

การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Developing self-care competency to prevent complication
in hypertensive clients in the community

บทความวิจัย

สุธีรา ฮุ่นตระกูล*

วิไลพรรณ สมบุญตันท**

Sutheera Hoontrakul, R.N., M.A.*

Wilaipun Somboontanont, R.N., Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ต้องการหาอัตราความชุก (Prevalence rate) ของโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และประเมินผลโครงการการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการสำรวจวัดความดันโลหิตของประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำนวน 239 คน สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามและสังเกตพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และดำเนินโครงการการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวม 6 ครั้ง เดือนละครั้ง จำนวน 50 คน

ผลการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของโรค = 33.89 (81/239) ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง 54 คน ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ พฤติกรรมกรกิน รับประทานอาหารเค็ม (เกือบทุกมื้อและมากกว่า 3 ครั้งในสัปดาห์) ร้อยละ 61.73 (50/81) รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 18.53 (15/81) พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 96.30 (78/81) ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 61.73 (50/81) BMI เกินมาตรฐาน ร้อยละ 37.04 (30/81) และ BMI อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ร้อยละ 14.81 (12/81) ผลจากการดำเนินโครงการฯ ในผู้ป่วยจำนวน 50 คน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 50 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 100 และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 130/80 mmHg ร้อยละ 60 (30/50) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 (\bar{X} Pretest = 7.5 \bar{X} Posttest = 9) พฤติกรรมการดูแลตนเองมีการปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นเกือบทั้งหมด อยู่ระหว่างร้อยละ 50 - 60 ยกเว้นการออกกำลังกายที่ดีขึ้นเพียงร้อยละ 20 (10/50) เท่านั้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินโครงการการให้ความรู้ ประสบผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: sutheera.hoo@mahidol.ac.th

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This research was aimed to 1) seek out the prevalence of hypertension and its contributing factors and 2) to evaluate the educational program for lifestyle modification among hypertensive patients. Action research was used by surveying blood pressure among the total sample of 239 adults aged 30 and over living in the community in Bangkok Noi district, Bangkok. They were interviewed and observed self care behavior of hypertensive patients. The lifestyle modification educational program was implemented once a month for six months in 50 hypertensive clients. The results showed that the prevalence rate of hypertension was 33.89 (81/239). Fifty-four persons were at risk of hypertension. Factors associated with hypertensive complication were eating behavior; consuming salty diet in almost every meal and more than 3 times a week (61.73%, 50/81); consuming high fat diet (18.53%, 15/81); physical inactivity (96.30%, 78/81), lacking of treatment follow up (61.73%, 50/81); over standard BMI (37.04%, 30/81); and overweight (14.81%, 12/81).

The lifestyle modification educational program for 50 patients showed no hypertensive complication (100%). All of the 50 participants were able to control their blood pressure at lower than 130/80 mmHg (60%, 30/50) and developed the knowledge in self-care management of hypertension (100%, X Pretest = 7.5 and X Posttest = 9). Self-care behavior of the clients were improved after the program (50 - 60%) except for exercise behavior which was improved for only 20% (10/50).

In conclusion, the lifestyle modification educational program to prevent the complication of hypertension had shown the most effectiveness in improving self-care competency among hypertensive clients.

Keywords: Developing self-care competency, hypertensive clients, action research

บทนำ

ความดันโลหิตสูงกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ของทุกประเทศทั่วโลกในศตวรรษนี้ ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตจำนวนมากขึ้นทุกปี ในปี 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 17.5 ล้านคน เฉลี่ยนาทีละ 33 คน ในประเทศไทยนับวันจำนวนผู้ป่วยยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบอัตราการตายเฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน (ซึ่งญาติ กาญจนะจิตรา และคณะ, 2548) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากร ปี 2546 ประชากร (เฉพาะผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป) เป็นโรคความดันโลหิตสูง 11% จากประชากรทั้งประเทศ พบว่าอายุ 60+ ปี เป็นช่วงอายุที่ป่วยเป็นโรครุนแรงที่สุด ยิ่งช่วงอายุที่มากขึ้น

อัตราการป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ และพบในเพศหญิง สูงกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า และผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงเกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2536) จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จัดโครงการรณรงค์ ตรวจวัดความดันโลหิตฟรีแก่ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกัน 76 จังหวัดทั่วประเทศ ในปี 2550 พบว่ามีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg ขึ้นไปทั้งหมด 2.4 ล้านคน ในจำนวนนี้ไม่เคยรู้ตัวมาก่อน 1.3 ล้านคน หรือมากกว่าครึ่งหนึ่งที่รู้ตัวแล้วแต่ไม่มีความดันโลหิตสูง ดังนั้น กว่าจะพบว่าตนเองป่วยเป็นโรครุนแรงเมื่อมีอาการมากและมีภาวะแทรกซ้อน

ที่รุนแรง อาทิ ภาวะหัวใจล้มเหลว สมอ่งพิการ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตพิการ เป็นต้น นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น เสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้นในการรักษา และจากรายงานจำนวนผู้ป่วยของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2553 พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2550 เท่ากับ 1349.40 ต่อประชากรแสนคน ในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีการดูแลตนเอง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ไม่ถึงร้อยละ 20 (รายงานประจำปี 2554 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) จังหวัดที่พบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงเกินค่าปกติมากที่สุด อันดับ 1 ได้แก่ กรุงเทพมหานคร โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดหัวใจโตและเส้นเลือดในสมองแตก คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจปีละกว่า 11,000 ราย อัมพาต อัมพฤกษ์ ปีละกว่า 150,000 ราย เสียชีวิตกว่า 45,000 ราย และต้องกลายเป็นคนพิการเพิ่มขึ้นปีละ 48,000 ราย ทำให้เป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท เพื่อดูแลและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ในขณะนี้คนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 6 ล้านคน เสี่ยงต่อความพิการสูงกว่าคนทั่วไป 3 - 17 เท่าตัว (ชินุทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2548) ทั้งนี้ เพราะพฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนไทยเปลี่ยนไปทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคที่ไม่ได้สัดส่วน โดยเฉพาะรสหวาน ไขมันสูง ของทอด และอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่น่าเป็นห่วงก็คือโรคอ้วน และความดันโลหิตสูงในเด็กประมปีที่ 1 - 6 ทั้งประเทศ พบว่าเด็กเป็นโรคอ้วน 19% และในจำนวนนี้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 95% (ชินุทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2548)

ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดสมองและโรคไต (Whelton 1994; MacMahon & et al: 1990; Stamler 1993) อัตรา

การตายจากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.64 ต่อประชากรแสนคน อัตราการตายจากความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นเป้าหมายของการลดอัตราเสี่ยงของการเป็นโรคดังกล่าว (Kaplan, 2002; Slama, 2002) จากการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่าระดับความดันซิสโตลิกที่ลดลง 10 - 12 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลง 5 - 6 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจถึง 40% และ 16% ตามลำดับ และยังสามารถลดอัตราการตายจากโรคหัวใจได้ถึง 20% (Psaty, 1997)

จากการศึกษา Donald et al. (อ้างใน Whelton, 1994) ได้แนะนำว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมอัตราการป่วยและความพิการได้ โดยการใช้ยาหรือการให้ยาควบคู่ไปกับการให้สุขศึกษาและการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต การมุ่งใจให้ผู้ป่วยรับยาอย่างต่อเนื่องยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงมีลักษณะของโรคที่แสดงอาการไม่ชัดเจน ไม่มีอาการปวดและไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายแล้ว ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตและพิการได้ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62 มีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยการรับประทานยาครบทุกวัน และยังมีพบว่าการลดและเพิ่มยาที่กิน แต่มีจำนวนไม่มากนัก และผลจากการศึกษาของรูคินิก และคณะ (Rudnick et al. อ้างใน Whelton, 1994) ว่ามีผู้ป่วยเพียง 2 ใน 3 ที่ยังคงเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้ยาเพื่อลดความดันโลหิตอย่างเพียงพอ ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบร้อยละ 90 ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ร้อยละ 30 ชอบรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ร้อยละ 30 ยังไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การเผชิญภาวะเครียดและลดความเครียดด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และจากการศึกษาของเดวิน และ

รีฟชไนเดอร์ (Devine & Reifschneider, 1995) พบว่า การสอนทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยาไม่ได้ เพิ่มขึ้นและจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความต้องการการสนับสนุนในด้านข้อมูล ข่าวสาร และกำลังใจในการเผชิญปัญหาชีวิตประจำวันและในภาวะเครียดด้วย

ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ในกรุงเทพมหานครนับวันจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม มัน อาหารทอด ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและการพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต ชุมชนแห่งหนึ่งในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ประชาชนที่มีอายุเกิน 30 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ถือเป็นโรคลำดับแรก ๆ ของประชาชนในชุมชน แม้ว่าประชาชนที่เจ็บป่วย จะได้รับการดูแลที่บ้านจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครชุมชน พยาบาลประจำศูนย์สาธารณสุขที่รับผิดชอบชุมชนแล้ว ก็ตาม แต่ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงยังคง ปรากฏให้เห็นอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคอัมพาต เส้นเลือด ในสมองตีบ เป็นต้น รวมทั้งยังปรากฏผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะดำเนินโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ และสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อต้องการให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป และเป็นโครงการต้นแบบที่ผู้อื่นจะนำไปใช้ในพื้นที่ อื่น ๆ ได้

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค
3. เพื่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง เขต บางกอกน้อย กทม. จำนวน 239 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง รายเก่าและรายใหม่ (ที่ตรวจพบโดยคณะผู้วิจัย) จำนวน 50 คน มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสำรวจวัดความดันโลหิตในประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน แห่งหนึ่ง เขตบางกอกน้อย กทม. จำนวน 239 คน เพื่อหา กลุ่มตัวอย่าง

การวัดความดันโลหิตต้องพักอย่างน้อย 15 นาที ก่อนทำการวัด วัดในท่านั่งที่สบาย โดยใช้เครื่องวัดด้วยมือ ระดับค่าของ BP classified จาก 2003 report of the seventh Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure [JNC VII] กล่าวคือ

Category	Blood Pressure, mmHg		
	Systolic		Diastolic
Optimal	<120	and	<80
Normal	<130	and	<85
High-normal	130 - 139	or	85 - 89
Hypertension			
Stage 1	140 - 159	or	90 - 99
Stage 2	160 - 179	or	100 - 109
Stage 3	≥ 180	or	≥ 110

- BP สูงกว่า 140/90 mmHg เป็นโรคความดันโลหิตสูง

- BP 130 - 139/85 - 89 mmHg = Pre-Hypertention (ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง) ซึ่งในกลุ่มนี้ต้องวัดซ้ำอย่างน้อย 3 ครั้ง และพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างด้วย เช่น อ้วน ชอบรับประทานอาหารเค็ม ดื่มสุรา พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งต้องมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 2 อย่าง จึงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟัง
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานและความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง หาความตรงเชิงเนื้อหา และหาความเที่ยงตรงโดยใช้แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงตรง 0.93 และนำไปทดลองใช้
3. แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วย
4. โครงการการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤษภาคม

2551 - เมษายน 2552

1. สํารวจวัดความดันโลหิตประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงในชุมชน จำนวน 239 คน เพื่อหาจำนวนผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่
2. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและสังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบสังเกตพฤติกรรม เพื่อต้องการทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3. วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสาเหตุของพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เป็นปัญหา

4. สร้างโครงการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน

5. ดำเนินการโครงการแก้ไขด้วยการจัดโครงการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย จัดสนทนากลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกัน รวม 6 ครั้ง เดือนละครั้ง จำนวน 50 ราย ในระหว่างการดำเนินโครงการผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น เช่น ความเครียด การลืมรับประทานยา เป็นต้น ผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยการเยี่ยมบ้านเร็วขึ้นกว่าเดิม เพื่อแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และถ้าระดับความดันโลหิตยังไม่ลดลงจะส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

6. ประเมินผลการดำเนินโครงการฯ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

จากการสำรวจประชากรที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป โดยการวัดความดันโลหิต จำนวน 239 คน เป็นเพศหญิง ประมาณ 70% พบว่า ประชาชนที่มีระดับความดันโลหิตปกติ จำนวน 104 คน, ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

54 คน และมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งรายเก่าและรายใหม่ จำนวน 81 คน (classified from JNC 2003) Prevalence rate of hypertension is 33.89% and Incidence rate of hypertension is 14.23% (ตาราง 1)

ตาราง 1 Result of Blood Pressure measurement

Result of Blood Pressure measurement	N	%
1. Normal Blood Pressure	104	43.51
2. Hypertension (> 140/90 mmHg)	81	33.89
- Diagnosed hypertension	47	19.66
- Undiagnosed hypertension	34	14.23
Stage I (140-159/90-94 mmHg)	(26/34)	
Stage II (\geq 160/95 mmHg)	(8/34)	22.60
3. Pre-hypertension (BP 120-139/ 80-89 mmHg)	54	100.00
Total	239	

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 81 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.1 (60/81) อายุระหว่าง 30 - 65 ปี อายุเฉลี่ย (\bar{x}) 48.2 ปี (SD = 5.25) และมากกว่าครึ่งจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7517.9 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

พฤติกรรมการบริโภค ชอบรับประทานอาหารเค็มเกือบทุกมื้อ และมากกว่า 3 ครั้งในสัปดาห์ สูงถึงร้อยละ 61.73 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่า 3 ครั้งในสัปดาห์ สูงถึงร้อยละ 18.52 และ 1 - 3 ครั้งในสัปดาห์ ร้อยละ 49.38 ชอบรับประทานอาหารทอดมากกว่า 3 ครั้งในสัปดาห์ ร้อยละ 27.16 และ 1 - 3 ครั้งในสัปดาห์ สูงถึงร้อยละ 53.09 รวมทั้งยังชอบรับประทานอาหารและหรือขนมที่ใส่กะทิ มากกว่า 3 ครั้งในสัปดาห์ ร้อยละ 27.16 และ 1 - 3 ครั้งในสัปดาห์ ร้อยละ 35.80

พฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยในชุมชนที่เป็นดังนี้ เพราะความชอบและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานได้ อีกทั้งผู้ป่วยนิยมซื้ออาหารมารับประทาน และในชุมชนมีอาหารขาย และอาหารที่ขายต้องให้มี

รสชาติเข้มข้น ซึ่งไม่เหมาะสมที่จะเป็นอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 37.04 และอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ร้อยละ 14.81 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 96.30 แม้ว่าในชุมชนจะมีกลุ่มออกกำลังกายซึ่งออกกำลังกายเกือบทุกวันในชุมชน และไม่ดื่ม alcohol ร้อยละ 92.60 บุคคลในครอบครัวมีประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.69 และที่สำคัญที่สุดคือขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องสูงถึงร้อยละ 61.73 ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยขาดการตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองค่อนข้างดี ถ้ามีการปวดศีรษะมาก ๆ ถึงจะไปรับการรักษา ซึ่งอาจจะไปซื้อยามากินเองหรือไปพบแพทย์ ขึ้นอยู่กับภาวะเศรษฐกิจขณะนั้นด้วย และการนอนหลับพักผ่อนส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ชั่วโมง สูงถึงร้อยละ 64.20 เนื่องจากเกิดจากภาวะเครียดทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาภายในครอบครัว (ตาราง 2)

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยค่อนข้างสูงและไม่สม่ำเสมอ ซึ่งย่อมจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาตจากเส้นเลือดในสมองแตก เป็นต้น

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน	N = 81	%
พฤติกรรมมารกิน		
■ รับประทานอาหารเค็ม		
ไม่รับประทานเลย	14	17.28
รับประทาน 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์	17	20.99
รับประทานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	50	61.73
■ รับประทานอาหารมัน		
ไม่รับประทานเลย	26	32.1
รับประทาน 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์	40	49.38
รับประทานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	15	18.52
■ รับประทานอาหารทอด		
ไม่รับประทานเลย	16	19.75
รับประทาน 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์	43	53.09
รับประทานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	22	27.16
■ รับประทานอาหารหรือขนมที่ใส่กะทิ		
ไม่รับประทานเลย	30	37.04
รับประทาน 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์	29	35.80
รับประทานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	22	27.16
Body Mass Index (kg/m ²)		
≥ 20	10	12.35
20.1 - 24.9	29	35.80
25 - 29.5	30	37.04
> 29.5	12	14.81
การออกกำลังกาย		
ไม่เคย	78	96.30
น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์	2	2.47
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์	1	1.23
การดื่มเครื่องดื่มที่มี Alcohol		
ไม่ดื่ม	75	92.6
ดื่ม	3	3.70
≤ 175 cc/ครั้ง	2	2.47
176 - 350 cc/ครั้ง	2	1.23
≥ 350 cc/ครั้ง	61	75.31
ประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว		
ไม่มี	20	24.69
มี	31	38.27
ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง		
ไม่เคย	50	61.73
เคย	52	64.2
การนอนหลับ		
5 ชั่วโมง	29	35.8
6 - 8 ชั่วโมง		

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยค่อนข้างสูงและไม่สม่ำเสมอ ซึ่งย่อมจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต จากเส้นเลือดในสมองแตก เป็นต้น

หลังจากนั้นเลือกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีระดับความดันโลหิตสูงทั้ง Systolic และ Diastolic BP (150 - 190/95 - 110 mmHg) และไม่สม่ำเสมอมา จำนวน 50 คน ดำเนินโครงการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเยี่ยมบ้าน จัดสนทนากลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย อาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เป็นต้น รวม 6 ครั้ง เดือนละครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักที่เน้นมากทั้งกระตุ้นและชักชวนให้มาทำร่วมกัน

ผลการดำเนินโครงการ

พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 100% กล่าวคือ \bar{X} คะแนน Pretest = 7.5 และ \bar{X} คะแนน Posttest = 9 ผู้ป่วยทั้ง 50 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 100 และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 130/80 mmHg ร้อยละ 60 (30/50) พฤติกรรมการดูแลตนเองมีการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นเกือบทั้งหมด อยู่ระหว่างร้อยละ 50 - 60 กล่าวคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม มัน ทอด เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 50 - 60 ส่วนการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 80 ที่ยังไม่ไปด้วยเหตุผลภาวะเศรษฐกิจและไม่อยากเสียรายได้จากการขาดการทำงาน ยกเว้น การออกกำลังกายที่ดีขึ้นเพียงร้อยละ 20 (10/50) เท่านั้น

จะเห็นได้ว่าการดำเนินโครงการและการให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง จัดสนทนากลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย การสนทนาและทำกิจกรรมร่วมกันสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้อย่างชัดเจน

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

■ พฤติกรรมการบริโภคโดยเฉพาะอาหารรสจัด รสเค็ม เป็นพฤติกรรมที่แก้ไขยากที่สุด เพราะผู้ป่วยติดเป็นนิสัยและรับประทานมาเป็นเวลานานแล้ว มักให้เหตุผลว่า “ถ้าไม่เค็มจะรับประทานได้น้อย ไม่อร่อย” ส่วนกลุ่มผู้หญิงจะชอบรับประทานขนมไส้กะทิ ให้เหตุผลว่า “รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ต้องซื้อไส้ตู้เย็นไว้” ชอบรับประทานของทอดและมัน ๆ “อร่อย ชอบมาตั้งแต่เด็ก” การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน ต้องเข้าใจถึงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ถึงจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และต้องเป็นการให้ความรู้แบบสองทางด้วยการพูดคุยโต้ตอบ รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาของตนให้มากที่สุด และการเข้าไปเยี่ยมบ้านจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด สามารถเข้าถึงข้อมูลมากที่สุด การสนทนากลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันตลอด 3 - 4 เดือน ทำให้ผู้ป่วยได้รับ Positive Thinking ติดต่อกันเรื่อย ๆ ทำให้พฤติกรรมปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งสอดคล้องหลายการศึกษา (Whelton PK, 1994; Slama M, 2002)

■ การออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงยากมาก แม้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้นได้ประมาณ 10 - 15 นาทีในแต่ละครั้งเท่านั้น ประมาณ 2 - 3 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งก็ยังไม่ถูกต้อง แต่ก็ต้องใช้เวลาในการค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกประการหนึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา และเข้าใจว่าการออกกำลังกายต้องไปเล่นกีฬา เมื่อผู้วิจัยได้นำพฤติกรรมของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ พบว่า ส่วนใหญ่ชอบนั่งดูโทรทัศน์ หลังจากรับประทานอาหารแล้ว และมักจะมีของขบเคี้ยว/ขนม/ผลไม้ รับประทานไปด้วย จึงมีการปรับพฤติกรรมออกกำลังกายเหมาะสมกับภาวะโรคของแต่ละบุคคล เช่น ให้ผู้ป่วยนั่งพักหลังรับประทานอาหาร 10 - 15 นาที แล้วให้เดินเร็ว ๆ รอบบ้าน และเดินในลานกว้าง ในชุมชน/สวนสาธารณะ หรือในขณะที่เดินไปตลาดซื้อของให้เดินเร็ว ๆ ติดต่อกันไม่ให้หยุดพัก (aerobic exercise) และไม่รับประทานของขบเคี้ยวหลังรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีการออกกำลังกาย

20 ราย นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้นและร่างกายแข็งแรงขึ้น
น้ำหนักคงที่และลดลง

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการเพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพยั่งยืน
ต่อไปควรดำเนินการดังนี้

1. การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ
ประสบผลสำเร็จและคงอยู่ ต้องหาวิธีดำเนินการให้มี
สิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิด positive thinking ตลอดไป
โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมมารับประทานและการออก
กำลังกาย เพราะคนเรามักจะมีแนวโน้มที่จะคิดแบบ
negative thinking อยู่แล้ว โดยเฉพาะกรณีที่โรคนั้น
มีอาการไม่รุนแรงมากนัก

2. บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล/สนับสนุนให้มี
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี ควรให้ความรู้แก่บุคคลใน
ครอบครัวด้วยเพื่อช่วยเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่
ดีตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

กัตติกา รัชชว้าง. (2554). การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย
เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ประเทศไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*. ปีที่ 12
ฉบับที่ 2, 7-13.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *โครงการ
รณรงค์ตรวจวัดความดันโลหิตฟรีแก่ประชาชนที่
มีอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกัน 76 จังหวัดทั่วประเทศ*. กรุงเทพฯ

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2536). *นโยบาย
และเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ*.
กรุงเทพฯ

จุฑารัตน์ ภาตะนันท์, รัชณี นามจันทร์ และปิ่นททัย
ศุภเมธาพร. (2555). ผลของโปรแกรมการ
พยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและ
ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความโลหิต. *วารสาร
พยาบาลทหารบก*. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2, 72-80.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2548). *สุขภาพคนไทย*.
กรุงเทพฯ : บริษัท อิงค์ ออน เปเปอร์ จำกัด.

รายงานประจำปี 2554. (2554). *สำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*
กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่สำนักงานกิจการโรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรม
ราชูปถัมภ์ หน้า 23-32.

Donald et al. (1994). Prevention complication in
Hypertension In P. K.Whelton. *Epidemiol-
ogy of hypertension. Lancet*, 334, 101-106.

Devine & Reifschneider,. (2002). In M. Slama, D.
Susic & E. D. Frohlich. Prevention of
hypertension. *Eur J Nutr.*, 41 (4), 161-167.

Kaplan, N. (2002). *Clinical Hypertension*. Baltimore:
Williams and Wilkins.

Laverack, G. (2004). *Health Promotion Practice:
Power & Empowerment*. London: SAGE
Publications.

MacMahon, et al., (1990). Blood pressure, stroke,
and coronary heart disease, part I:
Prolonged differences in blood pressure:
Prospective observational studies
corrected for the regression dilution bias.
Lancet, 335, 765-774.

Psaty et al., (1997). Health outcomes associated
with antihypertensive therapies used as
first-line agents. *JAMA*, 277, 739-745

Rudnick et al. (1994). Risk factors for hypertensive
complication In P. K. Whelton. *Epidemiol-
ogy of hypertension. Lancet*, 334,
101-106.

Stamler, J., Stamler, R., & Neaton, J. D. (1993).
Blood pressure, systolic and diastolic, and
cardiovascular risks: U.S population data.
Arch Intern Med., 153, 598-615.