ถึง 80 ปีกำหนดเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษาน้อยกว่า 140-150/90 มิลลิเมตรปรอทและคนอายุมากกว่า 80 ปีกำหนดเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษาน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอทดังนี้

แนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2 วิธีคือ การรักษาโดยการให้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้

1. การรักษาโดยการฉายาการรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตมีผลดีต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และห้ามหยุดยาเอง

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการจัดการความเครียด และการใช้การแพทย์ทางเลือก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานอย่างเหมาะสม และหากปฏิบัติถูกต้องและสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดำเนินชีวิต ดังนี้

2.1 การควบคุมอาหาร ได้แก่ จำกัดโซเดียม เช่น งดหรือลดการเติมน้ำปลา ซอสหรือซีอิ๊วในอาหารประจำวัน อาหารหมักดอง และการจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) จำกัดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไขมันสัตว์ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดง เป็นต้น ให้การดื่ม นึ่ง ตุ่น ทดแทนการผัด การทอด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approaches to Shop Hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับ ผักดิบ 2 ท็อปหรือผักสุก 1 ท็อป) ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับ ผลไม้หั่นพอดีคำ ประมาณ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล หรือผลไม้ขนาดเล็ก 2-4 ผล) นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับนม 240 มิลลิกรัมหรือโยเกิร์ต 1 ถ้วย) ธัญพืชข้าวเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับ 1 ท็อป) ซึ่งรูปแบบอาหารดังกล่าวช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิต ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2.2 การออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของหัวใจและหลอดเลือดแบบแอโรบิกซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่อย่างต่อเนื่องและเป็นจังหวะทำให้กล้ามเนื้อมีการใช้ออกซิเจน ส่งผลให้ปอดหัวใจและหลอดเลือดทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้ออกซิเจนไปที่กล้ามเนื้อนั้นๆ มีปริมาณเพียงพอ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2554) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5-6 วันขึ้นไป จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 2.5 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2.3 การควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตที่สูงขึ้น หากสามารถควบคุมดัชนีมวลกาย (Body Mass Index BMI) อยู่ที่ 18.5-24.9 kg/m² จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 20-50 มิลลิเมตรปรอทต่อน้ำหนักตัวที่ลด 10 กิโลกรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2.4 การจัดการกับความเครียด ภาวะเครียดมีผลกระทบต่อนระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว เพิ่มความต้านทานในหลอดเลือดส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น วิธีในการจัดการกับความเครียด เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ เป็นต้น ซึ่งวิธีการดังกล่าว มีผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาท ลดอัตราการเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจ ส่งผลให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง

2.5 พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ผู้สูงอายุสามารถใช้ทางเลือกอื่นในการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ที่ชัดเจน และไม่ขัดกับแผนการรักษาปัจจุบัน ซึ่งต้องปรึกษา

การใช้กับแพทย์ที่รักษาเพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่ การฝังเข็ม การนวด โยคะ ไทเก๊ก สมาธิ เริง และการใช้สมุนไพรต่างๆ เช่น กระเจี๊ยบแดง ขึ้นฉ่าย บัวบก พืชควา มะรุม ใบกระเพรา หญ้าหนวดแมว เป๊าะ ตำปึงหรือสมุนไพรจักรนารายณ์ ตะไคร้ ฟ้าทะลายโจร ชิง มะกรูด และกระเทียม เป็นต้น (จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก, 2556)

ขั้นที่ 5 มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน โดยให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พร้อมช่วยจัดปัญหาอุปสรรค สนับสนุนแหล่งการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่เหมาะสม

ขั้นที่ 6 มีการนัดติดตามอาการเป็นระยะช่วง 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองพร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม

ขั้นที่ 7 มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอาจมีช่วงกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในวัยผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการรักษาและควบคุมอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น การรักษาทำได้โดยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการจัดการกับความเครียด รวมทั้งการใช้ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน และหากมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมจะสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานต้องอาศัยการใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การมีแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานและผลการใช้อย่างชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งจากปัญหาที่เจอพบว่าผู้รับบริการจะไม่กล้าบอกเพราะกลัวโดนบุคลากรตำหนิ และแนวทางไม่ชัดเจนทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการรักษาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตาม เช่น หากใช้ยาต้ม สมุนไพรที่มีสเตียรอยด์ปนเปื้อนอาจส่งผลกระทบต่อไต ทำให้เกิดไตวายตามมาได้ เนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีแนวทางในการนำไปใช้ที่ชัดเจน บทความนี้เป็นเพียงการนำเสนอแนวทางที่เป็นไปได้ในการนำไปใช้ จึงขอเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปดังนี้

1. สนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. บุคลากรทีมสุขภาพควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานที่เหมาะสมในการจัดการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการแนะนำแหล่งบริการที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

3. มีการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

4. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น การใช้สมุนไพร การนวด อาหารเสริม พร้อมทั้งส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการนำไปใช้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2559). รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557-2559. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ กระทรวงสาธารณสุข.
- โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. (2551). คู่มือการนวดไทยในการสาธารณสุขมูลฐาน (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: โครงการฟื้นฟูการนวดไทย.
- จิรียา อินทนา, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, นาดยา วงศ์ยะรา, เพ็ญจมาศ คำธนะ และเบญจวรรณ ศรีโยธิน. (2553). รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี.
- จินตนา สุวิทวัส. (2552). การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 32(4), 84-92.
- จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก. (2556). สมุนไพรลดไขมันในเลือด 140 ชนิด (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เซเวน พรินต์ติ้ง กรุ๊ป.
- ชุติมา หมวดสง, วรณิ จันทรสว่าง และไหมไทย ศรีแก้ว. (2549). ความต้องการการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในตำบลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 4(1), 44-53.
- ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์, อุมพร ปญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว. (2554). การดูแลแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์, 3(1), 61-73.
- ธิดิสดา สมเวที. (2553). ผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัทมิตาจา รุวรรณชัย และกฤษ จรินทร์. (2558). คุณลักษณะของผู้ใช้การแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลของรัฐ. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 9(2), 73-84.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2554). การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 399-423). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ปุลวิช ทองแดง และจันทรจิรา สีสว่าง. (2557). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 288-295.
- วิชัย เอกพลกร (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริพร สนิทนต์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบกึ่งตัดต้นในกลุ่มผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในอำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29(3), 304-310.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555*. สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>
- สำนักงานแพทย์ทางเลือก. (2556). *การแพทย์ทางเลือก (Traditional Chinese Medicine)*. วารสารสำนักงานแพทย์ทางเลือก, 6(1), 1-10.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554 - 2558*. สืบค้นจาก http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1264.
- สำนักโรคควบคุมโรคและโรคติดต่อ. (2558). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/hypertension.pdf>
- สุริพร ชุมแดง. (2550). *การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อายุพร ประสิทธิ์เวชชากร. (2557). สุขภาพทางเลือกกับมุมมองในการพิจารณาเลือกใช้ที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 38-43.
- 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/>
- Rubio-Guerra, A. F., et al. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Experimental & Clinical Cardiology*, 18(1), 10-12.
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- 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*, 31(5), 507-520. Retrieved from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?sequence=1