

# การใช้เทคนิค 5 As เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ Using 5 As techniques to promote healthy behavior and reduce blood pressure among older persons with hypertension

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2561

Volume 41 No.1 (January-March) 2018

วรารณณ์ แยมมิศรี พย.บ. (การพยาบาล)\*

Waraphorn Yaemmisri M.N.S. (Adult Nursing)\*

## บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ของโรคและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงเรื้อรังยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคหลอดเลือดสมองได้ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยใช้แนวทางตามหลัก 5 As ได้แก่ การสอบถาม (ask) การให้คำแนะนำ (advise) การประเมิน (assess) การช่วยเหลือ (assist) และการติดตาม (arrange) เพื่อให้ผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

**คำสำคัญ:** การใช้เทคนิค 5 As พฤติกรรมสุขภาพที่ดี การลดความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

## Abstract:

Hypertension is a common chronic disease among older people. When the older people increase their age, they tend to raise hypertension and mortality rate. In addition, chronic hypertension affect to older people, including cardiovascular disease, renal disease and stroke. Nurses should promote older people to have a healthy lifestyle along with medical treatment by using 5 As techniques including ask, advise, assess, assist and arrange. These techniques would be helpful for older people to control the blood pressure and prevent complication.

**keywords:** Using 5 A's techniques, healthy lifestyle, reduce blood pressure, older persons with hypertension

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบบ่อย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยจากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศยังมีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้น ในปี 2554-2558 เพิ่มขึ้นจาก 5.7 เป็น 12.1 ตามลำดับและอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ปี 2557-2558 เพิ่มขึ้นจาก 1,621.72 เป็น 1,901.06 ตามลำดับ<sup>1</sup> จากการสำรวจความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชายและหญิงของกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีร้อยละ 47.2 และ 49.5 ตาม

\*Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Thailand

ลำดับ ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 58.7 และ 68.9 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป<sup>2</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้เกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ได้แก่ การบริโภคและการปรุงอาหารจากความเคยชิน การบริโภคอาหารร่วมกับคนในครอบครัวและความเกรงใจผู้ที่ทำอาหารให้ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้เหน็ดเหนื่อยและไม่มีเวลาเป็นต้น<sup>3</sup> ดังนั้น หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไตวายเรื้อรัง เป็นต้น<sup>4</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้หลัก 5 As ได้แก่ การสอบถาม (ask) การให้คำแนะนำ (advise) การประเมิน (assess) การช่วยเหลือ (assist) และการติดตาม (arrange) ซึ่งเป็นรากฐานของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นมิติหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการของ patient-centred healthcare ขององค์การอนามัยโลก<sup>5-6</sup> อาจช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

### การใช้เทคนิค 5 A เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตตามหลัก 5 A ได้แก่ 1. ask (การถาม) 2. advise (การให้คำแนะนำ) 3. assess (การประเมิน) 4. assist (การให้ความช่วยเหลือ) และ 5. arrange (การติดตาม) มีรายละเอียดดังนี้

1. ask พยาบาลควรสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบ

ประเมินการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ตามรูปแบบของแดช (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย<sup>7</sup> เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูล<sup>8</sup> ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหาร (diet) เช่น ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา คุณรับประทานอาหารและดื่มเครื่องดื่มอะไรบ้าง ในมื้อเช้า มื้อกลางวัน มื้อเย็น และอาหารว่าง (ระหว่างมื้อ และ/หรือก่อนนอน) หลังจากนั้นพยาบาลบันทึกข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุทั้งหมด

1.2 การบริโภคโซเดียม แหล่งของโซเดียม เช่น เกลือ ซีอิ๊ว น้ำปลา ผงชูรส ผงฟู กะปิ ชุปก้อน และน้ำมันหอย เป็นต้น ตัวอย่างคำถาม คือ คุณเพิ่มโซเดียมลงไปในจานอาหารหรือไม่ คุณใส่โซเดียมในขณะที่กำลังทำอาหารหรือไม่ และคุณอ่านฉลากเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในอาหารหรือไม่ หลังจากนั้นพยาบาลบันทึกข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุว่าใช่หรือไม่ใช่ และบันทึกปริมาณที่ผู้สูงอายุเพิ่มโซเดียมลงไปในอาหาร

1.3 การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol) เช่น ในแต่ละสัปดาห์คุณดื่มสุรา (เหล้าแดง เหล้าขาว น้ำขาว เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว) หรือไม่ ถ้าดื่มปริมาณเท่าใด โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ได้แก่ 1) เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 30 มล. 2) เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มล. 3) น้ำขาวกระแช่ 10% ปริมาณ 150 มล. หรือ 3 เป๊ก/ก๊ง 4) สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6% ปริมาณ 200 มล. หรือ 4 เป๊ก/ก๊ง 5) เบียร์ 5% ปริมาณ 240 มล. 6) เบียร์ 6.4% ปริมาณ 1/2 กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่ และ 7) ไวน์ 12% ปริมาณ 100 มล. หลังจากนั้นพยาบาลบันทึกข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุว่าใช่หรือไม่ใช่ และบันทึกปริมาณที่ผู้สูงอายุดื่มแอลกอฮอล์

1.4 การออกกำลังกาย (physical activity) เช่น คุณออกกำลังกายโดยการเดินหรือเล่นกีฬาหรือไม่

ถ้าออกกำลังกายคุณออกกำลังกายโดยวิธีใด สัปดาห์ละกี่ครั้ง ครั้งละกี่นาที หลังจากนั้นพยาบาลบันทึกข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นประจำว่าใช่หรือไม่ใช่ ถ้าผู้สูงอายุออกกำลังกาย ให้บันทึกรูปแบบการออกกำลังกาย ความถี่ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง

1.5 ค่าดัชนีมวลกาย/เส้นรอบเอวเช่น คุณมีน้ำหนักและส่วนสูงเท่าไร คุณมีเส้นรอบเอวเท่าไร หลังจากนั้นพยาบาลบันทึกข้อมูลจากผู้สูงอายุบอกเล่าและคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) โดยคำนวณจากน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงยกกำลังสอง มีหน่วยเป็น กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ค่าปกติของคนเอเชียเท่ากับ 18.5–22.9 kg/m<sup>2</sup>)

2. advise พยาบาลให้คำแนะนำผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความดันโลหิต โดยใช้แบบประเมินการบริโภคอาหารของแดช เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายการบริโภคอาหารให้ใกล้เคียงหลักการของแดชในที่นี้จะยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่ต้องการพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี/วัน<sup>8-9</sup> ดังนี้

2.1 ผักแนะนำให้บริโภค 3–4 ส่วน/วัน โดยผัก 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ ผักดิบประมาณ 2 ทัพพี (1 ถ้วยตวง) หรือ ผักสุก 1 ทัพพี (1/2 ถ้วยตวง) ได้แก่ ผักขึ้นฉ่าย กระเจี๊ยบแดง ใบบวบ มะเขือเทศ ถั่วเขียว และมันเทศ เป็นต้น หลีกเลียงผักกระป๋อง เนื่องจากมีปริมาณโซเดียมสูงมาก ผักอุดมไปด้วยโพแทสเซียม แมกนีเซียม และใยอาหารปริมาณสูง อาหารที่มีโพแทสเซียมสูงจะช่วยเร่งการขับโซเดียมออกจากร่างกาย อาจมีผลในการป้องกันและลดความดันโลหิตได้<sup>10</sup> อาหารที่มีแมกนีเซียมสูงจะควบคุมความตึงตัวของหลอดเลือดซึ่งมีหน้าที่ผลิตและปล่อยสารไนตริกออกไซด์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง<sup>11</sup> นอกจากนี้ใยอาหารปริมาณสูงจะช่วยลดแอลดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด โดยเฉพาะผักส่วนใหญ่จะเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่สามารถดูดซึมได้ (non-absorbable carbohydrate) จะช่วยลดหรือชะลอ

การดูดซึมน้ำตาลและโคเลสเตอรอลจากอาหาร<sup>10</sup>

2.2 ผลไม้แนะนำให้บริโภค 4 ส่วน/วัน โดยผลไม้ 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ ผลไม้หั่นพอดีคำ 6–8 ชิ้น/คำหรือผลไม้แห้ง 1/4 ถ้วย หรือผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล หรือปริมาณผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองกาแฟพอดี 1 จาน ได้แก่ กล้วย องุ่น ส้ม มะม่วง สับปะรด แอปเปิ้ล และสตอเบอรี่ เป็นต้น หลีกเลียงผลไม้กระป๋อง เนื่องจากมีปริมาณโซเดียมสูง นอกจากนี้ผลไม้ประกอบด้วยโพแทสเซียม แมกนีเซียม วิตามินซี กรดโพลีค ฟลาโวนอยด์ (flavonoid) และแคโรทีนอยด์ (carotenoid) ซึ่งทำให้หลอดเลือดขยายตัว และผลไม้ยังมีใยอาหารปริมาณสูงจะช่วยลดการดูดซึมไขมันเข้าสู่ร่างกาย<sup>12</sup> ส่วนประกอบในผลไม้ดังกล่าว จะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง

2.3 นมไขมันต่ำหรือนมไร้ไขมันและผลิตภัณฑ์จากนม แนะนำให้บริโภค 2–3 ส่วน/วัน โดย 1 ส่วนมาตรฐาน เท่ากับ นม 8 ออนซ์หรือ 240 มล. หรือ โยเกิร์ต 1 ถ้วยนมและผลิตภัณฑ์จากนมดังกล่าวจะมีแคลเซียมและโปรตีนสูง อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม ไข่ ปลาเล็กปลาน้อย และอาหารทะเล<sup>10</sup> จาร์และคูมาร์ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความดันโลหิตสูงกับระดับแคลเซียมในเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) จำนวน 80 ราย พบระดับแคลเซียมในเลือดต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .0001$ )<sup>13</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโงมาและคณะพบว่า การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมสูงจะช่วยหลอดเลือดขยายตัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะขาดไนตริกออกไซด์ นอกจากนี้แคลเซียมจะช่วยขับน้ำและโซเดียมผ่านไตออกมากับปัสสาวะ และกีดการหลั่งของฮอริโมนพาราไทรอยด์ ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง<sup>10,14</sup>

2.4 ธัญพืช แนะนำให้บริโภค 6 ส่วน/วัน โดยธัญพืช 1 ส่วนเท่ากับ ข้าวกล้องสุกหรือเส้นต่างๆ 1 ทัพพี ลูกเดือย 1/2 ถ้วยตวง ธัญพืชเป็นแหล่งพลังงานและใยอาหารปริมาณสูงจากการศึกษาของ ไทฮ์

และคณะได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการบริโภคอาหารที่มีธัญพืชต่อความดันโลหิต โดยให้อาสาสมัคร 233 คน บริโภคอาหารที่มีธัญพืช 3 ส่วนต่อวัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันชีพจร (pulse pressure) ได้อย่างมีนัยสำคัญถึง 6 และ 3 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ<sup>15</sup> การศึกษานี้สอดคล้องกับความคิดเห็นของเชปที่กล่าวว่าธัญพืชเป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ผู้ใหญ่ควรบริโภคอย่างน้อย 85 กรัม/วัน หรือประมาณ 3 ออนซ์ หรือเท่ากับขนมปังโฮเกรน 3 ชิ้น การรับประทานธัญพืชช่วยให้รู้สึกอิ่มนาน มีโพแทสเซียมสูง ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และลดการทำลายหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง<sup>16</sup>

2.5 เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สัตว์ปีก และปลา แนะนำให้บริโภค 3-6 ส่วน/วัน โดยเนื้อสัตว์ 1 ส่วน เท่ากับเนื้อสัตว์ 2 ช้อนกินข้าวหรือประมาณ 1 ฝ่ามือ ลูกชิ้น 4-5 ลูก กุ้งขนาดกลาง 4-5 ตัว ไข่ 1 ฟอง หรือไข่ขาว 2 ฟอง เนื้อสัตว์กลุ่มนี้จะมีโปรตีนและแมกนีเซียมสูง หากเป็นเนื้อเป็ดหรือไก่ต้องลอกหนังออกเนื่องจากบริเวณหนังจะมีไขมันสูง ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>17</sup> ซาเยอร์ และคณะได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการบริโภคอาหารแบบแฉะรวมกับการบริโภคอาหารเนื้อหมูไขมันต่ำ (lean pork) กับการบริโภคอาหารแบบแฉะรวมกับการบริโภคเนื้อไก่ไขมันต่ำและปลา เป็นเวลา 6 สัปดาห์พบว่าการศึกษาทั้ง 2 แบบสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>18</sup>

2.6 ถั่วและธัญพืชเปลือกแข็ง แนะนำให้บริโภค 3 ส่วน/สัปดาห์ ถั่วและธัญพืชเปลือกแข็ง 1 ส่วนเท่ากับ ถั่วลิสง อัลมอนต์ พีตาชิโอ 1 กำมือ เมล็ดธัญพืช เช่น เมล็ดทานตะวัน เมล็ดแดงโม 2 ช้อนโต๊ะ ถั่วเมล็ดแห้งต้มสุก 1/2 ถ้วยตวง ถั่วและธัญพืชเปลือกแข็งเหล่านี้จะมีพลังงาน แมกนีเซียม โปรตีนและใยอาหารปริมาณสูง จากการศึกษาของเวลตีและคณะ

ได้ทำการศึกษาผลของการบริโภคถั่วเหลืองต่อการลดความดันโลหิตเป็นเวลา 8 สัปดาห์พบว่าการศึกษาถั่วเหลืองสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ 15 mmHg และ 6 mmHg ตามลำดับ<sup>19</sup>

2.7 น้ำตาลหรืออาหารหวาน ไม่ควรบริโภคหรือควรใช้น้อยไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน โดยน้ำตาลหรืออาหารหวาน 1 ส่วนมาตรฐานเท่ากับ น้ำตาลทราย น้ำตาลปีบ น้ำผึ้ง 1 ช้อนโต๊ะ แยมหรือเยลลี่ 1/2 ช้อนโต๊ะ การบริโภคน้ำตาลโดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโทสจำนวนมากทำให้ร่างกายผลิตกรดยูริกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะไปยับยั้งไนตริกออกไซด์ในหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น<sup>20</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ บราวและคณะ พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานแค่เพียงวันละ 1 ส่วน/วัน หรือ น้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะ ให้ความดันโลหิตสูงได้<sup>21</sup>

หลังจากให้คำแนะนำตามแนวทางของแดชแล้วพยาบาลแนะนำให้ผู้สูงอายุบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหารของตนเองที่บ้าน ได้แก่ ผัก ผลไม้ นมไขมันต่ำ ธัญพืช เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สัตว์ปีก และปลา ถั่วและธัญพืชเปลือกแข็ง และน้ำตาลหรือขนมหวานในแต่ละวัน พร้อมทั้งตั้งเป้าหมาย และบันทึกระยะเวลาที่คาดว่าจะทำได้สำเร็จ เช่น ภายใน 1-2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน เป็นต้น

3. assess พยาบาลควรประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุหลังจากให้คำแนะนำได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การบริโภคตามแนวทางของแดช การลดการบริโภคโซเดียม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการลดการดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นพยาบาลให้ผู้สูงอายุประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยให้คะแนนดังนี้ 0-5 คะแนน โดย 0 คะแนน เท่ากับ ทำไม่ได้ 1 คะแนน เท่ากับ ทำได้น้อย 2 คะแนน เท่ากับ ทำได้บ้าง 3 คะแนน เท่ากับ ทำได้ปานกลาง 4 คะแนน เท่ากับ ทำได้มาก 5 คะแนน เท่ากับ ทำได้อย่างเต็มที่

รายละเอียด ดังนี้<sup>5</sup>

3.1 การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยให้มีค่า BMI 18.5–22.9 kg/m<sup>2</sup> และเส้นรอบเอวมาตรฐานคนไทยคือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 ซม. และผู้หญิงน้อยกว่า 80 ซม. ผู้สูงอายุที่มี BMI > 22.9 kg/m<sup>2</sup> ควรลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักตั้งแต่ร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิม จะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับยาความดันโลหิต 1 ชนิด หรือน้ำหนักลดลง 1 kg สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 1 mmHg<sup>7</sup>

3.2 การบริโภคอาหารตามแนวทางของแดชตามคำแนะนำข้างต้นจะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 8–14 mmHg<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ มูลสารและเกสร สำเภทอง ได้สร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>22</sup>

3.3 การลดการบริโภคโซเดียม โดยจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 mg/day โดยเกลือแกง 1 ช้อนชา (5 กรัม) มีโซเดียม 2,000 มก. น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียม 350–500 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียม 320–455 มก. ผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มก. การลดการบริโภคเกลือดังกล่าวจะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 2–8 mmHg<sup>7</sup> นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่ควรเพิ่มเกลือหรือโซเดียมลงในจานอาหาร อาจใช้เครื่องเทศหรือกลิ่นหอมอื่นๆ แทนเกลือไม่รับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารแช่แข็ง อาหารกระป๋องทุกชนิด รวมทั้งผัก ผลไม้กระป๋องอ่านฉลากเพื่อดูปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารก่อนรับประทานทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิรัตน์ ทิพย์รัตน์, ปรีดา สารลักษณ์, จันทรเพ็ญ เลิศวนวัฒนา และสดศรี ประทุม เรื่องผลของโปรแกรม

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือต่ำและระดับความดันโลหิตพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตลดลงทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และมีพฤติกรรมในการบริโภคเกลือลดลงอย่างมีนัยสำคัญ<sup>23</sup>

3.4 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 8–10 mmHg ความดันไดแอสโตลิกลดลง 5–8 mmHg<sup>24</sup> ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางจนชีพจรเต้นร้อยละ 50–70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220–อายุในหน่วยปี) หรือยังสามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื่องได้ (self-talk test) รวมระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายค่อยๆ เริ่มจากเวลาสั้นๆ และสะสมขึ้นเป็นระยะเวลา 30 นาทีต่อวัน หรืออาจจะแบ่งช่วงเวลาสั้นๆ ช่วงละ 10–15 นาที ตัวอย่างการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำเร็ว ปั่นจักรยานแบบไม่ผิด ต้นแอโรบิกเบา ๆ<sup>7</sup>

3.5 การลดการดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2–4 mmHg ผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐาน/วัน ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน/วัน<sup>7</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคนไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 2.58 ดื่มมาตรฐาน/วัน ร้อยละ 31.9 มีความดันซิสโตลิกสูงกว่าปกติ 31.9 ร้อยละ 27.2 มีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าปกติ<sup>25</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ คอลลาร์ทและเพื่อน พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปจะก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>26</sup> นอกจากนี้มีการวิเคราะห์อภิมาน (metanalysis) จากงานวิจัยแบบสุ่มทั้งหมด 15 งาน ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการลดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 3 mmHg และ 2 mmHg ตามลำดับ<sup>27</sup>

ในขั้นตอนนี้ถ้าผู้สูงอายุยังไม่พร้อมที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น พยาบาลอาจนัดหมายหรือติดตามผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้านหรือส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน หรือนัดหมายครั้งต่อไป เพื่อประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุและค้นหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยอาจจะเป็นผู้ดูแล/หรือสถานบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

4. assist การช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้สูงอายุในการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ของโรงพยาบาล ชุมชน หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองจากการสนับสนุนของกลุ่ม<sup>28</sup> นอกจากนี้พยาบาลอาจพิจารณาส่งต่อผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลให้พบกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านออกกำลังกาย เป็นต้น<sup>7</sup> ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดสุราควรส่งต่อแผนกจิตเวช คลินิกยาเสพติด หรือสายด่วนเลิกเหล้า ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา โทร 1413 หรือผ่านทางเว็บไซต์ [www.1413.in.th](http://www.1413.in.th) เป็นต้น ตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งสามารถใช้สิทธิบัตรทอง สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิเบิกจ่ายตรงได้<sup>29</sup> เหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี และมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

5. arrange การติดตามระดับความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการส่งต่อทีม ติดตามเยี่ยมบ้าน และ/หรือการนัดหมายให้มาตามนัดโดยเฉพาะในสัปดาห์แรกเพื่อตรวจวัดระดับความดันโลหิต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ตามปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น การดื่มสุราน้ำหนักตัว โดยอาจประยุกต์ใช้แบบประเมินของสถาบันโรคหัวใจ ปอด และโลหิตวิทยาแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประเมินการรับประทานอาหารตามหลักของแดช และการมีกิจกรรมทางกายและ/หรือการออก

กำลังกาย<sup>9</sup> พยาบาลควรส่งเสริม กระตุ้น และให้กำลังใจผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

สรุป การใช้เทคนิค 5As ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นเทคนิคที่สั้น กระชับ เข้าใจได้ง่าย พยาบาลอาจนำมาใช้เป็นแนวทางหรือทางเลือกหนึ่งในการสอบถาม (ask) เพื่อค้นหาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำแนะนำ (advise) ในการบริโภคอาหารตามแนวทางของแดชและสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากนั้นพยาบาลควรประเมิน (assess) ระดับความพร้อมของผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนอกจากนี้พยาบาลควรให้การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม หรือพบกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## References

1. Public Health System Development Group. The main keystone to campaign against world hypertension 2017.[Internet] 2017. [cited 2017 Oct 15]. Available from <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease> (in Thai)
2. Aekplakorn W, editor, Thai National Health Examination Survey No. 5 in B.E. 2557. Nonthaburi; Health Systems Research Institute; 2016, p. 266–7. (in Thai)
3. Chaichana W, Niyamas H. Study of self-care behavior of hypertensive patients in a community in Chiang Rai Province. Journal of Health Systems Research 2007; 1(2): 92–8. (in Thai)

4. Jett K. Chronic conditions. In: Touhy TA, Jett K, editors, *Ebersole & Hess' toward healthy aging: human needs & nursing response*. 8<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby, an affiliate of Elsevier; 2012, p. 265–304.
5. Svetkey LP. Practical application. In: Lin Pao-Hua, Svetkey LP, editors, *Nutrition lifestyle factors and blood pressure*. New York: Taylor & Francis Group; 2012, p. 269–76.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action, Geneva, WHO. [Internet] 2003. [cited 2018 Apr 16]. Available from <http://www.who.int/chronic-conditions/adherence/en>
7. Buranakitjaroen P, Sitthisook S, Wataganara T, Ophascharoensuk V, Bunnag P, Roubsanthisuk W, Puavilai W, Charnnarong N, Tejavanija S, Silaruks S, Sukonthasarn A. 2015 Thai hypertension guideline. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2015.
8. Waisayanand N. Principle of DASH diet for stopping hypertension. [Internet] 2017. [cited 2017 Sep 25]. Available from <http://sriphath.med.cmu.ac.th/th/knowledge-66> (in Thai)
9. National Heart, Lung and Blood Institute. In brief: your guide to lowering your blood pressure. [Internet] 2015. [cited 2017 Oct 11]. Available from [https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/dash\\_brief.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/dash_brief.pdf)
10. Chongcharoen V, *Nutrition and diet therapy*. Songkhla: Chanmuang Printing; 2008; p.267–94. (in Thai)
11. Cunha AR, Umbelino B, Correia ML, Neves MF. Magnesium and vascular changes in hypertension. *Int J Hypertens* 2012; 1–7.
12. Li B, Li F, Wang L, Zhang D. Fruit and vegetables consumption and risk of hypertension: a meta-analysis. *J Clin Hypertens* 2016;18: 468–76.
13. Jha K, Kumari P. Serum calcium in essential hypertension and its correlation with severity of the disease. *Advanced studies in biology* 2011; 3: 319–25.
14. Jolma P, Kalliovalkama J, Tolvanen J-P, Kööbi P, Kähönen M, HutriKähönen N, Wu X, Pörsti I. High-calcium diet enhances vasorelaxation in nitric oxide-deficient hypertension. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2000; 279(3):H1036–H1043.
15. Tighe P, Duthie G, Vaughan N, Brittenden J, Simpson WG, Duthie S, Mutch W, Wahle K, Horgan G, Thies F. Effect of increased consumption of whole-grain foods on blood pressure and other cardiovascular risk markers in healthy middle-aged persons: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2010;92:733–40.
16. Sheps SG. Can eating more whole-grain foods help lower my blood pressure?. [Internet] 2015. [cited 2017 Oct 25]. Available from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/expert-answers/whole-grain-foods/faq-20058417>
17. Shou-ying CHEN, Zhi-mei XI, Qun ZUO, Zhi-gang PANG, Zhen-jie LI. Risk factors in rural residents with essential hypertension of different social economic levels. *Chin J Hypertens* 2007; 15: 764–67.
18. Sayer D, Wright AJ, Chen N, Campbell WW. Dietary approaches to stop hypertension diet

- retains effectiveness to reduce blood pressure when lean pork is substituted for chicken and fish as the predominant source of protein. *Am J Clin Nutr* 2015; 102: 302–8.
19. Welty FK, Lee KS, Lew NS, Zhou, J K. Effect of soy nuts on blood pressure and lipid levels in hypertensive, prehypertensive, and normotensive postmenopausal women. *Arch Intern med* 2007; 160: 660–67.
  20. Mercola J. Study suggests sugar is worse than salt for blood pressure. [Internet] 2015. [cited 2017 Nov 2]. Available from <https://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2015/02/25/sugar-blood-pressure.aspx>
  21. Brown IJ, Stamler J, Horn LV, Robertson CE, Chan Q, Dyer AR, Huang Chiang-Ching, Rodriguez BL, Zhao L, Daviglus ML, Ueshima H, Elliott P. Sugar-sweetened beverage, sugar intake of individuals, and their blood pressure: international study of macro/micronutrients and blood pressure. *Hypertension* 2011; 57: 695–701.
  22. Moonsarn S, Sumpowthong K. Effects of dietary behavior modification program guideline of the DASH with self-efficacy theory and social support on reducing the risks of hypertension among pre-hypertensive patients. *The Public Health Journal of Burapha University* 2016; 11 (1): 87–98. (in Thai)
  23. Tiparat W, Saraluk P, Lertwanawattana J, Pratum S. The effect of the self-efficacy and social support program enhancing to low-salt dietary behavior and the level of blood pressure in elderly patients with hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2014; 25 (1): 70–84. (in Thai)
  24. Dajpratham P. Exercise in older people. In: As-santachi P, editor, *The common problem in older people and prevention*. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Union creation; 2011, p. 399–423. (in Thai)
  25. Sereewiwatthana M, Piaseu N, Maruo PJ. Association of alcohol consumption behaviors and clinical outcomes in persons with hypertension in communities. *J Public Health Nurs* 2016; 30 (2): 81–97. (in Thai)
  26. Collart F, Timary P. de, Dom G, Dor BD, Duprez D, Lengele J P, Matthys F, Peuskens H, Rehm, J, Starkel P. Alcohol –induced hypertension: an important healthcare target in Belgium. *Acta Clinica Belgica* 2015; 1–7.
  27. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2001; 38 (5), 1112–7.
  28. Sahar J, Riasmini NM, Kusumawati DN, Er-awati E. Improved health status and life satisfaction among older people following self-help group intervention in Jakarta. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2017; 1–7.
  29. Pliankerd P, Saengcharnchai P. Hello 1413 Helping for stop drink. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15 (3): 91–6. (in Thai)