

**การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
ตามแนวทางต้านโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน**

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 42 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2562

Volume 42 No.4 (October-December) 2019

**Modification of the dietary approaches to stop
hypertension of people with prehypertension in community**

ภกพร บวรทิพย์ พ.ว., พย.ม.* อภิชาติ ใจใหม่ พว.พย.ม.**

Pataporn Bawornthip RN., M.N.S* Apichart Chaimai RN, M.N.S**

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และสามารถพัฒนาไปเป็นกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับประทานอาหารตามแนวทางต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH diet) สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ อาหารตามแนวทาง DASH เน้นการรับประทานผักผลไม้ นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง และควบคุมพลังงานไม่เกินวันละ 2,000 แคลอรีต่อวัน และจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นถ้าจำกัดปริมาณโซเดียม พยาบาลชุมชนควรจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางดังกล่าว เพื่อลดจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ชุมชน

Abstract

Nowadays, people who have high risk for hypertension in the community are increase and progress into hypertension. Some studies from the last decade shown that, DASH diets can reduce blood pressure. Dietary Approaches to stop hypertension (DASH) eating pattern, a diet rich in vegetables, fruits, low-fat milk and low-fat dairy products, cereals, nuts, control energy not more than 2,000 calories per day and will be more effective if limiting sodium intake. Community nurses should apply the DASH diet pattern into health promotion.

keywords: dietary behavior, people with prehypertension, community

*Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University Thailand

**Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College Thailand

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองส่งผลให้เกิดความพิการ และการเสียชีวิต คาดว่าในปี ค.ศ. 2025 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 29 หรือประมาณ 1.15 พันล้านคน โดยร้อยละ 35 เป็นชนชาติลาตินอเมริกา ร้อยละ 20-30 เป็นประชากรในประเทศจีนและอินเดีย ร้อยละ 14 เป็นชนชาติแอฟริกัน¹ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2014 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตมากกว่า 410,000 คน หรือคิดเป็น 1,100 คนต่อวัน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และการสูญเสียรายได้จากการขาดงานคิดเป็น 48.6 พันล้านดอลลาร์ต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรหนึ่งในสามของประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง² ในประเทศไทยพบว่าการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 5.7 คนต่อแสนประชากร (จำนวน 3,684 คน) เป็น 12.2 คนต่อแสนประชากร (จำนวน 7,930 คน) ตามลำดับ³ และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นจาก 1,621.72 คนต่อแสนประชากร (จำนวน 1,047,979 คน) เป็น 1,901.06 คนต่อแสนประชากร (จำนวน 1,236,210 คน) ตามลำดับ⁴ สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงคือบุคคลที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มมากขึ้น จึงจัดให้มีการคัดกรองในประชาชนที่อายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 16,878,751 คน ซึ่งปีงบประมาณ 2560 พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,911,581 คน คิดเป็นร้อยละ 23.17 และเกือบเป็นห้าเท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁵ การศึกษาในประเทศบังคลาเทศพบความชุก

ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.9 และคนที่มิตซ์นี้มวลกายมากกว่า 27.5 กิโลกรัม/เมตร² เสี่ยงต่อการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ 4.67 เท่า⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกาย⁷ สรุปได้ว่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติมีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

การลดดัชนีมวลกายให้ได้ประสิทธิภาพต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการรับประทานอาหารตามแนวทางด้านโรคความดันโลหิตสูง (dietary approaches to stop hypertension) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การรับประทานอาหาร DASH สามารถลดน้ำหนักได้ 1.42 กิโลกรัมภายในเวลา 8-24 สัปดาห์⁸ การศึกษาของพัชรวิไลและคณะ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.188$, $p<.05$, $r=-0.229$, $p<.01$ ตามลำดับ)⁹ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์แบบเมตาพบว่า การรับประทานอาหาร DASH สามารถลดความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก 6.74 และ 3.54 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ¹⁰ และในประเทศไทยมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมควบคุมการรับประทานอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าการรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสามารถลดระดับความดันโลหิตได้¹¹

พยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ยังไม่ได้เป็นโรค บางครั้งยังไม่เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ยังใช้ชีวิตตามปกติ

บทความนี้เขียนจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา และประสบการณ์การทำงานของผู้เขียน มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับความหมายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงการรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการให้บริการของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสำหรับให้พยาบาลชุมชนนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีจำนวนลดลง

1. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันซิสโตลิกสูงอยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท¹²

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหมายถึง บุคคลที่มีระดับความดันซิสโตลิกสูงอยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท¹³

สรุปได้ว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่มีระดับความดันซิสโตลิกสูงอยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

2. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

แบ่งออกเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Nonmodifiable risk factors) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ซึ่งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เชื้อชาติ และเพศ ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

2.1 น้ำหนักเกินพบว่าผู้ที่มีไขมันสะสมอยู่บริเวณเหนือเอว เอวและท้องเป็นจำนวนมาก จะสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นแต่ละระดับเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 8 ($p < 0.001$)¹⁴

2.2 การขาดการออกกำลังกาย หรือการทำงานนั่งอยู่กับที่ ทำให้ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High-density lipoprotein [HDL]) ต่ำลงส่งผลให้หลอดเลือดมีการตีบแข็งซึ่งเป็นการเพิ่มแรงต้านทานส่วนปลาย ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น¹⁵

2.3 การรับประทานโซเดียมเนื่องจากอาหารที่มีโซเดียมสูงจะกระตุ้นให้หลังฮอร์โมนแวนเดอเรียลซึ่งมีผลเพิ่มแรงดึงตัวของหลอดเลือด เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียม เพิ่มปริมาตรของเลือดในร่างกายทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และเกี่ยวข้องกับเอนไซม์ renin angiotensin aldosterone system มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายบทบาทในการรักษาความสมดุลของเกลือแร่และน้ำในร่างกาย เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ไต ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น¹⁵

2.4 ความเครียด เมื่อมีภาวะเครียดร่างกายจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนั้นยังกระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า ปล่อยฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคทรอปิก ส่งผลให้มีการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มการดูดกลับของโซเดียม

ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง หลังเวโลเพรสซิน ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการคั่งของสารน้ำในร่างกาย ทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิต¹⁵

2.5 การสูบบุหรี่ บุหรี่มีสารประกอบที่เป็นอันตราย นิโคตินจะกระตุ้นการหลั่งอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟรินส่งผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแข็ง¹⁵ มีการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่ 1.75 เท่า¹⁶

2.6 การดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ จะส่งผลให้หัวใจบีบตัวแรงมากขึ้น เนื่องจากคาเฟอีนกระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติก¹⁷

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพซึ่งในบทความนี้จะกล่าวถึงการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากมีการศึกษาพบที่สามารถลดดัชนีมวลกายและความดันโลหิตได้

3. การรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (dietary approaches to stop hypertension)

อาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงหรือ อาหาร DASH (dietary approaches to stop hypertension) เป็นการรับประทานอาหารที่เน้นประเภทผัก ผลไม้ นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง และควบคุมพลังงานที่ไม่เกินวันละ 2,000 แคลลอรี่ต่อวันดังตารางที่ 1^{14,16} ซึ่งการรับประทานอาหารดังกล่าวจะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหารในปริมาณสูงจะช่วยเสริมประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 1 แสดงอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงและปริมาณที่แนะนำต่อวัน

อาหาร	ปริมาณที่แนะนำ (ส่วนต่อวัน)	ตัวอย่างอาหาร 1 ส่วน
ผัก	5	ผักดิบ 2 ทัพพี (1 ถ้วยตวง) หรือผักสุก 1 ทัพพี (1 ถ้วยตวง)
ผลไม้	4	ผลไม้หั่นพอดีคำ 6-8 ชิ้น หรือ ผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผล หรือ ผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2-4 ผล หรือ ปริมาณผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองกาแฟได้พอดี 1 จาน
นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ	2-3	นมสด 1 แก้ว หรือ โยเกิร์ต 1 ถ้วย หรือนมพร่องมันเนย 1 แก้ว หรือ นมขาดมันเนย 1 แก้ว
ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง	7	ถั่วเมล็ดแห้ง,สุก 1/2 ถ้วยตวง เกาลัดจีนคั่ว 5 เม็ดเล็ก ข้าวโพดต้ม 1/2 ถ้วยตวง

อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้รับประทานโพแทสเซียมในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะไฮเปอร์คาลิเมีย (hyperkalemia) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม renin-angiotensin-aldosterone inhibitors ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เพิ่มระดับโพแทสเซียม เช่น trimethoprim and sulfamethoxazole, amiloride, triamterene ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ที่มีระดับโพแทสเซียมมากกว่า 4.5 มิลลิโมลต่อลิตรส่วนการรับประทานผักและผลไม้ มีประโยชน์ต่อร่างกาย สามารถป้องกันโรคเรื้อรังได้ มีการศึกษาพบว่า การรับประทานผักผลไม้รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (น้ำหนักคุณภาพ++/คุณภาพหลักฐาน II)^{16,17}

การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH ไม่ได้กล่าวถึงการจำกัดโซเดียม เพื่อส่งเสริมให้การควบคุมอาหารมีประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิตควรทำร่วมกับการจำกัดโซเดียมในอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียมที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรับประทานอาหาร DASH ร่วมกับการจำกัดโซเดียมและการรับประทานอาหาร DASH โดยไม่จำกัดโซเดียม พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหาร DASH ร่วมกับการจำกัดโซเดียม ความดันซิสโตลิก ลดลง 7.1 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหาร DASH โดยไม่จำกัดโซเดียม ความดันซิสโตลิก ลดลง 5.4 มิลลิเมตรปรอท¹⁸ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยแนะนำว่าควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน (น้ำหนักคุณภาพ++/คุณภาพหลักฐาน I) ซึ่งโซเดียมมักพบในอาหารอาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋องทุกชนิด อาหารหมักดอง อาหารเค็ม อาหารตากแห้งอาหารกระป๋องทุกชนิด อาหารหมักดอง อาหารเค็ม อาหารตากแห้ง เครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ โดยเกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียม 300-500 มิลลิกรัม ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียม 320-455 มิลลิกรัม และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มิลลิกรัม¹⁶

สรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามแนวทางต้านโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่หากร่วมกับจำกัดการรับประทานโซเดียมก็สามารถลดระดับความดันโลหิตได้เพิ่มมากขึ้น

4. แนวทางการให้บริการของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ในบทความนี้จะขอเสนอแนวทางการให้บริการของพยาบาลชุมชนโดยใช้แนวคิดพีริซิด โมเดลของกรีน และกรูเตอร์ ซึ่งเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factors) หากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานเกี่ยวกับการสุขศึกษาจนนำมาสู่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปซึ่งปัจจัยที่มีผลได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors)¹⁹ และจากการศึกษาของอัมพร วงศ์ดีบ และคณะศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งใช้แนวคิดพีริซิด โมเดลของกรีน และกรูเตอร์ พบว่าภายหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องระดับประจำเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตระดับเสี่ยงเปลี่ยนเป็นระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 26.09²⁰

ดังนั้น พยาบาลชุมชนต้องการให้การบริการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สามารถดำเนินงานโดยใช้แนวคิดของพีริซิด โมเดลดังนี้

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็น ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมปัจจัยเหล่านี้มีผลทั้งในด้านสนับสนุนหรือยังยั้งการแสดงพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้

กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยนำที่ดีคือ

1.1 คัดกรองสุขภาพประชาชนที่มีอายุกว่า 15 ปี จัดบริการตรวจวัดความดันโลหิตฟรี เน้นการบริการเชิงรุกทั้งในโรงเรียน สถาบันการศึกษาของรัฐและเอกชน วัดและชุมชน ให้ประชาชนทราบค่าความดันโลหิตของตนเองเพื่อเพิ่มความตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูง

1.2 จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันด้วยการรับประทานอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง โดยอาจจัดเป็นโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือการเผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆที่เหมาะสมแต่ละช่วงวัย ทั้งชุมชนเมืองและชนบท เช่น การใช้โปสเตอร์หรือจัดอภิปรายแข่งขันตอบคำถามในสถาบันการศึกษา การพูดผ่านหอกระจายข่าวในชุมชน การเผยแพร่ข่าวผ่านแอปพลิเคชัน เช่น line facebook เว็บไซต์ในกลุ่มวัยทำงาน และควรมีการเผยแพร่ผ่านทางโทรทัศน์และวิทยุ เป็นต้น

1.3 แนะนำให้ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH diet) โดยพัฒนาเป็นตำรับอาหารที่คำนึงถึงบริบทชุมชน ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และควรจำกัดโซเดียมด้วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับความดันโลหิต¹⁸

1.4 ให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบันทึกเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละวันลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่เจ้าหน้าที่จัดทำขึ้น เพื่อประเมินและติดตามพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยง

2. ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็น สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมรวมถึงลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา

กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ปัจจัยเอื้อสนับสนุนการเกิดพฤติกรรมที่ดี คือ

2.1 จัดให้มีผักสด ผลไม้ ราคาประหยัดขายในตลาดชุมชน หรือส่งเสริมให้คนในชุมชนปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ หากเหลือจากการบริโภคให้นำมาขายในบริเวณที่ชุมชนจัดไว้

2.2 รณรงค์ให้มีตลาดสีเขียว ลดการบริโภคอาหารจานเดียวหรืออาหารถุง

2.3 จัดให้มีสถานที่สำหรับการสื่อสารหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) คือ สิ่งที่เกิดจากบุคคลได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลมาจากการกระทำของตน สิ่งนี้บุคคลได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ ค่าชมเชย การยอมรับ การลงโทษ กฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้ปฏิบัติตาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ ครอบครัว เพื่อน ผู้บังคับบัญชา ครู เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ปัจจัยเสริมสนับสนุนการเกิดพฤติกรรมที่ดี คือ

3.1 กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เนื่องจากบางครั้งกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้เป็นผู้ประกอบอาหารเอง จำเป็นต้องให้สมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทในการประกอบอาหารเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารด้วย

3.2 พยาบาลชุมชนร่วมกับทีมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับการศึกษาของจากรูวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงจนอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ หรือทีมสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม²¹

3.3 กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกชั้นตอนโดยเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองนำไปสู่การพัฒนาและแก้ปัญหาที่ยั่งยืนในชุมชน

3.3 พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้กำลังใจ ชื่นชม หรืออาจจัดกิจกรรมประกวดบุคคลต้นแบบที่มีสุขภาพดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตปกติได้

3.4 ผลักดันให้มีเวทีสาธารณะเพื่ออภิปรายเรื่องความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH diet) ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

สรุปและข้อเสนอแนะ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามแนวทางต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH diet) ช่วยลดภาวะเสี่ยงจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากช่วยลดดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต พยาบาลชุมชนควรใช้แนวทางนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการใช้แนวคิดพีรซิดโมเดล ของกรีน และกูเตอร์ เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน นอกจากนี้พยาบาลชุมชนควรแนะนำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รับประทานอาหารตามแนวทางต้านโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการจำกัดปริมาณโซเดียม ไม่ให้เกินวันละ 2,300 มิลลิกรัม และลดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ขาดการออกกำลังกาย ต่อมแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และความเครียด

References

1. Mittal BV, Singh AK. Hypertension in the developing world: challenge and opportunities. *Am J Kidney Dis* 2010; 55: 590-8.

2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). High blood pressure fact sheet. [Internet] 2016 [cited 2018 March 9]. Available from: https://www.cdc.gov/dhdsdp/data_statistics/fact_sheets/fs_bloodpressure.htm
3. Strategy and Planning Division. Public health statistics A.D. 2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
4. Bureau of Non Communicable Disease [NCD]. The compounds campaign on world hypertension 2017. [Internet] 2017 [cited 2018 March 8]. Available from <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=12554&gid=18>. (in Thai)
5. Health Data Center, Ministry of Public Health. Population 35 years old has been screened and risk of hypertension. [Internet] 2017 [cited 2018 March 9]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48. (in Thai)
6. Khanam MA, Lindeboom W, Razzaque A, Niessen L, Milton AH. Prevalence and determinants of pre-hypertension and hypertension among the adults in rural Bangladesh: findings from a community-based study. *Public Health* 2015; 15: 203-12.
7. Hu L, Huang X, You C, Li J, Hong K, Li P, et al. Prevalence and risk factors of hypertension in Southern China. *PLOS ONE* 2017; 12(1).
8. Soltani S, Shirani F, Chitsazi MJ, Salehi-Abargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled

- clinical trials. *Obesity reviews* 2016; 17: 442-54.
9. Lomplang P, Oba N, Wannapornsiri C. Factors predicting blood pressure level among essential hypertensive patients age under 40 years, Uttaradit province. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2011; 5: 12-22. (in Thai)
 10. Saneei P, Salehi-Abargouei A, Esmailzadeh A, Azadbakht L. Influence of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on blood pressure: A systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* 2014; 24: 1253-61.
 11. Bawornthip U, Suriyawong W, Kittisri C. The effectiveness of DASH diet program on blood pressure among people with prehypertension in community: A systematic review. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2019; 6(1): 14-25. (in Thai)
 12. Ministry of Public Health. The project to promote Thai citizen' health of king. RAMA IX on the occasion of his majesty the king's birthday. Bangkok: Veterans organization under the royal patronage. (in Thai)
 13. World Health Organization. High blood pressure: a public health problem. [Internet] 2013 [cited 26 March 2019]. Available from <http://www.emro.who.int/pdf/world-health-days/2013/public-health-problem-factsheet-2013.pdf>
 14. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. Your guide to lowering your blood pressure with DASH. NIH Publication No. 06-4082; 2006.
 15. Patricia AH, Carol HP, Melody H, Linda SB. Effectiveness of tailored lifestyle interventions, using web-based and print-mail, for reducing blood pressure among rural women with prehypertension: main results of the wellness for women: dashing towards health clinical trial. *IJBNPA* 2014; 11: 148.
 16. Thai Hypertension Society. Guidelines in the treatment of hypertension 2015. [Internet] 2015 [cited 21 March 2018]. Available from <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf> (in Thai)
 17. Mario S, Jose L, Shakir C, Ammar A, Clio O, John CM. Effects of the dietary approach to stop hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition* 2015; 113: 1-15.
 18. Wiliam MV, Frank MS, Jamy A, Lawrence JA, George AB, Denise GS, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium Trial. *Ann Intern Med* 2001; 135: 1019-28.
 19. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning an educational and ecological approach 4th ed. : New York, McGraw-Hill; 2005.
 20. Wongtib U, Udomvong N, Narin R. Development of hypertension prevention program among people at risk by community participation. *Nursing Journal* 2015; 42(4): 12-24. (in Thai)
 21. Tritipsombut J. A Follow-up study of the effects of health education program by using an application of protection motivation and social support theories on the blood pressure control of the hypertension risk groups. *Srinagarind Med J* 2018; 33(6): 543-50. (in Thai)