

กรณีศึกษา : พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษา : พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน

นางสุมณฑา ห่วงทอง
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียเชื้อ,
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย,
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กักดี,
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

**กรณีศึกษา : พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน**

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2553

นางสุนันทา ห่วงทอง

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธีรานุช ห้านิรัตติชัย,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์มณี อาภานันท์กุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย,

ปร.ด. (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษา)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียเชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห่านิรัทธีย ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนรหัส 50 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดำเนินสะดวกทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้

ขอขอบคุณกรณีศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา – มารดา ทุกคนในครอบครัว เกิดลอยและครอบครัวห้วงทอง ที่ให้ความรัก ความห่วงใย ขอบคุณสามีที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนทุกด้าน และเป็นกำลังใจอันสำคัญให้ผู้ศึกษาตลอดมา จนการศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

สุมนธา ห่วงทอง

กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน

CASE STUDY: BEHAVIORS, PROBLEMS AND BARRIERS OF BLOOD PRESSURE CONTROL IN PERSONS WITH SEVERE HYPERTENSION IN A COMMUNITY

สมณฑา ห่วงทอง 5036203 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : นพวรรณ เปียเชื้อ, Ph.D. (Nursing), จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, ปร.ค. (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษา)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรง โดยใช้แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาเป็นกรอบในการศึกษา กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย อายุ 50 และ 52 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและมีความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ นอกจากนี้กรณีศึกษาังไม่ออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการพักผ่อนหย่อนใจ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สัมรับประทานยา และปรับขนาดยาเอง จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีปัญหาและอุปสรรคจากสิ่งแวดล้อม 4 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ ความชอบอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารผ่านขบวนการ มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง การออกกำลังกายและการรับประทานยา ลักษณะของการประกอบอาชีพ และปัญหาเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม 3) ระดับชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน ลักษณะชุมชนที่มีการสูบบุหรี่และไม่มีการออกกำลังกาย สื่อต่างๆ ระบบบริการสุขภาพ และ 4) ระดับของความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติของชุมชน คือ ทศนคติในเชิงลบเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมทั้งธรรมเนียมของชุมชนในการดื่มสุรารับงานเลี้ยง

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนในการประเมินปัญหา อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตและพัฒนาแนวทางการควบคุมอาหารที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโซเดียมและโซเดียมแฝงในอาหาร เครื่องปรุงรส เครื่องดื่ม ข้อมูลไขมันในอาหารและความสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งวิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในเชิงบวก อันจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพในการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง การศึกษานี้ยังมีข้อเสนอแนะในการประสานความร่วมมือและพัฒนากระบวนการรักษาติดตามเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอีกด้วย

คำสำคัญ : ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง / การควบคุมความดันโลหิต

CASE STUDY: BEHAVIORS, PROBLEMS AND BARRIERS OF BLOOD PRESSURE CONTROL IN PERSONS WITH SEVERE HYPERTENSION IN A COMMUNITY

SUMONTA HUANGTONG 5036203 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (Nursing), CHULARUK KAVEEVIVITCHAI, Ph.D. (Science and Technology Education)

ABSTRACT

The present study was a case study aimed to investigate behaviors, problems, and barriers to blood pressure control in persons with severe hypertension. The ecological model was used as the conceptual framework. There were two cases, aged 50 and 52 years old, living in Damneon Saduak District, Ratchaburi Province. They were diagnosed with primary hypertension at a severe level. Data were collected by in-depth interviews, and analyzed by content analysis.

The findings revealed that the cases had food intake with high sodium, fat, and alcohol. They also smoked, did not exercise, had insufficient sleep and relaxation, did not adhere to medication, forgot to take medication, and self adjusted dosages. They therefore could not control their blood pressure. Problems and barriers spanned 4 levels of environment: 1) individual and family level (preference for food with high fat content and processed food, insufficient knowledge on sodium consumption, exercise and medication taking, type of work, social and economic problems of the family), 2) interaction within family and social level (poor family relationship, lack of interaction with family and society), 3) community level (neighbors, smoking environments, lack of exercise, mass media, and health service system), 4) community beliefs and cultural practices (negative attitude toward healthy food consumption and exercise, tradition of drinking alcohol).

Results suggested that nurses working in the community assess problems on blood pressure control, develop an approach to control food consumption of high sodium and fat by providing information on fat, sodium and concealed sodium including seasoning and beverages, and address the significance of medication adherence, as well as promote positive attitudes that will lead to healthy behaviors in persons with severe hypertension. This study also suggested the coordination and development of monitoring systems aimed for a positive treatment outcome.

KEY WORDS: PERSONS WITH SEVERE HYPERTENSION/ BLOOD PRESSURE CONTROL

135 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	8
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	9
2.1.1 ความหมายและการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	9
2.1.2 การแบ่งระดับของความดันโลหิตสูง	11
2.1.3 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง	12
2.1.4 สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	12
2.1.5 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง	14
2.1.6 แนวทางการป้องกันรักษาโรคความดันโลหิตสูง	15
2.1.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	17
2.2 การควบคุมความดันโลหิต	19
2.2.1 การบริโภค	20
2.2.2 การออกกำลังกาย	23
2.2.3 การผ่อนคลายความเครียด	24
2.2.4 การรับประทานยา	25
3. แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner	26
3.3.1 ที่มาของ Bronfenbrenner's Ecological Model	26
3.3.2 องค์ประกอบของ Bronfenbrenner's Ecological Model	27
3.3.3 ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้ Bronfenbrenner's Ecological Model	28

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3 วิธีการศึกษา	31
บทที่ 4 ผลการศึกษา	35
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	63
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	73
บทสรุปแบบสมบรูณ์ภาษาไทย	80
บทสรุปแบบสมบรูณ์ภาษาอังกฤษ	96
รายการอ้างอิง	114
ภาคผนวก	122
ประวัติผู้ศึกษา	135

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต	23
2. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา	47
3. ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา	49
4 การเปรียบเทียบพฤติกรรม ในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา	57
5 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรค ในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา	60
6 การเปรียบเทียบปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา	62

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1. Bronfenbrenner' Ecological Model

28



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและสารสนเทศในปัจจุบันของประเทศไทย ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน กล่าวคือ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่มักมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะเครียดและการขาดการออกกำลังกาย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงประมาณ 73 ล้านคน ในประชากรอเมริกาผิวดำมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุดในโลก โดยในช่วงปี ค.ศ.1988-1994 ถึงช่วงปี ค.ศ. 1999-2002 ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.8 เป็น 41.1 ส่วนในประชากรผิวขาวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.3 เป็น 28.1 (American Heart Association, 2009) สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พ.ศ.2546 – 2547 พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 11.0 ใน พ.ศ.2539 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 22 หรือประมาณ 10.1 ล้านคนใน พ.ศ.2547 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) จากปัญหาดังกล่าวในปี 2550 กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้มีการรณรงค์ตรวจวัดความดันโลหิตแก่ประชาชนไทยที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปพร้อมกันทั้ง 76 จังหวัดทั่วประเทศ พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติโดยมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/80 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปรวม 2,370,897 คน คิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด โดยพบในเพศชาย (ร้อยละ 11) และเพศหญิง (ร้อยละ 12) ใกล้เคียงกัน (เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ จังหวัดสงขลา, 2550)

โรคความดันโลหิตสูงวินิจฉัยได้จากเกณฑ์ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอทจะเป็นความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Kumar & Clark, 2005) โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกสาเหตุได้ชัดเจน มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ทราบสาเหตุ (Davey, 2003) อย่างไรก็ตามมีปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รูปแบบการบริโภค

อาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ลักษณะการทำงาน ภาวะเครียด เป็นต้น (Kumar & Clark, 2005; Williams, 2001) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตโดยการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมดังกล่าว

การควบคุมความดันโลหิตมีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วไป และน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยหรือมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย แนวทางการควบคุมความดันโลหิตประกอบด้วย การควบคุมโดยการไม่ใช้ยา และการควบคุมโดยการใช้ยา การควบคุมโดยการไม่ใช้ยาสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การงดสูบบุหรี่ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นควรทำในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทุกราย ส่วนการควบคุมโดยการใช้อาหารระดับความดันโลหิตจะพิจารณาใช้ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (หญิงน้อย อุบลเดชประจักษ์, 2543) แต่ถ้าพบว่ามีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรงควรให้การรักษาโดยการใช้อาหารระดับความดันโลหิตได้ทันทีควบคู่กับการควบคุมโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) การควบคุมความดันโลหิตมีความสำคัญมาก เนื่องจากถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆตามมาได้

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีผู้ให้แนวทางในการควบคุมความดันโลหิตหลากหลายรูปแบบ มีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่อต่างๆมากมาย และในส่วนของรัฐบาลก็มีนโยบายและการรณรงค์อย่างสม่ำเสมอ (สุมาลี วัฒนกร, ชุติมา ผาดดำรงกุล และ ปราณี คำจันทร์, 2551) แต่การควบคุมความดันโลหิตก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 15 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งประเทศ) มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 8.6 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งประเทศ) (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549)

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ 1) อาการทางสมอง หลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก 2) หัวใจล้มเหลว 3) สายตาเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว 4) ไตพิการหรือไตอักเสบ (งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2551) โดยภาวะแทรกซ้อนทางสมองและหัวใจนั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความ

รุนแรงมากเนื่องจากก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือพิการได้ ซึ่งระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจมากขึ้น โดยพบว่า ความดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุญรัตพันธุ์, 2549) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของความดันโลหิตซิสโตลิกกับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 420,000 ราย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 843 ราย และโรคหลอดเลือดหัวใจ 4,856 ราย (MacMahon et al., 1990 อ้างใน พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2552) นอกจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้ว โรคความดันโลหิตสูงยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจด้วย เช่น เกิดความเครียดกับการมีโรคเรื้อรัง และความวิตกกังวลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิต (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) จากผลของภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแล และทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลง เกิดปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว (สุพรรณิษฐ์ ใส, 2547) และกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศจากค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ซึ่งในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 1,670 บาท/ราย/ครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาท/ราย/ครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีผลกระทบต่อทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรให้ความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามความสำเร็จในการรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเท่านั้น ครอบครัวของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรให้การสนับสนุนในการรักษาด้วย ซึ่งแรงสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544) นอกจากครอบครัวแล้วเพื่อนบ้าน ชุมชน องค์กรต่างๆ รวมทั้งรัฐบาลด้วย ควรร่วมมือกันให้การสนับสนุน ส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงด้วย เนื่องจากพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตมีความซับซ้อนและมีปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่เกี่ยวข้องคือ ตัวบุคคลเอง ครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม ชุมชน สื่อรูปแบบต่างๆ ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตในชุมชน

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคล เช่น ครอบครัว สถานที่ทำงาน เป็นต้น เป็นการศึกษาเกี่ยวกับวิธี และรูปแบบ

ในการควบคุมความดันโลหิต โดยศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วไป เช่น การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลในการศึกษาของศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 43.08 รับประทานอาหารเค็มร้อยละ 24.62 รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงร้อยละ 16.92 ดื่มเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วร้อยละ 14.62 ไม่ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 67.69 ไม่มีการจัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจร้อยละ 7.69 ไม่มีวิธีการจัดการความเครียดร้อยละ 6. การศึกษาในระดับครอบครัว เช่น การศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงของสุวิมล สันติเวส พบว่า การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (สุวิมล สันติเวส, 2545) ส่วนการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต และผลของสิ่งแวดล้อมในระดับต่างๆของบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ยังไม่พบการนำมาศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีการให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูงที่แผนกผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีสถิติผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมารับบริการสูงขึ้นจาก 3,157 รายในปี พ.ศ. 2549 เป็น 3,236 ราย ในปี พ.ศ. 2551 และจากข้อมูลผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2549 – 2551 พบว่า จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงน้อยกว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, 2552) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงบางรายยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากประสบการณ์การทำงานของผู้ศึกษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรง มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอทเป็นจำนวนมาก และสถิติผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 41 ราย ในปี 2549 เป็น 51 รายในปี 2550 และ 76 ราย ในปี 2551 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, 2552) เป็นผลให้ภาระการดูแลเพิ่มขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากตามมา ซึ่งจากการสุ่มสอบถามผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและญาติพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากยังเห็นความสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตน้อย และมีความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆน้อยเช่นกัน

บุคลากรทางด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งสิ่งแวดล้อมและระบบสังคมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงก็อาจมีผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตด้วย จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาเป็นรายกรณีในลักษณะเชิงลึก ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (Bronfenbrenner's Ecological Model) (Bronfenbrenner, 1994) ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงอย่างแท้จริง และนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางของผู้ให้บริการสุขภาพในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับอื่นๆ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ Bronfenbrenner's Ecological Model เป็นกรอบแนวคิดเนื่องจากเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงสุขภาพว่าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติซึ่งเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เวลาและสิ่งแวดล้อม (Bronfenbrenner, 1979, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงองค์ประกอบของพัฒนาการของมนุษย์ที่มีโครงสร้างของระบบสังคมเป็นสี่ระดับ (Bronfenbrenner, 1979) ดังนี้

Microsystem เป็นระบบของกิจกรรม บทบาท และประสบการณ์ของบุคคลโดยการพัฒนาของบุคคลซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะจากลักษณะพิเศษทางร่างกาย (Bronfenbrenner, 1979) เป็นระบบที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันของบุคคล เช่น ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน สถานที่ทำงาน เป็นต้น (Bronfenbrenner, 1994) โดยในการศึกษานี้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

Mesosystem เป็นระบบที่ประกอบด้วยความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสิ่งแวดล้อมซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนาบทบาทของบุคคล เช่น ระหว่างครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และวงสังคม

การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญซึ่งจะเกิดขึ้นและเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบุคคล สิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองอย่าง (Bronfenbrenner, 1979) โดยในการศึกษานี้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของความสัมพันธ์ของครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

Exosystem เป็นระบบของอิทธิพล และพลังของชุมชน รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจของสังคมซึ่งมีผลกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล (Bronfenbrenner, 1979; Kaplan, Pamuk, Lynch, Cohen, & Balfour, 1996) เป็นระบบของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคลหรือบุคคลได้รับผลกระทบโดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม (Bronfenbrenner, 1979) โดยในการศึกษานี้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของชุมชน วิถีการดำเนินชีวิต กิจกรรมในชุมชน ข้อมูลข่าวสารรูปแบบต่างๆต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

Macrosystem เป็นระบบของวัฒนธรรมซึ่งมาจากความเชื่อ ความรู้ของชุมชน ธรรมเนียมปฏิบัติ วิถีการดำเนินชีวิต ทรัพยากรในชุมชน เป็นระบบที่อยู่ภายนอกสุดของบุคคล ซึ่งภายในจะประกอบไปด้วยระดับของระบบ micro, meso และ exo (Bronfenbrenner, 1979, 1994) โดยในการศึกษานี้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลความเชื่อของชุมชน ธรรมเนียมปฏิบัติ วัฒนธรรม นโยบายต่างๆต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษาวัดพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาวัดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (ด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา) ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรง
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรง

นิยามศัพท์

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและมีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Kumar & Clark, 2005)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การปฏิบัติในด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา เพื่อลดและควบคุมความดันโลหิต ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้เข้าสู่เกณฑ์ปกติ

ปัญหาและอุปสรรค หมายถึง สิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต ในระดับบุคคลและครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคม ชุมชน ความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง บุคลากรในทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
2. เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการกำหนดแนวทาง วิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง โดยใช้รูปแบบกรณีศึกษา ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมตามหัวข้อดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายและการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การแบ่งระดับของความดันโลหิตสูง

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการป้องกันรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2. การควบคุมความดันโลหิต

2.1 การบริโภค

2.2 การออกกำลังกาย

2.3 การผ่อนคลายความเครียด

2.4 การรับประทานยา

3. แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (Bronfenbrenner's Ecological Model)

3.1 ที่มาของ Bronfenbrenner's Ecological Model

3.2 องค์ประกอบของ Bronfenbrenner's Ecological Model

3.3 ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้ Bronfenbrenner's Ecological Model

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมายและการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง ความดันจากแรงต้านของผนังหลอดเลือดแดงซึ่งเป็นผลมาจากแรงดันของหัวใจขณะสูบฉีดเลือดผ่านหลอดเลือดแดงไปสู่ระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกาย และแรงต้านของหลอดเลือดแดง ซึ่งค่าความดันโลหิตแบ่งเป็นค่าความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) เป็นความดันขณะที่หัวใจบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปสู่ส่วนต่างๆของร่างกาย และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) เป็นความดันขณะที่หัวใจคลายตัว ระดับความดันโลหิตมีค่าปกติเท่ากับ 120/80 มิลลิเมตรปรอท ถ้าระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะเป็นภาวะความดันโลหิตสูง (American Heart Association, 2009)

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ได้มาจากการตรวจร่างกายประจำปีหรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงควรประเมินดังนี้ การวัดความดันโลหิตด้วยวิธีการที่ถูกต้อง ปฏิกิริยาและสาเหตุของการเกิดโรค ปฏิกิริยาเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจหาภาวะแทรกซ้อน ร่องรอยการทำลายอวัยวะ (Target Organ Damage: TOD) และ ความรุนแรงของโรค ซึ่งการประเมินดังกล่าวทำได้โดยการซักประวัติโดยละเอียด การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Boon, Fox, Bloomfield, & Baadbury, 2002)

การซักประวัติ

การซักประวัติผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรซักประวัติเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตครั้งแรกที่พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและครอบครัวเช่น ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อุปนิสัยในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนกรน (DeSimone & Crowe, 2009) ประวัติอาการของการทำลายอวัยวะต่างๆ เช่น อาการปวดศีรษะ อาการชาหรืออ่อนแรง ตามัว ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย เท้าบวม ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด ประวัติการใช้ยาลดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Newton & Ives, 2002)

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายจะเป็นการตรวจร่างกายโดยการวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินระดับความดันโลหิต การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ การตรวจเพื่อประเมินร่องรอยการทำลายอวัยวะ ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง

การวัดความดันโลหิตเพื่อการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงควรวัดด้วยวิธีการที่ถูกต้องเพื่อความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัยโรค โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) ได้ให้หลักการวัดความดันโลหิตดังนี้

1. งดดื่มชา กาแฟ และไม่สูบบุหรี่ก่อนทำการวัด 30 นาที นั่งพักในห้องที่เงียบสงบประมาณ 5 นาที ไม่ควรอยู่ในภาวะปวด เหนื่อย กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ ไม่ควรได้รับยาบางประเภทที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต
2. ขนาดของถุงลมยาง (cuff) ที่ใช้ ควรเหมาะสมกับขนาดของต้นแขนของผู้ป่วย ควรพันถุงลมยางให้พอดีไม่หลวมหรือคับเกินไป
3. วัดความดันโลหิตอย่างน้อย 3 ครั้ง โดยวัดห่างกันในแต่ละครั้งประมาณ 1 สัปดาห์ และในกรณีวัดความดันโลหิตครั้งแรกควรวัดที่แขนทั้ง 2 ข้าง ถ้าระดับความดันโลหิตของแขน 2 ข้างไม่เท่ากัน ให้ใช้ระดับความดันโลหิตข้างที่สูงกว่าเป็นมาตรฐาน

การวัดความดันโลหิตนั้นสามารถวัดด้วยตนเองที่บ้านได้โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ โดยในระยะแรกเมื่อพบว่ามึ่ระดับความดันโลหิตสูงควรวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละ 3 วัน ในตอนเช้าหลังตื่นนอน หรือ ตอนเย็น พร้อมทั้งบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้ให้แพทย์เพื่อเป็นข้อมูลให้แพทย์ใช้ประกอบการพิจารณาการรักษา เมื่อได้รับการรักษาโดยการให้ยาแล้วควรวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยค่าของความดันโลหิตที่วัดได้ ต้องต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท จึงจะถือว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หรือไม่มีระดับความดันโลหิตสูง เนื่องจากค่าของความดันโลหิตที่วัดจากเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติจะต่ำกว่าค่าที่วัดจาก sphygmomanometer 5 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เป็นการตรวจหาอาการต่างๆ เช่น เสียงฟู่ในท้องส่วนบน (abdominal bruit) ก้อนในท้องส่วนบน 2 ข้าง ซิฟเฟอร์ของแขนขาหรือคอ ข้างใดข้างหนึ่งหายไปหรือเบาลง กล้ามเนื้อต้นแขน ขา หรือต้นคออ่อนแรง ความผิดปกติของจอประสาทตา กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของ cerebellum เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Kumar & Clark, 2005)

การตรวจหาร่องรอยการทำลายของอวัยวะต่างๆ (Target Organ Damage : TOD) โดยตรวจหาอาการแสดงต่างๆ เช่น ฟังได้ยินเสียง murmur ที่หลอดเลือดแดงบริเวณคอ แขนขาหรือ

อ่อนแรง ตรวจพบความผิดปกติของจอตา หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ ตรวจพบ ventricular gallop, pulmonary rales อาการบวมที่ปลายเท้า ชีพจรหายไป ลดลงหรือไม่เท่ากัน 2 ข้าง แขนขาเย็น ผิวหนังมีร่องรอยการขาดเลือด ตรวจ carotid arteries พบ systolic murmur (พีระ บุรณกิจเจริญ, 2550)

การตรวจหาภาวะอ้วนโดยการ ชั่งน้ำหนักตัวและวัดส่วนสูง เพื่อคำนวณหา ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) โดยผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23-24.9 กก./ม² ผู้ที่อ้วนมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25-44.9 กก./ม² ผู้ที่อ้วนรุนแรงมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กก./ม² และตรวจหาภาวะอ้วนลงพุงโดย การวัดเส้นรอบเอวในท่ายืนมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซม. ในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม. ในเพศหญิง (ฉันท กรฐกุล, 2550)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงรายใหม่ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด และ X-ray ดังนี้ ECG; Urinalysis; Blood glucose; Hemoglobin, Hematocrit; Serum potassium, creatinine, calcium; Serum total cholesterol, HDL-C, LDL-C, triglyceride และ Chest radiography ซึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวเป็นสิ่งที่ช่วยประเมินร่องรอยการทำลายอวัยวะ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาการรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (Joint National Committee, 2003)

1.2 การแบ่งระดับของความดันโลหิตสูง

การแบ่งระดับของความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งตามค่าความดันโลหิตได้ 3 ระดับ คือ ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย ความดันโลหิตสูงปานกลาง และความดันโลหิตสูงรุนแรง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Kumar & Clark, 2005) ซึ่งความดันโลหิตสูงระดับดังกล่าวมีค่าความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ดังนี้

ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild Hypertension) ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงปานกลาง (Moderate Hypertension) ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 160-179 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 100-109 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe Hypertension) ค่าความดันซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

1.3 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.3.1 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension หรือ Essential Hypertension) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนมากร้อยละ 95 เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ ซึ่งไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนแต่มีปัจจัยบางประการที่ส่งเสริมการเกิดโรค ได้แก่ อายุ ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว เชื้อชาติ ความอ้วน ปริมาณโซเดียมที่รับประทาน การดื่มสุรา มาก ความเครียด เป็นต้น (สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชัยจิรา, และ อรสา พันธุ์กักดี, 2546 ; Kumar & Clark, 2005)

1.3.2 โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้มีสาเหตุจากความผิดปกติของอวัยวะหรือระบบภายในร่างกาย เช่น จากโรคไต โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคหลอดเลือดหัวใจแต่กำเนิด ระบบประสาทผิดปกติ เลือดออกในสมอง การได้รับยาหรือสารกระตุ้นบางอย่าง ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546; Kumar & Clark, 2005)

1.4 สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.4.1 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีสาเหตุที่ไม่ทราบชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคดังนี้

1.4.1.1 พันธุกรรม ผู้ที่มีบิดา มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีบิดา มารดาไม่มีความดันโลหิตปกติ เนื่องจากอิทธิพลของการอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน แต่ก็ยังไม่สามารถอธิบายรายละเอียดได้ชัดเจน (Kumar & Clark, 2005)

1.4.1.2 อายุ อายุที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้นด้วย และเด็กที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะถ้ามีภาวะอ้วนร่วมด้วย (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546)

1.4.1.3 เชื้อชาติ พบว่าชาวผิวดำในสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงและมีความรุนแรงมากกว่าชาวผิวขาว และในแต่ละประเทศก็จะมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1.4.1.4 ความอ้วน และน้ำหนักเกิน ผู้ที่อ้วนจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ (Kumar & Clark, 2005) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินจะมีความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1.4.1.5. การดื่มสุรามาก การดื่มสุราปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับความดันโลหิต (Ohira, Tangawa, Tabata, Imano, Kitamura, Kiyama et al., 2009) โดยจะมีผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นในตอนเช้าและช่วงกลางวัน (Ohkubo, Metoki, & Imai, 2009) และจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราจะมีระดับความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา (Ruixing, Weixiong, Hanjun, Dezhai, Shuquan, Shangling et al., 2008)

1.4.1.6. การรับประทานโซเดียม ปริมาณโซเดียมที่รับประทานเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่รับประทานโซเดียมปริมาณมากจะมีความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่รับประทานในปริมาณต่ำ และการจำกัดการรับประทานโซเดียมมีผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (Kumar & Clark, 2005)

1.4.1.7. ความเครียด ขณะที่มีความเครียดหรือความเจ็บปวดจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ชั่วคราว และผู้ที่มีความเครียดเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546; Kumar & Clark, 2005)

1.4.1.8. การใช้ยาคุมกำเนิด ผู้ที่รับประทานยาคุมกำเนิดร้อยละ 5 จะเกิดความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตจะกลับสู่ระดับปกติเมื่อเลิกรับประทานยาคุมกำเนิด แต่หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถ้ารับประทานยาคุมกำเนิด บางคนความดันโลหิตไม่กลับสู่ระดับปกติเมื่อเลิกรับประทานยา (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546)

1.4.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดนี้ มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบหรืออวัยวะต่างๆในร่างกายดังนี้

1.4.2.1. โรคไต มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของไต โดยเฉพาะผู้ที่มีความผิดปกติของ glomerular หรือ vascular ของไต เช่น โรคไตอักเสบ โรคไตจากเบาหวาน หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตตีบ เป็นต้น (Kumar & Clark, 2005)

1.4.2.2. ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น Cushing's syndrome, Conn's syndrome, Pheochromocytoma เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Gallagher, 2004)

1.4.2.3. Coarctation of the aorta เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในเด็ก (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) โดยจะมีความดันโลหิตสูงเมื่อวัดที่แขน แต่เมื่อวัดที่ขาความดันโลหิตจะไม่สูง ซึ่งพบบ่อยกว่าที่ข้อมือ ซึ่งภาวะนี้มีสาเหตุการตายจาก ภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดออกในสมองและเส้นเลือดโป่งพอง (Gallagher, 2004)

1.4.2.4. ยา ยาหลายชนิดเป็นสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง เช่น Steroids, NSAIDs, carbennoxolone, liquorice, vasopressin, anti-inflammatory เป็นต้น (Gallagher, 2004; Kumar & Clark, 2005)

1.4.2.5. Sleep apnea syndrome เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของการหายใจในขณะนอนหลับ ซึ่งเป็นปัจจัยให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (จักรพันธ์ ชัยพรหม ประสิทธิ์, 2550)

1.4.2.6. ระบบประสาทผิดปกติ เช่น เนื้องอกในสมอง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546)

1.5 อาการและการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการที่เฉพาะเจาะจงที่จะบอกว่าระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การที่จะบอกได้แน่นอนว่าระดับความดันโลหิตสูงต้องอาศัยการตรวจร่างกายร่วมด้วย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนมากที่มีอาการและมาพบแพทย์มักจะมีระดับความดันโลหิตสูงมากอยู่ในระดับรุนแรง มีความผิดปกติของหลอดเลือด อวัยวะต่างๆถูกทำลาย และมีโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งอาการที่มักจะพบได้ทั่วไปในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีดังนี้

1.5.1 ปวดศีรษะ จะมีอาการปวดบริเวณท้ายทอย มักจะมีอาการช่วงเช้าหลังตื่นนอน และอาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัว ใจสั่น เหนื่อยง่าย ร่วมด้วย แต่อาการมักจะหายได้เองภายในไม่กี่ชั่วโมงต่อมา อาการเหล่านี้จะพบได้บ่อยในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงมากโดยเร็ว (ภัทรา อังสุวรรณ, 2541; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546)

1.5.2 เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่เกี่ยวกับความผิดปกติของหลอดเลือดที่พบได้ไม่บ่อย แต่ผู้ที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกอาจเป็นจากการมีระดับความดันโลหิตสูง และอาการจะหายไปเมื่อสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546; Anderson, 2008)

1.5.3 อาการที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เช่น ระดับความดันโลหิตขึ้นๆลงๆร่วมกับอาการปวดศีรษะใจสั่น เหนื่อยออกเป็นพักๆ ตื่นแขนขาอ่อนแรงเป็นพักๆ ปวดหลังสองข้างร่วมกับปัสสาวะผิดปกติ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

1.5.4 อาการที่บ่งชี้ว่ามีการทำลายอวัยวะต่างๆแล้ว เช่น เจ็บแน่นหน้าอก อาการชาหรืออ่อนแรงของแขนขาชั่วคราวหรือถาวร ตามัวหรือตาข้างหนึ่งมองไม่เห็นชั่วคราว

หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน เท้าบวมตอนบ่ายหรือเย็น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

1.6 แนวทางการป้องกันรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตายและความพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต (Joint National Committee, 2003) การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยทั่วไปมีเป้าหมายเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในผู้ที่มีโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคไต ร่วมด้วย และมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป้าหมายเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2550; Joint National Committee, 2003)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้ 2 วิธี คือ

1.6.1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นวิธีเริ่มต้นในการรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทุกรายปฏิบัติเพื่อช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยง และช่วยลดระดับความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรทำในผู้ที่ยังมีระดับความดันโลหิตปกติด้วย เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) ที่ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่อง การรับประทานอาหารได้แก่ ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม อาหารมัน เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ หยุดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มสุรา การลดน้ำหนักให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ คือ 18.5 – 24.9 กก./ตร.ม., การออกกำลังกาย วันละ 20 - 30 นาที อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และการผ่อนคลายความเครียด (DeSimone & Crowe, 2009; Joint National Committee, 2003) นอกจากนั้นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังเป็นการช่วยลดการใช้ยา ลดอาการข้างเคียงของยา และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาจากการใช้ยาด้อย (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ศักดิ์, 2542)

1.6.2 การรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตทุกราย บางรายอาจจะไม่ต้องรับประทานยาถ้าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงปานกลาง หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว 6 เดือนระดับความดันโลหิตยังไม่ลดลงสู่ระดับปกติจึงเริ่มให้รับประทานยาลดระดับความดันโลหิต (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546) ส่วนในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรให้การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการรับประทานยาลดระดับความดัน

โลหิตในครั้งแรกที่ตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเลย (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

การใช้ยาลดระดับความดันโลหิต คือ การลดแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ และคงไว้ซึ่งกลไกของระบบประสาทรับความรู้สึก เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่างๆ (Joint National Committee, 2003) โดยเฉพาะการรักษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง ต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและช่วยลดอัตราการตายด้วย (Podymow & August, 2008) ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็นกลุ่มใหญ่ๆ 5 กลุ่ม (สุริยเจียรณมงคล, 2549) ดังนี้

1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรง และเป็นยาที่ใช้ในการรักษาร่วมกับยากลุ่มอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิต ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีที่ขนาดยาต่ำๆ การเพิ่มขนาดยาไม่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น แต่อาจเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น ทำให้ระดับยูริกหรือระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นและที่สำคัญคือทำให้ระดับโปตัสเซียมต่ำซึ่งอาจมีผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้

2. Beta-blockers ใช้รักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทุกระดับความรุนแรง ยากลุ่มนี้นอกจากลดระดับความดันโลหิตแล้ว ยังมีฤทธิ์ลดการทำงานของหัวใจ จึงห้ามใช้ในผู้ที่มี second หรือ third degree heart block รวมทั้งห้ามใช้ในผู้ที่ที่เป็นโรคหอบหืด ยากลุ่มนี้อาจทำให้เกิดอาการมือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ฝันร้าย เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย บางรายอาจเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิด glucose tolerance และไขมันในเลือดสูง ดังนั้นต้องระวังในการใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้ที่เป็นเบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง

3. Calcium channel blockers (CCBs) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์เป็นยาขยายหลอดเลือดทำให้สามารถลดความดันโลหิตได้ แต่ยาในกลุ่มนี้มีผลต่อการทำงานของหัวใจ เช่น nifedipine, amlodipine, felodipine จะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ส่วน verapamil, diltiazem จะลดอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งฤทธิ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ใช้ในการพิจารณาเลือกใช้ยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยากลุ่มนี้คือ เท้าบวม ปวดศีรษะ หน้าแดง

4. Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) และ Angiotensin II receptor antagonists (AII antagonists)

- 4.1 ACEI ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพที่ดีในการลดระดับความดันโลหิต และมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจโต มีผลดีต่อไตและหลอดเลือดที่ไต จึงสามารถใช้

ยาในกลุ่มนี้ในผู้ที่เป็โรคร่วมด้วย ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยาในกลุ่มนี้คือ อาการไอแห้งๆ การรับรสเปลี่ยนไป ระดับโปตัสเซียมสูง ระดับความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ยาครั้งแรก ซึ่งต้องระวังอย่างมากในการใช้ยาในผู้ที่ได้รับยาขับปัสสาวะในปริมาณสูงหรือผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ห้ามใช้ยานี้ในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดที่ไตตีบเพราะจะทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันได้ และห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์เพราะอาจทำให้ทารกผิดปกติได้

4.2 AII antagonists ยาในกลุ่มนี้มีผลในการรักษา และอาการข้างเคียงคล้ายคลึงกับการใช้ ACEI แต่ไม่เกิดอาการไอ

5. Alpha-blockers ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์เป็นยาขยายหลอดเลือด อาการข้างเคียงที่สำคัญของยาในกลุ่มนี้คือ ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ข้อดีของยาในกลุ่มนี้คือไม่มีอาการข้างเคียงทาง metabolic และระดับไขมัน

การใช้ยาลดระดับความดันโลหิต สามารถเริ่มใช้ยาได้ทุกกลุ่มเป็นยาขนานแรก ยกเว้นยา กลุ่ม Alpha-blockers จะให้เป็นยาขนานแรกในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีต่อมลูกหมากโตร่วมด้วย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) จากการศึกษาพบว่า การใช้ยาขับปัสสาวะร่วมกับยาลดความดันชนิดอื่น จะช่วยเสริมฤทธิ์ในการลดระดับความดันโลหิต และช่วยลดอาการข้างเคียงของยาขับปัสสาวะด้วย (Froehlich, 1992 อ้างใน อรสา พันธภักดี, 2542) การเลือกใช้ยาลดระดับความดันโลหิตควรเริ่มจากยาชนิดเดียวในขนาดต่ำๆก่อน ถ้าไม่ได้ผลอาจค่อยๆเพิ่มขนาดยาขึ้นหรือใช้ยาชนิดที่สองที่มีฤทธิ์แตกต่างจากยาชนิดแรกร่วมด้วย (สุริย์ เจริญมั่งคณ, 2549) ส่วนใหญ่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะต้องใช้ยาตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมาย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

1.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงถ้าไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และขาดการรักษาหรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่องจนทำให้ไม่สามารถควบคุมให้ระดับความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในระดับปกติได้ และปล่อยให้มีระดับความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ โดยมีผลต่ออวัยวะต่างๆ คือ สมอง หัวใจ ไต ตา ดังนี้

1.7.1 สมอง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ระบบประสาทส่วนกลางจะมีการเสื่อมหน้าที่ โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย (Occipital headache) ในตอนเช้า ในระยะแรกจะมีอาการมึนงง เวียนศีรษะ บ้านหมุน หูอื้อ ตาพร่ามัวหรือเป็นลม (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ถ้าเป็นรุนแรงมากขึ้นจะมีอาการของหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตก มีเลือดออกในสมอง เกิดอัมพฤกษ์/อัมพาตได้ ซึ่งภาวะเลือดออกในสมอง

เป็นสาเหตุการตายที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (ฟิงใจ งามอุโฆษ, 2551; Gallagher, 2004) และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของอัมพฤกษ์/อัมพาตที่พบได้บ่อย (วันดี โภคะกุล, 2547)

1.7.2 หัวใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงโดยตรง (ฟิงใจ งามอุโฆษ, 2551) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหัวใจจะทำงานชดเชยโดยการเพิ่มความหนาของผนังหัวใจ หัวใจห้องล่างซ้ายโต การทำงานของหัวใจแต่ละห้องเสื่อมลงเกิดอาการหัวใจวายตามมา นอกจากการเสื่อมของหัวใจแต่ละห้องแล้ว หลอดเลือดโคโรนารีก็เสื่อมด้วยทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอาจเป็นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน เป็นผลให้หัวใจเดินผิดปกติและเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย (Gallagher, 2004)

1.7.3 ไต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอย afferent และ efferent arterioles และใน glomerular capillary ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีผลให้อัตราการกรองของไตลดลง การทำหน้าที่ของ tubular เสื่อมลง พบโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) ปัสสาวะเป็นเลือดแบบ microscopic hematuria และเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง (Gallagher, 2004) มีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ถ้ามีอาการมากๆ จะมีอาการอ่อนเพลีย ชีด คลื่นไส้ อาเจียน ชีมนลง (วันดี โภคะกุล, 2547) ประมาณร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุมาจากไตวายเรื้อรัง (Williams, 2001)

1.7.4 ตา ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในระยะยาวจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของจอประสาทตา โดยหลอดเลือดฝอยเล็กๆในจอตาจะตีบแคบลง และมีการหดเกร็ง มีเลือดออกในจอตา และหัวประสาทจอตาบวม (papilledema) ซึ่งจะมีผลทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (scotomata) ตามัว และอาจทำให้ตาบอดได้ แต่ถ้าสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ อยู่ในระดับที่เหมาะสมอาการต่างๆเหล่านี้จะดีขึ้นได้ (วันดี โภคะกุล, 2547; Williams, 2001)

จากการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของความดันโลหิตสูงกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทำการศึกษาในประชากร 420,000 ราย ติดตามเป็นระยะเวลา 6-25 ปี (เฉลี่ย 10 ปี) เกิดอุบัติการณ์ของหลอดเลือดสมอง 843 ราย และโรคหลอดเลือดหัวใจ 4,858 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเกิดหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความดันโลหิตสูง (MacMahon et al., 1990 อ้างใน พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2552)

ภาวะแทรกซ้อนต่อสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ญาติ และผู้ใกล้ชิด รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขควรทราบอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่สำคัญ เพื่อประเมินอาการและให้การรักษาส่งผู้ป่วยได้ทันเวลา เพื่อลดความรุนแรงของโรค และความพิการที่อาจจะ

เกิดขึ้น โดยอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีดังนี้ 1) อาการชาหรืออ่อนแรง แขนขา หรือใบหน้า ข้างใดข้างหนึ่งทันที 2) พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด 3) เดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย หรือเวียนศีรษะ มึนงง บ้านหมุน ทันทีทันใด 4) มองเห็นภาพซ้อน ตามัว หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันทีทันใด 5) ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ทันทีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

สรุป

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ควรทำการวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยทำการตรวจร่างกายและการซักประวัติเพื่อประเมินระดับความดันโลหิต ตรวจหาสาเหตุของโรค และเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จะมีอาการเมื่อระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรงแล้ว ซึ่งทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตทำได้ยากขึ้น การควบคุมระดับความดันโลหิตนั้นสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดสมองซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือทำให้เกิดความพิการได้ ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นสำคัญร่วมกับการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

2.การควบคุมความดันโลหิต

การควบคุมความดันโลหิตจะช่วยลดอัตราการเกิดความพิการและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต การควบคุมความดันโลหิตจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคความดันโลหิตสูง คือ ลดอัตราการเกิดอัมพฤกษ์และอัมพาตได้ร้อยละ 35-40, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) ได้ร้อยละ 20-25, และโรคหัวใจวาย (Heart failure) ได้มากกว่าร้อยละ 50 (Joint National Committee, 2003) โดยการควบคุมความดันโลหิตนั้นมีเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่เป็นความดัน

โลหิตทั่วไป ส่วนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550; Joint National Committee, 2003) การควบคุมความดันโลหิตควรปฏิบัติดังนี้

2.1 การบริโภค

การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม โดยจำกัดการรับประทานที่มีเกลือโซเดียมในอาหารให้น้อยกว่า 2.4 กรัม โซเดียมหรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน (Joint National Committee, 2003) ซึ่งจะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (ตารางที่ 1) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Joint National Committee, 2003) โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่ควรเพิ่มรสเค็มในอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น ของหมักดอง ของตากแห้ง หรืออาหารที่มีปริมาณเกลือสูงอยู่แล้ว เช่น กะปิ น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น รวมทั้งระมัดระวังในการใช้สารอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) อาหารที่ผ่านขบวนการถนอมอาหาร เช่น กุนเชียง ไข่กระบอก ไข่เค็ม อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) การศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่ามีการเฉลี่ยปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคต่อวันเท่ากับ 7.6 กรัม โดยส่วนใหญ่โซเดียมได้จากการรับประทานเครื่องปรุงรส มีพฤติกรรมการรับประทานที่มีโซเดียมไม่เหมาะสม (คลรัตน์ รุจิวัฒนากร, 2547) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ลดการปรุงรสในอาหาร เช่น น้ำปลา ซอส หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรส รวมทั้งอาหารหมักดอง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ (อวยพร จินาวงศ์, 2547) การจำกัดการบริโภคโซเดียมโดยใช้เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมต่ำแทนเครื่องปรุงรสปกติมีผลต่อการลดระดับความดันซิสโตลิกของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (วิวรรณ ลิ้มมานนท์, 2549)

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรับประทานข้าว ผักสดทุกชนิด และผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัดให้มาก และลดปริมาณอาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยการใช้ไขมันพืชแทนการใช้ไขมันจากสัตว์จะทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; อวยพร จินาวงศ์, 2547; Joint National Committee, 2003) การรับประทานผัก ผลไม้ ลดปริมาณไขมันในอาหารจะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (ตารางที่ 1) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Joint National Committee, 2003) จากการศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกได้ (Ruixing et al., 2008)

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงต้องควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้เกิดความอ้วน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) เนื่องจากความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงและเป็นปัญหาที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต (American Heart Association, 2003 cited in Ford, Zhao, Li, Pearson, & Mokdad, 2008; Harsha & Bray, 2008) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะมีผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นด้วย (มันทนา ประทีปะเสน และ วงเดือน ปันดี, 2542; Ebrahim & Smith, 1998 cited in Harsha & Bray, 2008) การควบคุมอาหารประเภทไขมันจะมีส่วนในการช่วยลดน้ำหนักตัว ลดค่าดัชนีมวลกาย และมีผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Joint National Committee, 2003) โดยการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมจะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิก 5-10 มิลลิเมตรปรอท (ตารางที่ 1) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Joint National Committee, 2003) และการลดน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม จะช่วยลดระดับความดันไดแอสโตลิก 0.92 มิลลิเมตรปรอท (Neter et al., 2003 cited in Ford et al., 2008) การศึกษาปฏิบัติการการเกิดความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย และระดับไขมันได้ฟิพพวมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทัศนีย์ รัชชา, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, และ วิทยา กาพิน, 2551) ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีระดับความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Ruixing et al., 2008)

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรงดการสูบบุหรี่ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการลดระดับความดันโลหิตได้เช่นกัน การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Halperin, Gaziano, & Sesso, 2008) การงดสูบบุหรี่เป็นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงได้ และมีผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองและหัวใจอุดตันด้วย (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546)

การลดการดื่มสุรามีส่วนช่วยในการลดระดับความดันโลหิตได้เนื่องจากการดื่มสุราในปริมาณปานกลาง (23-46 g/d) และปริมาณมาก (มากกว่า 46 g/d) จะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและยังเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองโดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมองอีกด้วย (Ohkubo et al., 2009) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มสุราจะมีระดับความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา (Ruixing et al., 2008) ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรงดหรือจำกัดการดื่มสุรา ไม่ควรเกิน 2 drinks/วัน (เบียร์ 720 มิลลิลิตร, ไวน์ 300 มิลลิลิตร, และวิสกีที่ยังไม่ผสม 90

มิลลิลิตร) ในผู้ชาย และไม่เกิน 1 drink/วัน ในผู้หญิงและคนที่มีน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งจะช่วยลดความดันซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (ตารางที่ 1) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Joint National Committee, 2003) และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาแต่ยังคงมีสุราอยู่ จะทำให้การสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ประสบความสำเร็จ (Ohira et al., 2009)



ตารางที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Joint National Committee, 2003)

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของการลดระดับความดันซิสโตลิก
การลดน้ำหนัก	ให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index) = 18.5-24.9 กก./ตร.ม.	5-10 มิลลิเมตรปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม
ใช้ DASH diet (Dietary Approach to stop Hypertension)	ให้รับประทานผัก ผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัดให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว	8-14 มิลลิเมตรปรอท
การจำกัดโซเดียมในอาหาร	ให้ลดการรับประทานโซเดียม ต้องน้อยกว่า 100 mmol ต่อวัน (2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์)	2-8 มิลลิเมตรปรอท
การออกกำลังกาย	ควรออกกำลังกายชนิด aerobic อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วๆ (อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน)	4-9 มิลลิเมตรปรอท
งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 drinks/วัน ในผู้ชาย (ethanol 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มิลลิลิตร, ไวน์ 300 มิลลิลิตร, วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มิลลิลิตร) และไม่เกิน 1 drink ในผู้หญิงและผู้ที่น้ำหนักตัวน้อย	2-4 มิลลิเมตรปรอท

2.2 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีประโยชน์ทั้งการลดระดับความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (วันดี โภคะกุล และ สมจินต์ โนมวัฒน์ชัย, 2545) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

กำลังกาย (Myers et al., 2002 cited in Kokkinos et al., 2009) โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (วันดี โภคะกุล, 2547; วันดี โภคะกุล และ สมจินต์ โนมวัฒน์ชัย, 2545) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายชนิด aerobic ออกแรงหนักปานกลาง เช่นการเดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน กายบริหาร รำมวยจีน เป็นต้น (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Joint National Committee, 2003) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีประโยชน์ในการเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบไหลเวียนโลหิต ช่วยป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง (เจริญ กระบวนรัตน์, 2551) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายแบบ aerobic อย่างต่อเนื่องจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี นอกจากนั้นยังมีอายุยืนและอัตราการตายต่ำกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542) จากการศึกษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแล้วระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการออกกำลังกาย (พิมพ์มาดา อัจฉริยพัฒนา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2551) การออกกำลังกายจะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (ตารางที่ 1) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Joint National Committee, 2003) ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546) และยังเป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดอีกด้วย (วันดี โภคะกุล, 2547) การออกกำลังกายมีข้อจำกัดในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/105 มิลลิเมตรปรอท ควรได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนการเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกาย แต่ถ้าระดับความดันโลหิตมากกว่า 260/115 มิลลิเมตรปรอท ไม่ควรออกกำลังกาย (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546)

2.3 การผ่อนคลายความเครียด

ความเครียดมีผลทำให้การบีบตัวของหลอดเลือดและระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) โดยความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต การตอบสนองต่อความเครียดทุกสาเหตุทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นไม่แตกต่างกัน (จุฑามาศ พงษ์ญาติ, 2551) ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่มีความเครียดจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่มีความเครียด (สุดารัตน์ ธิจิตภูมิ, 2544) การผ่อนคลายความเครียดมีผลต่อการลดการตอบสนองต่อแอรโรปีเนพรีนในเลือด จึงทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงสุขสบายมากขึ้น เมื่อความวิตกกังวล

ลดลงจะมีผลให้การเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น เพราะความเครียดทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) การได้พักระหว่างงาน การพักผ่อนในวันหยุดต่างๆ เช่นการท่องเที่ยว การได้ทำในสิ่งที่ตนเองชอบและพึงพอใจ จะช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546) การผ่อนคลายความเครียดเป็นการฝึกการควบคุมตนเอง โดยการหายใจเข้า-ออก ลึกๆ การทำสมาธิ การฝึกโยคะ การร่ำมวยจีนไทเก๊ก ซึ่งจะสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546; สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) นอกจากนั้นการผ่อนคลายความเครียดยังสามารถทำได้ โดยการทำงานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ฟังธรรมะ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง คิดและมองโลกในแง่ดี ไม่หมกมุ่นกับปัญหาต่างๆ มากเกินไป (วันดี โภคะกุล, 2547)

2.4 การรับประทานยา

การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยให้การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ผลมากขึ้น การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ มีผลต่อการควบคุมอาการและระดับความดันโลหิต (ศิริมาส บุญประसार, 2544) จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะมีระดับความดันโลหิตลดลง (นนทรัตน์ สถาวิระพงศ์, 2550) การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการรับประทานยาสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 20-50 (Neal et al., 2000 cited in Harsha & Bray, 2008) แต่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาทุกราย สำหรับผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจไม่จำเป็นต้องรับประทานยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) แต่การรับประทานยาเป็นวิธีที่ควรใช้ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงทุกราย (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546) ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงปานกลางและรุนแรง โดยต้องได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการรับประทานยาไม่ควรปรับยา หรือหยุดยาเอง เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และจะไม่ประสบผลสำเร็จในการการควบคุมระดับความดันโลหิต (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถี

ชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546) นอกจากนั้นแล้วควรทราบรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ตนเองรับประทานประจำ ได้แก่ ชื่อยา ลักษณะรูปร่าง สีของยา เหตุผลการใช้ยาที่รับประทานอยู่ การออกฤทธิ์ของยา ระยะเวลาการออกฤทธิ์ ขนาดของยาที่รับประทาน เวลาและความถี่ในการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน และวิธีการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อมีอาการของผลข้างเคียง (กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546; วันดี โภคะกุล, 2547)

สรุป

ปัจจัยที่มีผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตที่สำคัญ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการรักษาโดยใช้ยา ซึ่งทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับประทานยานั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน ระบบสังคมต่างๆ ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงด้วย เพื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม และประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิต

3. แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา ของBronfenbrenner (Bronfenbrenner's Ecological Model)

3.1 ที่มาของ Bronfenbrenner's Ecological Model

Ecological model เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและพัฒนาการของมนุษย์ ในสิ่งแวดล้อมปัจจุบันซึ่งมนุษย์อาศัยอยู่ แนวคิดนี้พัฒนาโดย Urie Bronfenbrenner แนวคิดนี้อยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์และรวบรวมผลลัพธ์จากประสบการณ์มาหลายทศวรรษ โดยเริ่มมีการพัฒนาครั้งแรกในปี ค.ศ. 1970 โดยมีขอบเขตในการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และ Urie Bronfenbrenner ได้พัฒนา Ecological model ต่อมาเรื่อยๆจนถึงปี ค.ศ. 1993 (Bronfenbrenner, 1994) โดย Ecological model เป็นทฤษฎีที่มีการมองสุขภาพว่าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เวลาและสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว องค์กร ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พื้นฐานของทฤษฎีอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาซึ่งเป็นลักษณะของการพิจารณาพัฒนาการของมนุษย์แบบองค์รวม (Bronfenbrenner, 1979, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998)

3.2 องค์ประกอบของ Bronfenbrenner's Ecological Model

Bronfenbrenner's Ecological model เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงองค์ประกอบของการพัฒนาการของมนุษย์ที่มีโครงสร้างของระบบสังคมเป็นสี่ระดับ ได้แก่ microsystem, mesosystem, exosystem และ macrosystem (Bronfenbrenner, 1979) ดังนี้

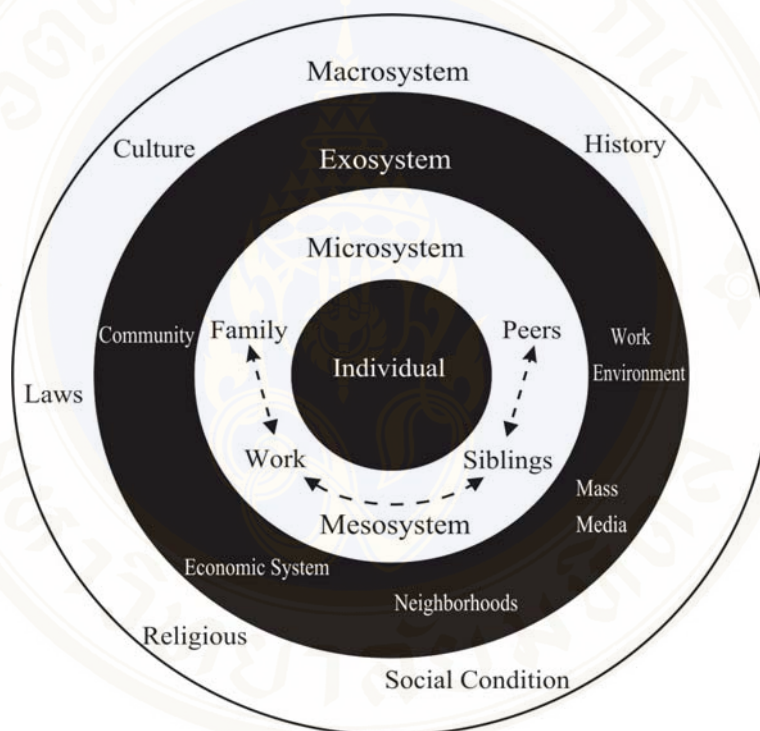
Microsystem ระดับแรกเป็นระบบที่เล็กที่สุด microsystem เป็นระบบของกิจกรรม บทบาท และประสบการณ์ของบุคคลโดยการพัฒนาของบุคคลซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะจากลักษณะพิเศษทางร่างกาย (Bronfenbrenner, 1979) microsystem เป็นระบบที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันของบุคคล เช่น ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน (Bronfenbrenner, 1994)

Mesosystem ระดับที่สองเป็นระบบระดับกลาง mesosystem เป็นระบบที่ประกอบด้วยความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสิ่งแวดล้อมมากกว่าสองอย่างซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนา บทบาทของบุคคล เช่น ระหว่างครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และวงสังคม (Bronfenbrenner, 1979) ปัจจัยที่เพิ่มลักษณะของปฏิสัมพันธ์ของสังคมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของความต้องการของมนุษย์ คือ องค์การในสังคม ซึ่งรวมถึง เครือข่ายในสังคม ระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เครือข่ายเพื่อนวัยเดียวกัน ผู้ร่วมงาน (Kaplan, Pamuk, Lynch, Cohen, & Balfour, 1996; Kawachi, Kennedy, Lochner, & Prothrow-Stith, 1997) ในระดับนี้ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญซึ่งจะเกิดขึ้นและเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบุคคล สิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองอย่าง (Bronfenbrenner, 1979) เช่นการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

Exosystem ระดับที่สามเป็นระดับของอิทธิพล และพลังของชุมชน รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจของสังคมซึ่งมีผลกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เป็นระดับที่กล่าวถึงอิทธิพลที่เกี่ยวข้องในองค์ประกอบของ microsystem เช่น ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว (Bronfenbrenner, 1979; Kaplan et al., 1996) เป็นระดับของสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคล หรือบุคคลถูกผลกระทบโดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม (Bronfenbrenner, 1979)

Macrosystem เป็นระดับที่สี่ ระดับนี้เป็นระดับของวัฒนธรรมซึ่งมาจากการเชื่อ ความรู้ของชุมชน ธรรมเนียมปฏิบัติ วิธีการดำเนินชีวิต ทรัพยากรในชุมชน วัฒนธรรมในชุมชนที่แตกต่างกันก็มีความแตกต่างกันในด้านเศรษฐกิจ ชนชาติ ศาสนา และขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สะท้อนให้เห็นระบบความเชื่อ และวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน ซึ่งช่วยให้ระบบนิเวศวิทยา สิ่งแวดล้อมของแต่ละชุมชนคงอยู่ตลอดไป เป็นระดับที่อยู่ภายนอกสุดของบุคคล ซึ่งภายในจะประกอบไปด้วยระดับของระบบ micro, meso และ exo (Bronfenbrenner, 1979, 1994)

เนื่องจากแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner เป็นแนวคิดที่มีการกล่าวถึงพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ผู้ที่นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาส่วนมากจะนำมาใช้ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยเด็ก เช่นการศึกษาของ Eisenmann และคณะ (Eisenmann, Gentile, Welk, Callahan, Strickland, Walash et al., 2008) โดยศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานของชุมชน โรงเรียน และครอบครัวต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่เป็นโรคอ้วน แต่การศึกษากครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ผู้ศึกษาจึงศึกษาในสิ่งแวดล้อมต่างๆของบุคคลวัยผู้ใหญ่ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่1: Bronfenbrenner' Ecological Model ดัดแปลงจาก Eisenmann และคณะ (Eisenmann, Gentile, Welk, Callahan, Strickland, Walash et al., 2008)

3.3 ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้ Bronfenbrenner's Ecological Model

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ Ecological Model เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ได้แก่

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน โดยทำการศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านโรงเรียน ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 4-6 ปี ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ใช้

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 เดือน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนปัจจัยด้านบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน (ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ, 2550)

การศึกษาแบบแผนการบริโภคและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยศึกษาตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาใน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัวและเพื่อน ระดับสถาบันการศึกษา ระดับชุมชน และระดับสังคม การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย อายุ 18-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนที่สองเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มย่อยกับตัวแทนจากภาคส่วนทั้ง 5 ระดับของสังคม ผลการศึกษาพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยไม่ได้เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยระดับใดระดับหนึ่งเท่านั้น แต่มีอิทธิพลมาจากปัจจัยระดับต่างๆร่วมกัน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วมกันคือ เจตคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท ระยะเวลาในการหาซื้อเครื่องดื่มบริเวณมหาวิทยาลัย การพักอาศัย เพศ และอายุ (สมพล วันตะเมธ, 2551)

การศึกษาระบบนิเวศวิทยาสังคมในการจัดการความเจ็บป่วยของวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า อาการ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ไม่ดี ความพึงพอใจต่อหัวหน้าครอบครัวน้อย อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเจ็บป่วยของวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sylvie, Podolski, Ellis, Frey, & Templin, 2006)

การศึกษาเกี่ยวกับสังคม สภาพแวดล้อมและการออกกำลังกายของหญิงอเมริกันผิวดำ โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของสังคมและสภาพแวดล้อมในด้าน ระเบียบของสังคม สิ่งแวดล้อม เครือข่ายสังคม และการสนับสนุนขององค์กร ต่อการออกกำลังกายของหญิงอเมริกันผิวดำ ผลการศึกษา พบว่า ระบบสังคมและสภาพแวดล้อมต่างๆมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของหญิงอเมริกันผิวดำ (Fleury & Lee, 2006)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยายังไม่มี ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดนี้มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตจากสิ่งแวดล้อมระดับต่างๆของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

สรุป

Ecological model เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและพัฒนาการของมนุษย์ ในสิ่งแวดล้อมปัจจุบันซึ่งมนุษย์อาศัยอยู่ เป็นทฤษฎีที่มีการกล่าวถึงสภาพว่าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เวลาและสิ่งแวดล้อม โดยมีองค์ประกอบของระบบสังคมเป็นสี่ระดับ ได้แก่ microsystem, mesosystem, exosystem และ macrosystem ซึ่งมีผู้นำ Ecological model มาเป็นแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน การศึกษาแบบแผนการบริโภคและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัย การศึกษาระบบนิเวศวิทยาสังคมในการจัดการความเจ็บป่วยของวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 การศึกษาเกี่ยวกับสังคม สภาพแวดล้อมและการออกกำลังกายของหญิงอเมริกันผิวดำ เป็นต้น แต่ยังไม่พบว่ามีผู้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ทัศนศึกษาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือกกรณีศึกษา

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

กรณีศึกษา เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 2 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน มีที่อยู่อาศัยปัจจุบันอยู่ในอำเภอดำเนินสะดวก โดยกรณีศึกษามีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่ต่ำกว่า 1 ปี
2. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรง (ความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 และ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2550) และมีประวัติความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรงมาก่อน
3. รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ชนิด
4. ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
5. สัมผัสใจเข้าร่วมการศึกษา

สถานที่ในการศึกษา

สถานที่ในการศึกษานี้ คือ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมารับบริการและผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูงสัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันพฤหัสบดีช่วงบ่าย โดยมีเจ้าหน้าที่

ให้บริการในคลินิกดังนี้ แพทย์จำนวน 3 - 4 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมารับบริการเฉลี่ยวันละ 120 คน ในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรงส่วนมากผู้รับบริการจะถูกส่งไปรับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่บ้านของกรณีศึกษาซึ่งอยู่ในชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ซึ่งประกอบด้วย 13 ตำบล 106 หมู่บ้าน พื้นที่ส่วนใหญ่ของอำเภอคำเนินสะดวกเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำสวนผักและผลไม้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า มีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งพัฒนาโดยผู้ศึกษาและตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว (ภาคผนวก ก)
2. แบบบันทึกต่างๆ ซึ่งพัฒนาโดยผู้ศึกษาและตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษา (ภาคผนวก ข)
 - 2.1 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ยาที่รับประทานประจำ เส้นรอบเอว น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด (ข้อมูลจากเวชระเบียน) และระดับไขมันในเลือดครั้งล่าสุด (ข้อมูลจากเวชระเบียน)
 - 2.2 แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ แบบบันทึกกิจกรรมและการออกกำลังกายประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานยา
3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยใช้พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาเป็นแนวทางในการกำหนดคำถาม (ภาคผนวก ค)
4. การบันทึกข้อมูลภาคสนาม
5. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ Riester รุ่น ri-champion N ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานของเครื่องมือโดยกองวิศวกรรมการแพทย์/ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีละ 1 ครั้ง
6. เครื่องชั่งน้ำหนักแบบสเกล Seca ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานของเครื่องมือโดยกองวิศวกรรมการแพทย์/ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีละ 1 ครั้ง
7. สายวัดชนิดพลาสติก มีความยาว 150 เซนติเมตร
8. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 8.1 เวชระเบียนของกรณีศึกษา

8.2 เครื่องบันทึกเสียง

8.3 อุปกรณ์เครื่องเขียน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว (ID 09-52-30 ว) ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและประสานงานกับหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในการคัดเลือกกรณีศึกษาจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดและเก็บข้อมูลกรณีศึกษา

2. ดำเนินการคัดเลือกผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีระดับความดันโลหิตสูง ระดับรุนแรงโดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับความดันโลหิตย้อนหลังจากเวชระเบียน) และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตลงในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว คำนวณค่าดัชนีมวลกาย และบันทึกลงในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ บันทึกระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือดครั้งล่าสุดโดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนลงในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ

4. ผู้ศึกษาชี้แจง ข้อมูล รายละเอียด ในการบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย และการรับประทานยาให้กับกรณีศึกษา โดยชี้แจงเป็นรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 10 นาที และมอบหมายให้กรณีศึกษาทำการบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การรับประทานยาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ดังนี้

4.1 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร บันทึก ชนิดอาหารที่รับประทาน เครื่องปรุงรสที่ใส่เพิ่มด้วยตนเอง ปริมาณ เวลาที่รับประทานอาหารในแต่ละมื้อ

4.2 แบบบันทึกกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย บันทึกชนิดของกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ทำในแต่ละวัน เวลา และระยะเวลาในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

4.3 แบบบันทึกการรับประทานยา บันทึกจำนวนและเวลาที่รับประทานยาลดระดับความดันโลหิตแต่ละชนิดในแต่ละวัน

5. นัดหมายวัน เวลาที่จะสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษา

6. หลังจากที่ถูกกรณีศึกษาบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ครบถ้วนแล้ว ผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์เชิงลึก

รายกรณีที่บ้านของกรณีศึกษา ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ในวัน เวลาที่นัดกรณีศึกษา โดยทำการสัมภาษณ์กรณีศึกษา 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกันครั้งละ 2-4 สัปดาห์ ครั้งละ ประมาณ 1 ชั่วโมง ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ศึกษาอนุญาตบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกสิ่งที่ได้จากการสังเกตสภาพแวดล้อมต่างๆไปของที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษา ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์หากกรณีศึกษาต้องยุติการสัมภาษณ์ไม่ว่ากรณีใดๆ ผู้ศึกษาจะยุติการสัมภาษณ์ดังกล่าว และทำการนัดหมายกับกรณีศึกษาเพื่อการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษา

นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการให้รหัสข้อมูล แล้วนำมาจัดหมวดหมู่แยกประเภทของข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการให้รหัส การจัดหมวดหมู่แยกประเภทของข้อมูล และให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อความน่าเชื่อถือในความถูกต้องของข้อมูล สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และบันทึก รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย แบบบันทึกการรับประทานยาของกรณีศึกษา ผู้ศึกษานำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการประกอบการนำเสนอผลการศึกษาและการอภิปรายผล การนำเสนอผลการศึกษานี้ทำเป็นรายกรณีศึกษา เปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษา และอภิปรายจากแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา ให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงเพื่อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด การตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาเป็นไปโดยความสมัครใจของกรณีศึกษา โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ภายหลังได้ฟังคำชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาจากผู้ศึกษา ผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลกระทำโดยไม่มีการระบุชื่อ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอเป็นรายกรณี โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลรายกรณี ประกอบด้วยข้อมูลส่วนต่างๆ ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว
- 1.2 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต
- 1.3 ปัญหา อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
2. ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย
 - 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว
 - 2.2 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต
 - 2.3 ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต

1. ข้อมูลรายกรณี

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว ของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายดังแสดงในตารางที่ 2 และข้อมูลภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายดังแสดงในตารางที่ 3 มีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1: นางหญิง (นามสมมติ)

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว

นางหญิงอายุ 52 ปี ระดับความดันโลหิต 230/110 mmHg. ซึ่งเป็นความดันโลหิตในระดับรุนแรงตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย รับประทานยาลดระดับความดันโลหิต 2 ชนิด คือ HCTZ (50mg) ½ tab oral OD pc. และ Atenolol (50mg) 1 tab oral OD pc. จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้างตัดหน่อไม้ฝรั่ง มีรายได้จากการประกอบอาชีพรวมกับลูก 2 คนให้เฉลี่ย 10,000 บาท/เดือน รายได้เพียงพอ มีเงินเก็บบ้างเล็กน้อย ไม่มีหนี้สิน บิดามารดาเสียชีวิตแล้วด้วยโรคชรา มีพี่น้องทั้งหมด 9 คน นางหญิงเป็นบุตรคนที่ 7 มีพี่ชายคนที่ 5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง นางหญิงสมรสกับสามีคนแรก มีบุตร 3 คน บุตรคนแรก

ผู้ชายอายุ 38 ปีแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ประกอบอาชีพรับราชการทหาร สมรสแล้ว มีบุตร 3 คน บุตรคนที่ 2 ผู้ชาย เป็นโรคลมชัก เสียชีวิตตอนอายุ 19 ปี เนื่องจากจมน้ำ บุตรคนที่ 3 ผู้หญิงอายุ 24 ปี แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ประกอบอาชีพรับจ้าง สมรสแล้วมีบุตร 1 คน นางหญิงเล็กกับสามีคนแรกประมาณ 20 ปี แล้วมาสมรสกับสามีคนที่ 2 อายุ 50 ปี ไม่มีบุตรกับสามีคนที่สอง ปัจจุบันสามีบวชพระเนื่องจากมีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันสูง ไขมันดีต่ำ ความสัมพันธ์ในครอบครัวค่อนข้างดี ลูกและหลานเป็นกำลังใจที่สำคัญของนางหญิงในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกำลังใจให้นางหญิงเลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่ โดยนางหญิงเล่าว่า “ลูกจะให้กำลังใจเยอะ...แม่กินผักเยอะๆนะ แม่เป็นความดันแม่กินพวกนี้ไม่ได้ แม่ต้องกินผักเยอะๆ อันไหนแม่คงได้แม่ก็งดไป...ลูกๆ กับหลานเขาจะคอยให้กำลังใจ” ฝั่งครอบครัวของนางหญิงแสดงในภาคผนวก ง ที่อยู่อาศัยปัจจุบันของนางหญิงเป็นชุมชนชนบทมีร้านขายของชำ ตลาดนัด วัดและโรงเรียนใกล้บ้าน และมีตลาดสด ซุปเปอร์มาร์เก็ตไม่ไกลจากชุมชนที่อยู่อาศัย ดังแสดงในแผนที่บ้านของนางหญิง (ภาคผนวก จ)

ด้านกิจวัตรประจำวัน ตอนเช้านางหญิงจะตื่นนอนประมาณตีสี่ ทำกับข้าว กวาดบ้าน ถูบ้าน ใส่บาตรพระที่เดินมาบิณฑบาตหน้าบ้าน ซักเสื้อผ้า เตรียมอาหารที่จะนำไปรับประทานตอนกลางวัน อาหารมื้อเช้าจะดื่มกาแฟ 1 แก้ว (กาแฟสำเร็จรูปชนิดทรีอินวัน) และรับประทานอาหารที่ทำเอง แต่ถ้าบางวันนางหญิงตื่นสายประมาณตีสี่ครึ่งถึงตีห้า ก็จะทำกับข้าวไม่ทันต้องไปซื้ออาหารเพื่อนำไปรับประทานตอนกลางวัน มื้อเช้าก็จะดื่มกาแฟไปจากบ้าน 1 แก้ว นางหญิงออกจากบ้านไปทำงานประมาณ 6.30 น. โดยขี่รถจักรยานยนต์ไปเอง เมื่อไปถึงสวนจะดื่มน้ำเต้าหู้ 1 ถ้วยกับปาท่องโก๋ 1 ถ้วยซึ่งเธอก็ซื้อไว้ให้ หลังจากนั้นก็ทำงานตัดหน่อไม้ฝรั่ง รับประทานอาหารกลางวันประมาณ 12.00 น. แล้วทำงานต่อถึงประมาณ 14.00 น. หลังจากนั้นจะไปทำงานในสวนต่อบางวันก็แต่งต้นหอมพู่ ห่อฝรั่งบ้าง ถึงประมาณ 17.00 น. กลับถึงบ้านประมาณ 17.30 น. กลับมาจะกวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้หน้าบ้าน ทำอาหารและรับประทานอาหารเย็นประมาณ 19.00 – 19.30 น. ไม่มีเวลาในการออกกำลังกายแต่นางหญิงบอกว่าการกวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว หลังจากนั้นจะอาบน้ำ แล้วนอนดูโทรทัศน์และเข้านอนประมาณ 20.30 – 21.00 น. แต่ถ้าวันไหนลูกโทรมาว่าจะพาไปที่สวนนางหญิงก็จะไม่ไปทำงานในสวนต่อ จะตัดหน่อไม้ฝรั่งถึงแค่ประมาณ 14.00 น. แล้วกลับบ้าน ไปเที่ยวกับลูก หลาน และกลับถึงบ้านประมาณ 19.00 น.

การจัดอาหารในครอบครัว นางหญิงบอกว่าจะทำอาหารรับประทานเองทุกมื้อโดยซื้อกับข้าวจากตลาดนัดใกล้ๆบ้าน โดยปกติตอนเช้าประมาณ 6.00 น. จะดื่มกาแฟ 1 แก้วซึ่งเป็นกาแฟสำเร็จรูปชนิดทรีอินวันและรับประทานอาหารที่ทำเองทุกวัน และเตรียมอาหารที่ทำตอนเช้าไปรับประทานมื้อกลางวันด้วย แต่ถ้าวันไหนตื่นสายก็ทำอาหารไม่ทันจะดื่มแค่กาแฟ 1 แก้ว เมื่อไปถึง

สวนจะคั้นน้ำเต้าหู้ 1 ถูกับปาต่องโก๋ 1 ถู ซึ่งถ้าแก่เป็นผู้ซื้อไว้ให้คนงานทุกคนโดยจะให้น้ำเต้าหู้คนละ 1 ถู ส่วนปาต่องโก๋จะเตรียมไว้ให้เยอะแล้วแต่ใครจะรับประทานก็ซื้อได้ แต่นางหญิงบอกว่าตนเองรับประทานแค่คนเดียว แล้วก็รับประทานส้มที่นำไปจากบ้าน อาหารมื้อกลางวันจะรับประทานประมาณ 12.00 น. โดยรับประทานอาหารที่ทำเองซึ่งเตรียมไปจากบ้าน แต่วันที่เตรียมอาหารไม่ทันก็จะไปรับประทานถ้วยเดียวและรับประทานขนมหวานซึ่งจะขายเป็นถุง ถุงละประมาณ 1 ถ้วย โดยขนมหวานจะรับประทานประมาณอาทิตย์ละ 1 – 2 วัน ส่วนอาหารมื้อเย็นก็จะกลับมาทำรับประทานเองเช่นกันโดยนางหญิงกล่าวว่าอาหารที่ทำส่วนมากจะเป็นผักและน้ำพริก ซึ่งผัดผักไม่ค่อยได้ใส่หมู ถ้าใส่หมูก็จะเป็นหมูเนื้อแดงเพราะหมูมันๆ ไม่ชอบ ชอบทำข้าวผัดใส่หมูหยองซึ่งนางหญิงบอกว่าชอบรับประทานหมูหยอง จะซื้อมาทีละครึ่งกิโล รับประทานได้ประมาณสิบวัน โดยใส่ข้าวผัดและรับประทานกับข้าวต้ม ในส่วนการเติมเครื่องปรุงรสนางหญิงกล่าวว่าเวลาทำอาหารจะเติมให้ได้รสใส่รสดีประมาณหนึ่งช้อนชา ถ้าเป็นอาหารประเภทผัดก็จะใส่น้ำมันหอยหนึ่งช้อนโต๊ะ เวลารับประทานก็จะไม่เติมอะไรแล้ว ยกเว้นเวลารับประทานข้าวต้มจะใส่น้ำตาล น้ำมันที่ใช้ประกอบอาหารเป็นน้ำมันพืช ไม่ใช้น้ำมันหมู นางหญิงเล่าว่า “เมื่อก่อนนี้ใช้น้ำมันหมูแต่เลิกใช้มาประมาณยี่สิบปีแล้ว เมื่อก่อนกินน้ำมันหมูแล้วมันอ้วน แล้วกับข้าวที่ทำก็เป็นไข ลูกๆ บ่นก็เลยเลิกกิน ไม่ซื้อ” หลังจากรับประทานอาหารเย็นก็จะรับประทานผลไม้ซึ่งผลไม้ส่วนมากที่รับประทานเป็นประจำคือ ส้มเขียวหวาน 1 - 2 ผล ส่วนสาลี่ แอปเปิ้ล มังคุดจะรับประทานเป็นบางวัน แต่ไม่ชอบผลไม้ที่มีรสหวานจัด ก่อนนอนจะดื่มนมไวตามินดี 1 กล่องทุกวัน นางหญิงจะบริโภคอาหารเช้าและเย็นคนเดียวเกือบทุกวัน ยกเว้นวันที่ลูกชายและลูกสาวมาหา โดยนางหญิงเล่าว่า “เวลาลูกมาจะทานกับลูก...จะโทรมาบอกว่าแม่ไม่ต้องทำกับข้าว เขาจะซื้อเข้ามา” ลูกชายจะมาเกือบทุกวันพุธ ส่วนลูกสาวจะมาวันเว้นวันหรือวันเว้นสองวัน ลูกชายเวลามาจะชอบซื้ออาหารทะเลมาอย่างรับประทาน พวกปลาหมึก กุ้ง หอยแมลงภู่ โดยจะซื้อมาเดือนละประมาณ 3 สัปดาห์ แต่นางหญิงกล่าวว่าตนเองรับประทานไม่เยอะ “เดินผ่านก็จะหยิบขึ้น สองชิ้น ...แต่เมื่อก่อนทานบ่อย” “เมื่อก่อนชอบอาหารทะเล” ส่วนลูกสาวไม่ค่อยได้ซื้อมา

การสูบบุหรี่ของนางหญิง ปัจจุบันนางหญิงจะสูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณวันละ 5 – 6 มวน โดยจะสูบช่วงกลางวันหลังจากบริโภคอาหารกลางวันเสร็จแล้ว 1 – 2 มวน เวลาสูบก็จะแอบไปสูบบุหรี่เพื่อไม่ให้เพื่อนร่วมงานรู้ซึ่งนางหญิงกล่าวว่า “มีเด็กวัยรุ่น อายุ 14 – 15 ทำงานอยู่ด้วย กลัวว่าจะเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี แอบไปสูบบุหรี่ๆ ไม่อยากให้ใครเห็น เราเป็นผู้ใหญ่แล้ว ทำตัวอย่างไม่ดี เดียวเขาไม่นับถือ” และจะสูบตอนเย็นที่บ้านประมาณ 3 – 4 มวน โดยนางหญิงเล่าถึงสาเหตุที่ยังสูบบุหรี่อยู่ว่า “เหงา อยู่ในบ้านคนเดียว...หันไปหันมา แล้วมันก็อดไม่ได้” นอกจากนั้นแล้วก็เห็นคนที่เดินผ่านไปผ่านมาแถวบ้านเขาสูบกับเยอะมาก “เห็นเขาสูบก็อยากสูบบ้าง...ถ้าไม่เห็นก็เฉยๆ” แต่ถ้า

ลูกหลานมาบ้านก็จะไปสูบนอกบ้านไกล ไม่อยากให้หลานเห็น ส่วนการดื่มสุราปัจจุบันก็ยังดื่มสุราอยู่ จะดื่มตอนเย็น โดยจะดื่มเพียงวันละ 1 ขวดกระทั่งแดง ซึ่งสาเหตุที่ดื่มเนื่องจากเพื่อนร่วมงานแนะนำให้ดื่มเพื่อแก้อาการปวดหลังจากการทำงานและทำให้มีความรู้สึกลอยสบายบริโภคอาหาร หลังจากนั้นก็ดื่มมาเรื่อยๆทุกวัน นางหญิงเล่าถึงการสูบบุหรี่และดื่มสุราครั้งแรก โดยสูบบุหรี่และดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุ 38 ปี เนื่องจากมีภาวะเครียดจากเหตุการณ์ที่สามีคนที่สองบวชพระเนื่องจากสุขภาพไม่ดี มีปัญหากับครอบครัวของสามีพร้อมกับที่บุตรชายคนที่ 2 จมน้ำเสียชีวิต ลูกชายคนโตและลูกสาวคนเล็กก็กำลังศึกษา กู้หาเงินให้ลูกเรียนไม่ทัน หาทางออกวิธีอื่นไม่ได้ เห็นเขาสูบบุหรี่ก็เลยลองสูบบ้างแล้วก็เลยติด สูบมาตลอดวันละ 1 ซอง เครียดมากก็ดื่มสุราด้วยวันละประมาณครึ่งเบนทุกวัน แต่เมื่อปี 2544 หลังจากผ่าตัดมดลูกแล้วก็เลิกดื่มสุราเนื่องจากลูกๆและหลานขอให้เลิก แต่ก็เลิกดื่มได้สองปีก็กลับมาดื่มอีกโดยเพื่อนชวนดื่มเพียงวันเพื่อแก้อาการปวดหลังจากการทำงาน แต่การสูบบุหรี่จะสูบมาโดยตลอดแต่ปริมาณที่สูบลดลง นางหญิงเล่าว่าตนเองทราบว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุราทำให้ความดันโลหิตสูง ตนเองอยากจะเลิก แต่ก็ยังไม่สามารถเลิกได้

ด้านภาวะสุขภาพ นางหญิงทราบว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูงมาประมาณ 8 ปี ตอนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำผ่าตัดมดลูกโดยมีระดับความดันโลหิต 160/100 mm Hg ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต 1 ชนิด คือ Adalat (5 mg) 1 tab oral bid pc. โดยหลังจากออกจากโรงพยาบาลก็จะไปรับยาตามนัดทุกครั้งโดยไปรับยาพร้อมกับยาฮอร์โมนจากสูติ-นรีแพทย์ รับประทานยาอยู่สองปี สูติ-นรีแพทย์ให้เลิกรับประทานยาฮอร์โมนและไม่ได้ให้ยาลดระดับความดันโลหิตมาทานต่อ นางหญิงจึงมีความคิดว่าตนเองหายจากโรคความดันโลหิตสูงแล้ว โดยนางหญิงกล่าวว่า “พยาบาลเข้าวัดความดัน ถามเขา เขาบอกว่าความดันปกติ หมอเขาก็เลยไม่ได้ให้ยาความดันมา ... ก็คิดว่าเราไม่เป็นแล้ว แล้วมันก็ไม่ปวดหัว ไม่มีอาการอะไร” แต่เมื่อประมาณ 2 ปีก่อน นางหญิงตื่นล้มกระตุกสันหลังเคลื่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับการวัดความดันโลหิตพบว่ามีความดันโลหิตสูงอีกแพทย์กระตุกและซื้อที่รักษาเรื่องกระตุกสันหลังจึงให้ยาลดระดับความดันโลหิต 2 ชนิด คือ HCTZ (50 mg) ½ tab oral OD pc. และ Atenolol (50 mg) 1 tab oral OD pc. หลังจากนั้นระดับความดันโลหิตก็อยู่ในระดับปกติ จนเมื่อ ประมาณ 2 -3 เดือนก่อน แพทย์ไม่ได้ให้ยาลดระดับความดันโลหิตมารับประทาน นางหญิงจึงคิดว่าตนเองหายจากโรคความดันโลหิตสูงอีก และไม่ได้ไปรับการวัดความดันโลหิตอีก จนเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2552 นางหญิงไม่สบายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการวัดความดันโลหิตพบว่ามีความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรง 230/110 mmHg ดังแสดงในกราฟระดับความดันโลหิตของนางหญิง (ภาคผนวก ก) และได้รับยาลดระดับความดันโลหิต 2 ชนิด คือ HCTZ (50 mg) ½ tab oral OD pc. และ Atenolol (50 mg) 1 tab oral OD pc. โดยนางหญิงรับประทานยาครบตามจำนวน ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งทุก

วัน ส่วนภาวะสุขภาพอย่างอื่นจากข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด 100 mg% ปี พ.ศ. 2544 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำผ่าตัดมดลูกเจาะเลือดตรวจระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ปัจจุบันนางหญิงมีเส้นรอบเอว 76.5 เซนติเมตร มีน้ำหนักตัว 47.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 20.83 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งเป็นค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในระดับปกติ แต่นางหญิงเล่าว่าเมื่อก่อนนี้อ้วนกว่านี้ น้ำหนัก 65 กิโลกรัม และลดน้ำหนักโดยการวิ่ง แต่ปัจจุบันไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเพื่อนออกกำลังกายและต้องทำงานตัดหญ้าไม่พรั่งไม่มีเวลาออกกำลังกายโดยคิดว่าการเดินตัดหญ้าไม่พรั่งทุกวัน การทำงานบ้านกวาดบ้านถูบ้าน รดน้ำต้นไม้เป็นการออกกำลังกาย

2) พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

นางหญิงมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) การบริโภคอาหาร

2.1.1) รับประทานผักเป็นประจำ โดยจากแบบบันทึกการบริโภคอาหาร อาหารที่รับประทานมีผักเป็นส่วนประกอบทุกวัน และนางหญิงกล่าวถึงอาหารที่ชอบว่า “ชอบผัก...ผัดผัก ไม่ค่อยใส่หมู” และกล่าวว่า “กับข้าวทุกมื้อมีแต่ผัก ส่วนมากจะเป็นผัด” รวมทั้งลูกๆคอยให้กำลังใจ บอกนางหญิงว่า “แม่กินผักเยอะๆนะ แม่เป็นความดัน แม่ต้องกินผักเยอะๆ”

2.1.2) รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด โดยนางหญิงรับประทานส้มเขียวหวานเป็นประจำ รับประทานสาลี่ แอปเปิ้ลเป็นบางครั้ง แต่ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน จะไม่ชอบรับประทาน

2.1.3) ลดอาหารประเภทไขมัน โดยนางหญิงเล่าว่าเนื้อสัตว์ที่ใช้ประกอบอาหารใช้เนื้อหมูซึ่งเป็นเนื้อแดง หมูสามชั้นนานๆจะทำสักครั้งตอนดื่มจับจ่ายแต่ก็รับประทานแต่ผักไม่รับประทานหมูสามชั้นที่ใส่ งดรับประทานอาหารทะเล รับประทานเล็กน้อยเวลาที่ลูกซื้ออาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอยแมลงภู่มาให้ย่างให้รับประทาน น้ำมันที่ใช้ประกอบอาหารใช้น้ำมันพืช ไม่ใช้น้ำมันปาล์มและน้ำมันหมู โดยนางหญิงกล่าวว่า “น้ำมันหมูไม่กิน เมื่อก่อนนี่กิน เลิกกินมาประมาณยี่สิบปีแล้ว เมื่อก่อนกินน้ำมันหมูแล้วมันอ้วน หน้าหนาวทำกับข้าวแล้วมันเป็นไข ลูกๆบ่นก็เลยเลิก ไม่กิน ไม่ซื้อ”

2.1.4) มีการควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อไม่ให้อ้วน โดยการควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน เนื่องจากมีความคิดว่าถ้าอ้วนแล้วอึดอัดเดินทำงานไม่ไหว และถ้าอ้วนความดันโลหิตจะสูงขึ้น เวลาน้ำหนักลดความดันโลหิตจะลดลง

2.1.5) เลิกดื่มสุราและลดการสูบบุหรี่ โดยนางหญิงเลิกดื่มสุรามาประมาณ 2- 3 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์โดยกล่าวว่าตั้งแต่ตนเองไม่สบายก็เลิกดื่มสุรา แล้วพอหายก็ไม่ได้ดื่มสุราอีกเลย และลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงโดยกล่าวว่าในปัจจุบันตนเองลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 5 -6 มวน

2.2) การออกกำลังกาย นางหญิงกล่าวว่าไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย แต่ทราบว่าการออกกำลังกายช่วยลดความดันโลหิตได้ โดยทราบจากรายการโทรทัศน์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนางหญิงคิดว่าการทำงานเดินตัดหน่อไม้ทั้งวัน และการทำงานบ้าน กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ก็เป็นการออกกำลังกาย งานที่ไม่ต้องยกของหนัก โดยนางหญิงเล่าถึงการทำงานตัดหน่อไม่ว่า ทำงานไม่หนัก หิ้วตะกร้าไปตัดหน่อไม้ไป “ถ้าหนักเต็มมากเราก็ไม่เอา เราก็ไปเปลี่ยนตะกร้า เอาตะกร้าเข้าไปใหม่”

2.3) การผ่อนคลายความเครียด

2.3.1) ไปเที่ยวพักผ่อนกับลูกๆ หลานๆ โดยลูกๆพาไปเที่ยวเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งนางหญิงเล่าถึงความรู้สึกหลังจากไปเที่ยวว่า “รู้สึกดี มีความสุข สบายใจ ได้อยู่ด้วยกันพร้อมหน้าพร้อมตา ทั้งลูกชาย ลูกสาว หลาน”

2.3.2) หลีกหนีออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด นางหญิงเล่าถึงวิธีการปฏิบัติเมื่อมีความเครียด หงุดหงิด ว่า “ก็เดินหนีไป ไปอยู่ที่เงียบๆ ลมเย็นๆ สักพักก็หาย”

2.3.3) ระบายความเครียด โดยการไปพูดระบายความเครียดกับผู้ร่วมงานที่สนิทกัน นางหญิงเล่าว่าหลังจากที่ได้พูดระบายไปแล้วสามารถช่วยลดความเครียดได้เยอะ หลังจากพูดไปแล้วก็หายเครียด หายหงุดหงิด เฮฮากับเพื่อนๆร่วมงานได้เหมือนเดิม นอกจากนั้นเวลามีปัญหาหรือไม่สบายใจจะโทรศัพท์คุยกับลูกชายและลูกสาว

2.3.4) นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยนางหญิงนอนหลับวันละประมาณ 7 – 8 ชั่วโมง หลับสนิท ไม่ต้องใช้ยานอนหลับ

2.4) การรับประทานยา ถ้านางหญิงได้รับยาลดระดับความดันโลหิตนางหญิงรับประทานยาครบตามจำนวนและเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เคยลืมรับประทานยา เนื่องจากมีความคิดว่าถ้ารับประทานยาตามที่แพทย์สั่งจะทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และไม่มีการปวดศีรษะ นางหญิงไม่เคยซื้อยาลดระดับความดันโลหิตรับประทานเอง แต่ช่วงระยะเวลาที่ไม่ได้รับประทานยาลดระดับความดันโลหิตเนื่องจากระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และแพทย์หยุดให้รับประทานยาลดระดับความดันโลหิต ซึ่งทำให้นางหญิงคิดว่าตนเองไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว

3) ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมความดันโลหิต

ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตที่นางหญิงกล่าวไว้ประกอบด้วย ความชอบอาหารที่ผ่านขบวนการ การเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการปรุงอาหาร การดื่มน้ำอัดลม ข้อจำกัดเรื่องเวลาในการออกกำลังกาย ขาดผู้ร่วมออกกำลังกาย ความรู้สึกเจ็บเหงา มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอ สิ่งแวดล้อม ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและสื่อโทรทัศน์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1) การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง เนื่องจากความชอบอาหาร นางหญิงจะชอบรับประทานอาหารที่มีการผ่านขบวนการ เช่น หมูหยอง ไช้เก๋ม ปลาเค็ม โดยนางหญิงเล่าว่า “ชอบหมูหยอง” และ “ซื้อมาครึ่งโล...กินได้หลายวัน ใส่ข้าวผัดกิน ต้มข้าวต้มกิน” จากแบบบันทึกการบริโภคอาหารบางวันนางหญิงรับประทานไช้เก๋ม ปลาเค็ม

3.2) การปรุงรสอาหาร นางหญิงปรุงอาหารโดยเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการปรุงอาหารโดยใช้รสดีและน้ำมันหอย นางหญิงเคยปรุงอาหารโดยใช้ผงชูรสแต่เปลี่ยนมาใช้รสดีแทนเนื่องจากมีความคิดว่ารสดีไม่เหมือนผงชูรส ไม่เค็ม เวลาปรุงอาหารใส่รสดีครั้งละประมาณครึ่งช้อนชา โดยนางหญิงเล่าว่า “เปลี่ยนจากชูรสมาเป็นรสดี ชูรสมันไม่ดี ลูกบอกไม่ให้ใส่ ให้ใส่รสดีแทนแล้วไม่ต้องใส่ชูรส” นอกจากลูกบอกให้ใช้รสดีแล้วสาเหตุที่เปลี่ยนมาใช้รสดีเนื่องจากนางหญิงดูจากโฆษณาในโทรทัศน์ด้วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่า นางหญิงใส่รสดีในการปรุงอาหารเกือบทุกชนิด ส่วนอาหารประเภทผัดนางหญิงใส่น้ำมันหอยระหว่างการปรุงอาหารทุกครั้งประมาณหนึ่งช้อนโต๊ะ โดยนางหญิงเล่าถึงสาเหตุที่ใส่น้ำมันหอยเพราะดูจากโฆษณาในโทรทัศน์ มีเพื่อนบอก และเพื่อนบ้านใช้กันทุกบ้าน รสดีและน้ำมันหอยที่นางหญิงและเพื่อนบ้านใช้ซื้อจากร้านขายของชำใกล้บ้าน และพบว่าการเติมเครื่องปรุงรส โดยเติมน้ำปลาระหว่างการบริโภคอาหารแม้ว่านางหญิงจะเล่าว่าเวลาบริโภคอาหารไม่เติมน้ำปลา ซิอิ๊วแล้วก็ตาม

3.3) พฤติกรรมการดื่มน้ำดื่ม นางหญิงและผู้ร่วมงานดื่มน้ำอัดลมทุกวันซึ่งเธาก็เป็นผู้ซื้อให้ดื่มเวลาทำงาน และกลับจากทำงานนางหญิงก็ซื้อน้ำอัดลมจากร้านขายของชำใกล้บ้านดื่มเองอีก โดยนางหญิงเล่าว่าดื่มน้ำอัดลมทุกวันหลังจากกลับจากทำงานเพราะดื่มแล้วรู้สึกชื่นใจและเล่าถึงสาเหตุที่ดื่มน้ำอัดลมว่า “มันดีมาจากเธาก่อน...เพราะเวลาทำงานในสวนร้อนๆเธาก่อนจะเอาน้ำแข็งมาให้ เขาจะยกมาให้ เลี้ยงลูกน้อ ...ขวดใหญ่ๆ ขนาดประมาณขวดละ 38 บาท กินกันห้าคน...ทุกวัน” นางหญิงดื่มน้ำกาแฟชนิดทรีอินวันทุกวัน โดยกล่าวว่าตนเองต้องดื่มน้ำกาแฟทุกวันตอนเช้า วันละ 1 ขวด และสาเหตุที่ใช้น้ำกาแฟชนิดทรีอินวันเนื่องจากให้เหตุผลว่า สามารถชงได้สะดวกง่าย ไม่เสียเวลา นอกจากนั้นนางหญิงดื่มน้ำชาเย็นชุน โดยนางหญิงมีความคิดเกี่ยวกับการดื่มน้ำชาเย็นชุน

เชื่อว่าช่วยให้หายจากอาการปวดหลังจากการทำงานได้และช่วยให้เจริญอาหาร โดยนางหญิงเล่าว่า “กินแล้วมันหายปวดหลัง...เข้ามามันไม่ปวด เข้าเราก็ไปทำงานได้สบาย แล้วก็รู้สึกว่าจะกินข้าวกินอาหารได้เยอะ ...จะได้กินได้ จะได้มีกำลัง จะได้มีแรง...” โดยเพื่อนร่วมงานของนางหญิงเป็นผู้แนะนำให้นางหญิงดื่มสุราเช่นกัน

3.4) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ นางหญิงมีความคิดว่าการดื่มสุราเช่น ช่วยช่วยให้หายจากอาการปวดหลังจากการทำงานได้และช่วยให้เจริญอาหาร โดยนางหญิงเล่าว่า “กินแล้วมันหายปวดหลัง...เข้ามามันไม่ปวด เข้าเราก็ไปทำงานได้สบาย แล้วก็รู้สึกว่าจะกินข้าวกินอาหารได้เยอะ ...จะได้กินได้ จะได้มีกำลัง จะได้มีแรง...” โดยเพื่อนร่วมงานของนางหญิงเป็นผู้แนะนำให้นางหญิงดื่มสุราเช่นกัน

3.5) สื่อโทรทัศน์ นางหญิงกล่าวถึงสาเหตุของการดื่มสุราและสูบบุหรี่ว่า เมื่อเห็นตัวแสดงในโทรทัศน์ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ทำให้เกิดความอยากดื่มสุราและความอยากสูบบุหรี่ โดยนางหญิงเล่าว่า “กินเหล้า...เวลาดูทีวีเห็นในทีวีเขากินมันก็อยาก บุหรี่ด้วย ทั้งเหล้าทั้งบุหรี่เลย”

3.6) สิ่งแวดล้อม นางหญิงเล่าถึงสาเหตุที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมรอบๆบ้านเป็นบ่อนการพนัน และเพื่อนบ้านก็สูบบุหรี่เกือบทุกบ้าน เมื่อเห็นคนสูบบุหรี่จะกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ โดยนางหญิงเล่าว่า “...เห็นเขาสูบบุหรี่เดินผ่านหน้าบ้านก็...สูบ” “ก็แถวนี้มันบ่อนทั้งนั้นเลย” และ “สูบกันเยอะ สูบทุกห้องเลย”

3.7) ความรู้สึกเจ็บ เหนง เนื่องจากนางหญิงอาศัยอยู่คนเดียว ลูกชายและลูกสาวแยกครอบครัวไปแล้ว จึงสูบบุหรี่เพื่อคลายเหงา โดยนางหญิงเล่าถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ว่า “ความเจ็บ เพราะเราอยู่คนเดียว อยู่คนเดียวในบ้าน...หันไปหันมาเห็นแล้วมันก็อดไม่ได้” และ “...บางครั้งบุหรี่ก็ช่วยได้ เขายังเป็นเพื่อนเราได้”

3.8) ข้อจำกัดเรื่องเวลา นางหญิงเล่าถึงเหตุผลที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ว่า “ดีที่ต้องตื่น ทำกับข้าว กวาดบ้าน ถูบ้าน กับข้าวที่จะเอาไปกินก็ต้องเตรียม ซักเสื้อผ้าอีก...ตอนเย็นกว่าจะกลับมามีบ้านก็ ห้าโมงครึ่ง หกโมง...กลับมาก็ล้างถ้วยล้างชาม กวาดบ้าน ตักน้ำรดต้นไม้ก็หมดเวลาแล้ว”

3.9) ขาดผู้ร่วมออกกำลังกาย โดยนางหญิงเล่าว่าเคยออกกำลังกายโดยวิ่งตอนเช้า “ตอนเช้าออกวิ่ง ไปด้วยเพื่อนๆเยอะ หลายคน แต่ตอนนั้นไม่ได้อยู่ที่นี้ อยู่ท่ารถ ดีที่ออกวิ่ง เพราะตอนนั้นไม่ได้อยู่คนเดียว ไม่ได้ทำงาน” แต่ปัจจุบันนางหญิงอาศัยอยู่คนเดียวและมีเพื่อนบ้านออกกำลังกายเพียง 1-2 คนเท่านั้น

3.10) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอ คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากแพทย์ไม่ได้ให้ยาลดระดับความดันโลหิตมารับประทานต่อแสดงว่าตนเองหายจากโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ซึ่งนางหญิงเล่าว่า “ก็หมอเขาไม่ได้ให้มา ก็คิดว่าเราไม่ได้เป็นแล้ว ก็เลยไม่ไปเอามากิน แล้วมันก็ไม่มีอาการปวดหัว ไม่มีอาการอะไร”

ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนในการควบคุมความดันโลหิตของนางหญิงประกอบด้วยแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และความเชื่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แรงสนับสนุนจากครอบครัว นางหญิงได้รับแรงสนับสนุนจากลูกทั้ง 2 คนและหลานๆ โดยลูกและหลานคอยแนะนำและเป็นกำลังใจในการรับประทานอาหาร นางหญิงเล่าว่า “ลูกๆ ให้กำลังใจเยอะ...บอกว่าให้แม่กินผักเยอะๆนะ แม่เป็นความดัน...แม่ต้องกินผักเยอะๆ... ลูกๆ กับหลานเขาจะคอยให้กำลังใจ”

2) แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน นางหญิงได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าแก้ว โดยเจ้าแก้วให้คำแนะนำในการควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้อ้วน โดยเจ้าแก้วให้คำแนะนำว่า “อย่ากินข้าวเยอะ กินเยอะแล้วมันอ้วน...กินน้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล” และ “...กินน้อยๆจะได้คุมน้ำหนักได้”

3) ความสัมพันธ์ในครอบครัว นางหญิงและลูกหลานรักใคร่กันดี นางหญิงมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุราเพื่อลูกและหลาน โดยกล่าวถึงการดื่มสุราในปัจจุบันว่า “ยังไม่ได้กินเลย ไม่แตะเลย ไม่เอาเลย ลูกเขาขอไว้” และ “ลูกขอแล้วก็ให้ลูกได้ หลานขอ ย่าเลิกนะ ยายเลิกนะ ยายก็เลิกให้...”

4) ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ซี่งของผลิตภัณฑ์รายการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทางโทรทัศน์ นางหญิงกล่าวถึงผลของภาพยนตร์ซี่งของบุหรีว่าเมื่อเห็นภาพแล้วน่ากลัวทำให้อยากเลิกสูบบุหรี่ โดยนางหญิงเล่าว่า “เห็นภาพแล้วก็อยากเลิก อย่างภาพที่อยู่หน้าของม้าน่าเกลียดน่ากลัว...” แต่นางหญิงก็ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ นางหญิงได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทางรายการโทรทัศน์ นางหญิงบริโภคอาหารตามที่รายการโทรทัศน์แนะนำแต่ยังไม่ออกกำลังกาย โดยนางหญิงเล่าถึงคำแนะนำของรายการโทรทัศน์ที่ตนเองคิดว่า “...ลดอาหารลง ลดรสจัดลง... ตามที่ออกโทรทัศน์ให้เราฟัง...” และ “รายการ สปสช....เขาบอกให้ออกกำลังกาย แล้วให้ลดอาหารจัด...ให้ออกกำลังกายทุกวัน วันละประมาณครึ่งชั่วโมง...ถ้าทำทุกอย่างได้ยิ่งดี”

5) ความเชื่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ นางหญิงมีความเชื่อในความศักดิ์สิทธิ์ของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของชุมชนซึ่งเป็นพระพุทธรูปที่วัดไถ่บ้านโดยนางหญิงกล่าวถึงความสำเร็จในการเลิกดื่มสุราว่า “มันไม่นึกอยากกินเลย ตอนนี้นั้นหมื่น ตอนนีเห็นใครกินมันหมื่นไปหมดแล้ว เพราะเคยบอกหลวงพ่อดิไว้ด้วยตอนที่มันสบาย วันที่แย่มากๆ จุฑรูปบอกว่า ท่าน ถ้าให้ลูกหายปวด ลูกจะเลิกเหล้า บอกกับหลวงพ่อย่างนี้ บนกับหลวงพ่ไว้ มันก็เลยไม่อยาก มันหมื่น...”

กรณีศึกษาที่ 2: นายชาย (นามสมมติ)

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลครอบครัว

นายชายอายุ 50 ปี ระดับความดันโลหิต 160/115 mmHg. ซึ่งเป็นความดันโลหิตในระดับรุนแรงตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย รับประทานยาลดระดับความดันโลหิต 1 ชนิด คือ Enalapril (5 mg) 1 tab oral bid pc. จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้างทำสวนละมุด มีรายได้เฉลี่ย 6,000 บาท/เดือน บางเดือนรายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน บิดาเสียชีวิตอายุ 67 ปีด้วยโรคถุงลมโป่งพอง มารดาเสียชีวิตหลังคลอดนายชาย เนื่องจากตกเลือดหลังคลอด มีพี่น้องทั้งหมด 2 คน นายชายเป็นบุตรคนที่ 2 มีพี่ชาย 1 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง นายชายสมรสกับภรรยา ปัจจุบันภรรยา อายุ 50 ปี แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ประกอบอาชีพรับจ้างทำสวนละมุดเช่นเดียวกับนายชาย นายชายมีบุตร 2 คน คนโตผู้ชายอายุ 25 ปี สมรสแล้วมีบุตรชาย 1 คน แยกครอบครัวแล้ว คนที่ 2 ผู้หญิง อายุ 23 ปี สมรสแล้วกับสามีคนแรกมีบุตรชาย 1 คนอายุ 5 ปีและแยกกันก่อนที่จะคลอดบุตร นายชายจึงนำหลานชายมาเลี้ยงเอง บุตรสาวมีสามีคนที่ 2 มีบุตรชายอีก 1 คนอายุ 4 ปีซึ่งหลังคลอดได้นำบุตรชายมาให้นายชายเลี้ยงอีก ปัจจุบันบุตรสาวนายชายอยู่กับสามีคนที่ 3 มีบุตรชาย 1 คน อายุ 3 ปี ประมาณ 2 – 3 ปีก่อนนายชายมีภรรยา น้อยอายุ 37 ปี จึงทำให้มีปัญหาในครอบครัว เป็นสาเหตุให้นายชายมีความเครียด และหลาน 2 คนที่ต้องเลี้ยงดูกำลังศึกษาอยู่ ลูกก็มาสร้างหนี้สินให้ โดยนายชายเล่าว่า “...ลูกหลานต้องกินต้องใช้หลาน...ลูกเขาก็เอามาทิ้งไว้แล้วก็ไม่ส่งเสีย ...ต้องรับภาระทุกอย่างมันก็เลยพาคิดมาก บางทีเป็นหนี้เป็นสินก็มาเอา แล้วก็ไม่ได้เอามาให้เรา เราก็ต้องใช้หนี้ใช้สิน” แต่ภรรยาคนที่ 2 ก็จะคอยให้กำลังใจในการควบคุมน้ำหนัก นายชายเล่าว่า “แฟนก็บอกว่าพิน้ำหนักขึ้นมาเยอะแล้วนะ เขาอยากให้เรารูปร่างเหมือนเก่า” ผังครอบครัวของนายชายแสดงในภาคผนวก ง ที่อยู่อาศัยปัจจุบันของนายชายเป็นชุมชนชนบทมีร้านขายของชำ วัด สถานอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบลและโรงเรียนไถ่บ้าน และมีตลาดนัด ตลาดสด ชุบเปอร์มาร์เก็ตไม่ไกลจากชุมชนที่อยู่อาศัย ดังแสดงในแผนที่บ้านของนายชาย (ภาคผนวก จ)

ด้านกิจวัตรประจำวันตอนเช้าหลังตื่นนอนและทำกิจวัตรประจำวันเสร็จแล้วนายชาย ออกกำลังกายโดยการวิ่ง ปั่นจักรยาน วิดพื้น สลับกันทุกเช้า วันละ 15 – 30 นาที หลังจากนั้นจะ อาบน้ำ รับประทานอาหารเช้าที่ภรรยาทำเอง และเตรียมตัวไปทำงานประมาณ 7.00 น. และเตรียม อาหารกลางวันไปรับประทานโดยซื้ออาหารจากรถเข็นที่ขายในชุมชนทุกวัน โดยอาหารเป็นอาหาร ประเภทแกงจืดและผัดเผ็ด เมื่อไปถึงสวนเจ้าของสวนเตรียมน้ำแข็งและน้ำเปล่าไว้ให้ นายชาย ทำงานสวนละมุดโดยนายชายมีหน้าที่ตัดกิ่งละมุดแห้งและเก็บละมุด พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 น. และทำงานต่อจนถึงเวลาประมาณ 14.00น. กลับถึงบ้านประมาณ 14.30 น. กลับมาอาบน้ำ และรับประทานอาหารอีก 1 มื้อซึ่งเป็นอาหารที่เหลือจากมื้อเช้า หลังจากนั้นนายชายจะทำงานบ้าน เช่น ถูบ้าน กวาดขยะลานบ้าน ปลูกผักสวนครัว รับประทานอาหารเย็นประมาณ 17.00 – 18.00 น. หลังจากนั้นจะอาบน้ำ ดูโทรทัศน์ ระหว่างดูโทรทัศน์ถ้าหิวนายชายก็ดื่มข้าวต้มรับประทานเองเกือบ ทุกวัน เข้านอนประมาณ 21.00 น. – 22.00 น. โดยในแต่ละคืนหลับสนิทประมาณ 3 – 4 ชั่วโมง หลังจากนั้นนอนหลับๆตื่นๆจนถึงเช้า ส่วนมากนายชายนอนไม่ค่อยหลับต้องรับประทานยานอน หลับช่วย นายชายนอนบ้านภรรยาทั้ง 2 คนสลับกัน โดยนอนบ้านภรรยาคนที่สองมากกว่าประมาณ สัปดาห์ละสี่วัน

การจัดอาหารในครอบครัว นายชายเล่าว่าเมื่อเช้าภรรยาทั้งสองคนเป็นผู้ปรุงอาหาร โดย อาหารสดซื้อจากตลาดนัดและอาหารแห้งซื้อจากร้านค้าใกล้บ้าน อาหารกลางวันซื้ออาหารสำเร็จที่ ใ้รถเข็นมาขายในชุมชนโดยส่วนมากซื้ออาหารประเภทแกงจืดและผัดเผ็ด ส่วนอาหารมื้อเย็น ภรรยาปรุงอาหารเองเช่นเดียวกับมื้อเช้า ส่วนอาหารที่รับประทานตอนกลางคืนช่วงระหว่างดู โทรทัศน์นายชายเป็นผู้ปรุงอาหารเองซึ่งส่วนมากเป็นข้าวต้มเครื่อง นายชายกล่าวว่าอาหารส่วนมาก ที่ครอบครัวรับประทานเป็นข้าวต้ม โดยเป็นข้าวต้มเครื่องใส่กุ้ง หมู ปลา ดกใส่ขามแล้วนำมาต้ม เครื่องปรุงเพิ่ม และนายชายต้องเติมกระเทียมเจียวน้ำมันทุกครั้ง ถ้าเป็นข้าวต้มก๊วยจะรับประทานกับ ผักกาดดอง ผักกาดกระป๋อง ไข่โป๊พุดไข่ เดิมซีอิ๊ว น้ำปลา ถ้ารับประทานก๊วยเดี๋ยวก็เติมเครื่องปรุง รสทุกครั้งให้ได้รส เผ็ด เปรี้ยว หวาน เค็ม เนื้อสัตว์ที่ใช้ทำอาหารส่วนมากเป็นกุ้ง และเนื้อหมูซึ่งเป็น หมูมันหรือหมูสามชั้นเนื่องจากนายชายชอบ นายชายเล่าว่า “ใส่หมูมันๆ หมูสามชั้นผมชอบ...เขาจะ รู้ว่าจะต้องซื้อสามชั้นติดมันๆ ผมชอบ ...ดึกๆผมหิว ผมก็เอาสามชั้นสับๆทำเป็นหมูบะช่อปนกับเนื้อ แดง...ทำเป็นเหมือนแกงจืด” “ต้องหมูมันๆ เนื้อแดงผมไม่ค่อยกิน” อาหารที่นายชายชอบคือ ขาหมู ซึ่งภรรยาซื้อมาให้จากตลาดนัดและรับประทานสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน นายชายเล่าว่า “ส่วนมากเขาไป ตลาดนัดจะให้เขาซื้อขาหมู กระดูกหมูติดมันๆ ส่วนมากขาหมูต้มเปื่อยๆแล้วมันเป็นวันๆ...ผมชอบ” “วันนั้นไปงานเลี้ยงมีขาหมู เนื้อมันติดฟัน ผมกินแต่หนังมัน” น้ำมันที่ใช้ปรุงอาหารใช้น้ำมันพืช ไม่ ใช้น้ำมันหมู ในส่วนการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการทำอาหารประเภทแกงจืดใส่ผงชูรสประมาณ 1

ซ็อนชา และใส่รสดีอีก 1 ถูง (ถูงเล็กขนาด 10 บาท) ส่วนอาหารประเภทผักใส่น้ำมันหอยประมาณ 1 ซ็อนโต๊ะทุกครั้ง อาหารประเภทผักรับประทานบ้างโดยส่วนมากเป็นผักผักต่างๆ ผลไม้รับประทานละมุด 2-3 วัน/ครั้ง ครั้งละ 1 – 2 ผล ส่วนมากชอบรับประทานแตงโม น้ำอัดลมดื่มวันละ 1 ขวดลิตรทุกวัน โดยดื่มตอนเช้า และหลังจากกลับจากทำงาน การรับประทานอาหารในครอบครัวรับประทานอาหารพร้อมกัน และภรรยาทั้ง 2 คนทำอาหารโดยทราบว่านายชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้ทำอาหารแยกให้นายชาย ทำอาหารและรับประทานด้วยกันทั้งครอบครัว แต่แยกกันระหว่างบ้านภรรยาแต่ละคน นายชายบริโภคอาหารทั้งสองบ้านสลับกันไป ไม่แน่นอน

การดื่มสุรา นายชายเล่าว่าเริ่มดื่มสุราตั้งแต่ยังเป็นวัยรุ่นและดื่มเรื่อยมา ดื่มมากช่วงที่ทำงานหนักๆ ขับรถส่งของ ขึ้นมะพร้าว ต้องอดนอน โดยดื่มกับเพื่อนๆ ตอนเย็นทุกวัน หลังจากที่นายชายทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วก็ยังดื่มสุราอยู่ โดยดื่มวันละประมาณ 1 ขวดกลม นายชายเล่าถึงสาเหตุที่ยังดื่มสุราเยอะว่า “ช่วงนั้นมันเครียด...วันนึงคนเดียวครึ่งขวดไม่พอ ต้องต่ออีกครั้ง...ทุกวัน...พอกินแล้วมันก็นอนหลับ” ในปัจจุบันนายชายยังดื่มสุราอยู่แต่น้อยลงเหลือดื่มครั้งละประมาณ 1 ถัก ดื่มสัปดาห์ละ 4 วัน เนื่องจากนายชายกล่าวว่าที่ตนเองความดันโลหิตสูง และมีอาการปวดศีรษะเป็นผลมาจากการดื่มสุรา ถ้าดื่มมากแล้วก็จะมีอาการปวดศีรษะ มือสั่น แต่เวลาไปงานเลี้ยงในชุมชนก็ดื่มสุรากับเพื่อนๆ ทุกครั้ง นายชายกล่าวถึงการเลิกดื่มสุราว่า “ก็พยายามจะเลิกนะ...คุยกับแฟนว่าจะเลิกแล้ว เพราะมันไม่ดีกับผม...กินแล้วมันขึ้นสมอง แล้วก็ปวดหัว...กินๆ แล้วก็มาเถียงกัน ทะเลาะกัน พาให้เครียดต่อไปอีก” นอกจากสุราแล้วช่วงที่ทำงานหนักนายชายยังดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 1 ขวดผสมยาต้มใจ 1 ซอง ทุกวันวันละ 3 -4 ขวด กาแฟกระป๋องวันละ 6 - 7 กระป๋อง แต่ปัจจุบันนายชายเลิกดื่มเครื่องดื่มชูกำลังผสมยาต้มใจและกาแฟกระป๋องแล้ว

ด้านภาวะสุขภาพ นายชายทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 4 ปี เนื่องจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากสาเหตุมาฆ่าแมลงมีอาการปวดต้นคอ คลื่นไส้ อาเจียน มีระดับความดันโลหิต 190/120 mmHg. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา 2 ชนิด คือ HCTZ (50 mg) ½ tab oral OD pc. และ Atenolol (50 mg) 1 tab oral OD pc. โดยหลังจากออกจากโรงพยาบาลนายชายยังดื่มสุราอยู่ มีภาวะเครียดทำให้ระดับความดันโลหิตขึ้นๆ ลงๆ บางครั้งระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรง จนแพทย์ต้องเพิ่มยา Atenolol (50 mg) ที่รับประทานจากวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เป็นวันละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น หลังจากนั้นระดับความดันโลหิตก็ลดลง จนเมื่อ 2 ปีก่อนนายชายเริ่มมีอาการคนที่ 2 จึงเกิดปัญหาในครอบครัว เกิดภาวะเครียด จึงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงอีก มีอาการปวดศีรษะ มึนงงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อต้นปี พ.ศ. 2552 นายชายมีอาการมึนงงศีรษะ ระดับความดันโลหิต 160/100 mmHg. แพทย์จึงเปลี่ยนยาลดระดับความดันโลหิตให้รับประทานยา Manidipine (10 mg) 1 tab oral OD pc. แต่นายชายก็ยังมิ

อาการปวดศีรษะ มึนงง ระดับความดันโลหิตสูง และบางครั้งรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ แพทย์จึงเปลี่ยนยาลดระดับความดันโลหิตให้รับประทาน Enalapril (5 mg) 1 tab oral bid pc. ซึ่งปัจจุบันก็ยังรับประทานอยู่ แต่ก็มีระดับความดันโลหิตสูง และมีอาการปวดศีรษะอยู่เนื่องจากนายชายยังมีภาวะเครียดและดื่มสุราอยู่ จนเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2552 นายชายมีอาการปวดศีรษะมากเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้รับการวัดความดันโลหิตพบว่ามียกระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรง 160/115 mmHg. ดังแสดงในกราฟระดับความดันโลหิตของนายชาย (ภาคผนวก จ) ซึ่งนายชายกล่าวว่าที่ตนเองมียกระดับความดันโลหิตสูงเนื่องจากก่อนที่จะเข้ารับการรักษา 1 วันตนเองมีเรื่องเครียด และดื่มสุราเยอะ นายชายรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตตามจำนวนมีแพทย์สั่งแต่นายชายรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตก่อนอาหาร บางวันตอนบ่ายถ้ามีอาการปวดศีรษะจะรับประทานยาเพิ่มอีก 1 เม็ด และนายชายแบ่งยาให้พี่ชายซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงรับประทานเป็นบางครั้ง จึงทำให้ยาลดระดับความดันโลหิตของนายชายไม่พอรับประทาน ต้องไปรับยาก่อนวันนัดประจำ ส่วนภาวะสุขภาพอย่างอื่นจากข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล พบว่า ผลการตรวจเลือดครั้งล่าสุด ระดับน้ำตาลในเลือด 90 mg% ระดับไขมันในเลือด: Cholesterol 204 มก./ดล. Triglyceride 199 มก./ดล. HDL-C 41 มก./ดล. LDL 123 มก./ดล. (11 มีนาคม 2552) ปัจจุบัน นายชายมีเส้นรอบเอว 88 เซนติเมตร มีน้ำหนักตัว 79 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 29.37 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งเป็นค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน แต่นายชายเล่าว่าเมื่อก่อนน้ำหนักน้อยกว่านี้ เนื่องจากปัจจุบันไม่ได้ทำงานหนัก และชอบรับประทานขนม บริโภคอาหารเยอะ หิวเมื่อไหร่ก็รับประทาน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	52 ปี	50 ปี
สถานภาพสมรส	แยก	คู่
จำนวนบุตร	3	2
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
อาชีพ	รับจ้าง (ตัดหน่อไม้ฝรั่ง)	รับจ้าง (ทำสวนละมุด)
รายได้เฉลี่ย	10,000 บาท/เดือน	6,000 บาท/เดือน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ มีเงินเก็บเล็กน้อย	ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
ลักษณะโครงสร้างครอบครัว	เดี่ยว	ขยาย
สมาชิกในครอบครัว	-	ภรรยา, หลาน 2 คน
บทบาทในครอบครัว	หัวหน้าครอบครัว	หัวหน้าครอบครัว
ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่	ชนบท	ชนบท
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่า	8 ปี	4 ปี
เป็นความดันโลหิตสูง		
โรคประจำตัวอื่นๆ	Left Ovarian Tumor ทำ TAH BSO Appendectomy เมื่อปี พ.ศ. 2544	ไม่มี
ยาอื่นที่รับประทานประจำ	ไม่มี	Dimenhydrinate, Lorazepam
ประวัติโรคความดันโลหิตสูง- ในญาติสายตรง	พี่ชายคนที่ 5	พี่ชายคนโต
สิทธิการรักษา	ต้นสังกัด	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะเวลาในการเดินทางไป- รับการรักษา	10 นาที	20 นาที
พาหนะในการเดินทางไปรับ- การรักษา	รถจักรยานยนต์	รถจักรยานยนต์
บุคคลที่พาไปรับการรักษา	ไปเองคนเดียว	ไปเองคนเดียว
ระยะเวลาที่รอฟบแพทย์	3 ชั่วโมง	1 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1					กรณีศึกษารายที่ 2				
	เริ่มรักษา	ก่อนการติดตาม	เริ่มรักษา	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	เริ่มรักษา	ก่อนการติดตาม	เริ่มรักษา	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2
ความดันโลหิต (mmHg.)	160/100	174/113	230/110	130/90	143/90	190/120	130/80	160/115	150/100	116/82
ยาที่ได้รับ	- Adalat (5 mg) 1 tab oral bid pc.	- HCTZ (50 mg) ½ tab oral OD pc.	- HCTZ (50 mg) ½ tab oral OD pc.	- Atenolol (50 mg) 1 tab oral OD pc.	- HCTZ (50 mg) ½ tab oral OD pc.	- HCTZ (50 mg) ½ tab oral OD pc.	- Manidipine (10 mg) 1 tab oral OD pc.	- Enalapril (5 mg) 1 tab oral bid pc.		
เส้นรอบเอว (ซม.)	-	-	76.5	-	-	88	-	-	-	-
น้ำหนักตัว (กก.)	-	-	47.5	-	-	79	-	-	-	-
ส่วนสูง (ซม.)	-	-	151	-	-	164	-	-	-	-
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	-	-	20.83	-	-	29.37	-	-	-	-

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาปีที่ 1					กรณีศึกษาปีที่ 2				
	เริ่มรักษา	ก่อนการรักษา	เริ่มศึกษา	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	เริ่มรักษา	ก่อนการรักษา	เริ่มศึกษา	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%) (ครั้งล่าสุดจากเวชระเบียน)	-	100	-	-	-	-	90	-	-	-
ระดับไขมันในเลือด (mg/dl) (ครั้งล่าสุดจากเวชระเบียน)	-	ปกติ (จากบันทึกในเวชระเบียน ไม่ระบุค่า)	-	-	-	-	Chol 204 TG 199 HDL-C 41 LDL 123	-	-	-

Chol = Cholesterol, TG = Triglyceride, HDL-C = High Density Lipoprotein – Cholesterol, LDL = Low Density Lipoprotein

2) พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

นายชายมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) การบริโภค

2.1.1) ลดการบริโภคอาหารรสเค็ม นายชายกล่าวว่า ปีนี้ตนเองบริโภคอาหารแตกต่างจากปีที่แล้ว โดยการลดความเค็มของอาหารลง โดยเล่าว่า “ปีนี้ดีกว่า... เค็มก็จะไม่กิน เปรี้ยวก็ไม่เอา...เคยกินเค็มขนาดนี้ ก็จะไม่กินขนาดนี้ ปีที่แล้วกินเค็มเยอะกว่านี้”

2.1.2) ครอบครับริโภคอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันพืช ไม่ใช้น้ำมันหมู

2.1.3) ไม่บริโภคอาหารที่ใส่กะทิ และขนมหวาน โดยนายชายเล่าว่าตนเองไม่ชอบอาหารประเภทกะทิและไม่ชอบขนมหวาน

2.1.4) ไม่สูบบุหรี่ โดยนายชายกล่าวว่าตนเองไม่เคยสูบบุหรี่เลย

2.1.5) ลดการดื่มสุรา เนื่องจากมีความคิดว่าที่ตนเองมีระดับความดันโลหิตสูงและมีอาการปวดศีรษะเนื่องมาจากการดื่มสุรา โดยนายชายเล่าว่า “กินไม่เยอะเหมือนก่อน...ผมเบาเหล้าลงไป ความดันก็ไม่เกิด ทำอะไรก็สดชื่น เหมือนคนปกติ ถ้ากินเหล้าแล้วไปทำงานมันจะมึน แล้วความดันมันจะขึ้น”

2.2) การออกกำลังกาย

2.2.1) ออกกำลังกายทุกวัน จากแบบบันทึกกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกายพบว่านายชายออกกำลังกายโดยการวิ่ง กระโดดเชือก วิดพื้น สลับกันทุกวัน วันละ 15 – 30 นาที นายชายกล่าวว่าช่วงแรกผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงด้วยกันแนะนำให้ออกกำลังกายและช่วงหลังๆก็เลยออกกำลังกายมาตลอด “ใหม่ๆเขาก็บอกให้เราออก ต่อๆมาก็ออกเอง” และนายชายคิดว่าการออกกำลังกายเป็นการช่วยผ่อนคลายความเครียดด้วย เนื่องจากหลังออกกำลังกายแล้วร่างกายจะสดชื่น “ออกกำลังกายแล้วอาบน้ำ มันจะสดชื่น ร่างกายสดชื่น...มันจะโล่ง โปร่ง...สมองจะโล่ง”

2.2.2) ไม่ทำงานหนัก หลังจากทีนายชายทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็เลิกทำงานหนัก ประเภทที่ต้องยกของหนัก และต้องอดนอน ทำงานที่ไม่ต้องใช้แรงมาก โดยนายชายเล่าถึงงานที่ทำว่า “ตัดกิ่งแห้ง เก็บละมุด...ไม่ได้ทำงานหนักแล้ว” และทำงานบ้าน เช่น ถูบ้าน กวาดขยะ ซึ่งนายชายคิดว่าเป็นการออกกำลังกายเช่นกัน

2.3) การผ่อนคลายความเครียด

2.3.1) หลีกหนีออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด หรือโมโห นายชายเล่าถึงวิถีปฏิบัติเมื่อมีความเครียดหรือโมโหว่า “ถ้าเครียดจัด ผมต้องรีบลุกจะต้องเดินออกไป เดินไปที่อื่นที่เงียบ...นั่งเฉยๆ ทำไม่รู้ไม่ชี้ มองนู่นมองนี่ไปเรื่อยๆ สงบสติอารมณ์แล้วค่อยกลับมา” บางครั้งก็ไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านซึ่งเป็นญาติกันนายชายเล่าว่า “เดินไปตามบ้านเพื่อนแถวๆนี้ ไปนั่งคุยเรื่องนู่นเรื่องนี่ไปเรื่อยๆ เคี้ยวก็ลืม ก็ช่วยได้เยอะ”

2.3.2) ระบายความเครียด โดยเมื่อมีเรื่องเครียดไม่สบายใจ หรือมีปัญหา จะพูดคุยกับพี่ชายและพี่สะใภ้

2.4) การรับประทานยา นายชายรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ไม่เคยซื้อยาลดระดับความดันโลหิตรับประทานเอง แต่นายชายรับประทานยาก่อนอาหารเนื่องจากความเข้าใจผิดคิดว่าแพทย์ให้รับประทานยาก่อนอาหาร บางวันรับประทานยาเกินที่แพทย์สั่ง รับประทานยาเพิ่มเมื่อมีอาการปวดศีรษะตอนบ่าย และบางครั้งแบ่งยาให้พี่ชายรับประทานจึงทำให้ยาไม่พอรับประทาน แต่เมื่อยาหมดนายชายก็จะไปขอรับยาก่อนวันนัด นายชายมีอาการไอมากหลังจากเริ่มรับประทานยาแต่นายชายก็ยังรับประทานยาไม่เคยคิดหยุดกินยาเองโดยกล่าวว่า “มันไอ...ไอจนเจ็บไปหมด...ไอจนรำคาญ ไอจนข้างๆเขานอนไม่หลับ ไอจนตัวโก่ง ...ยังงี้ก็ต้องกินยา” นายชายลืมนับรับประทานยาเป็นบางวันเนื่องจากคิดว่ายาต้องรับประทานก่อนอาหารเมื่อบริโภคอาหารไปแล้วจึงไม่กินยา

3) ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมความดันโลหิต

ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตที่นายชายกล่าวไว้มีดังนี้

3.1) การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง เนื่องจากความชอบอาหาร นายชายชอบอาหารมันๆ เช่น ขาหมู หมูสามชั้น ไม่ชอบหมูเนื้อแดง และเวลารับประทานแกงจืดชอบใส่กระเทียมเจียวน้ำมันโดยนายชายเล่าว่า “...ใส่หมูมันๆ ผมชอบ” “ต้องหมูมันๆเนื้อแดงผมไม่ค่อยกิน” “ขาหมู...กินครับ ใส้ ชอบเลยครับ...ขาหมูต้มเปื่อยๆแล้วมันเป็นวุ้นๆนะผมชอบ” “ต้มจืด...ผมดื่กใส่ถ้วยมาแล้วเอากระเทียมเจียวน้ำมันใส่อีก” นายชายชอบอาหารรสจัด ถ้าปรุงรสอาหารจะปรุงให้ได้รสเปรี้ยว เค็ม หวาน โดยเล่าว่า “อาหารผมชอบรสจัดด้วย...ก็เปรี้ยว เค็ม หวาน ให้มันได้ 3 รส ครับ” และนายชายชอบดื่มน้ำอัดลมโดยจะดื่มวันละ 1 ขวดลิตร ทุกวัน

3.2) การปรุงรสอาหาร นายชายกล่าวว่าภรรยาทั้งสองคนปรุงอาหารประเภทแกงจืดใส่รสดี และผงชูรสซึ่งซื้อจากร้านค้าใกล้บ้าน ส่วนอาหารประเภทผัดก็ใส่น้ำมันหอยด้วยทุกครั้ง และถ้ารับประทานข้าวต้มเครื่องก็เติมเครื่องปรุงรสเพิ่ม คือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำส้ม และจากการสังเกตในการสัมภาษณ์ครั้งแรกพบว่าระหว่างการบริโภคอาหารมีขวดซีอิ๊วและขวดน้ำปลาดังอยู่

3.3) ความเชื่อในการบริโภคอาหาร นายชายมีความคิดว่าการรับประทานอาหารมันๆเป็นอาหารบำรุงร่างกาย และชอบการมีรูปร่างอ้วนมากกว่ารูปร่างผอมโดยนายชายกล่าวถึงเหตุผลในการรับประทานอาหารมันๆว่า “กินแล้วมันช่วยบำรุงร่างกาย จะได้มีแรง” และ “กินแล้วมันดี...กินแล้วอ้วน ไม่ผอม อิ่มเอิบ...รู้สึกว่าการไม่กินมันๆแล้วมันจะผอม ถ้า รู้สึกว่าอ้วนจะดีกว่า”

3.4) ความหิวและความอยากบริโภคอาหาร นายชายรับประทานอาหารไม่เป็นมื้อ รับประทานอาหารเมื่อตนเองหิวหรือมีความอยากรับประทานอาหาร โดยนายชายเล่าว่า “อยู่บ้านเดียวก็กิน หันไปหันมาเดี๋ยวก็กิน...หิวเป็นกินนะ ถ้ากลางคืนดูโทรทัศน์ดีๆสามสี่ทุ่มก็ลุกขึ้นกินอีก เรียกว่าหิวก็กินนะ” “กินเพราะอยาก บางทีอึดท้อง แต่ปากมันอยาก บางทีหันไปหันมาก็กิน วันนี้นั่งกินหลายรอบ”

3.5) การดื่มเครื่องดื่ม นายชายดื่มสุราโดยมีความคิดเกี่ยวกับการดื่มสุราว่าดื่มสุราแล้วช่วยให้หายปวดเมื่อย ช่วยเจริญอาหาร และช่วยให้นอนหลับ และใช้การดื่มสุราเป็นวิธีการคลายความเครียด โดยนายชายเล่าว่า “มันเครียด พอกินแล้วมันนอนหลับ” และนายชายดื่มน้ำอัดลมทุกวันวันละ 1 ขวดลิตรซึ่งซื้อจากร้านขายของชำใกล้บ้าน โดยเล่าถึงสาเหตุที่ดื่มน้ำอัดลมว่า “มันโหย เพลียๆ มันร้อนๆ กินแล้วมันชื่นใจ”

3.6) การเข้าสังคมและสิ่งแวดล้อม นายชายกล่าวว่าเพื่อนบ้านและญาติของตนเองดื่มสุรากันเกือบทุกคนและเวลาที่ดื่มสุราก็ชวนนายชายดื่มสุรไปด้วยโดยนายชายเล่าว่า “เพื่อนๆที่ๆน้องๆเขาชวนกิน เขากินกันอยู่ เขาก็จะเรียกกินก็นั่งกินกับเขา” และงานเลี้ยงในชุมชนมีสุราเลี้ยงด้วย นายชายและเพื่อนๆก็จะดื่มสุรากันทุกครั้งเมื่อไปงานเลี้ยง โดยนายชายเล่าว่า “เวลาไปงานเลี้ยงเขาจะมีเหล้าตั้งให้...โต๊ะนี้ก็นั่งกันแปดคน...ก็กินกันหมดขวด”

3.7) ความเครียด โดยนายชายเล่าว่าตนเองมีปัญหาเยอะ มีเรื่องเครียดจากการที่มีภรรยาน้อย และมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ต้องเลี้ยงดูหลานชายสองคน และใช้หนี้ให้บุตรชาย ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุให้ตนเองดื่มสุรา โดยนายชายเล่า “ก็กลุ้มมั่ง เครียดมั่ง ก็เลยกิน” และวันไหนที่มีความเครียดก็จะทำให้อนอนหลับต้องรับประทานยานอนหลับประจำ

3.8) ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยนายชายมีความเข้าใจผิดคิดว่ายาลดระดับความดันโลหิตของตนเองแพทย์ให้รับประทานก่อนอาหาร เมื่อลืมรับประทานยา ก่อนอาหารและบริโภคอาหารไปแล้วจึงไม่รับประทานยาลดระดับความดันโลหิต โดยนายชายเล่าว่า “กินก่อนอาหารตลอด...ผมกลับมาดูฉลากเอา...เข้าใจว่ากินก่อน” และ “นั่งเพลินๆดูโทรทัศน์ เลยลืมไปเลย พอกินข้าวไปคิดว่ากินก่อนอาหารแล้วก็เลยไม่ได้กิน” บางครั้งนายชายแบ่งยาลดระดับความ

คันโลหิตให้พี่ชายของตนเองรับประทาน ยาจึงไม่พอรับประทานจนถึงวันที่แพทย์นัด โดยนายชายเล่าว่า “พอดีพี่ชายเขาปวดหัว ไปหาหมอ เป็นความดัน...เขาขอยาผมไปแผงนึง ผมก็เลยแบ่งให้เขาไป เขากินแล้วเขาหาย”

ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนในการควบคุมความดันโลหิตของนายชายประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แรงสนับสนุนจากครอบครัว นายชายได้รับแรงสนับสนุนในการลดน้ำหนักจากภรรยาคนที่ 2 ซึ่งแนะนำให้ชายลดความอ้วน โดยนายชายเล่าว่า “แฟนก็บอกว่าพี่น้ำหนักขึ้นมาเยอะแล้วนะ เขาอยากให้รูปร่างเหมือนเก่า” และนายชายได้รับแรงสนับสนุนจากพี่ชายกับพี่สะใภ้ในการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งพี่ชาย พี่สะใภ้รับฟังปัญหาและเป็นที่ปรึกษาเวลานายชายมีปัญหา หรือมีเรื่องเครียด โดยนายชายเล่าว่า “คุยกับพี่ชาย พี่สะใภ้ เขาก็บอกอย่าคิดอะไรมากเกินไป”

2) แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน นายชายได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน โดยเพื่อนบ้านรับฟังปัญหาและให้ความช่วยเหลือเวลานายชายมีอาการเครียด ไม่สบายใจ หรือมีปัญหาโดยนายชายพูดคุยระบายความเครียดและขอความช่วยเหลือเพื่อนบ้านโดยนายชายเล่าว่า “เดินไปตามบ้านเพื่อนแถวนี้ ไปนั่งคุย คุยไปเรื่อยๆ...ก็ช่วยได้เยอะ”

3) แรงสนับสนุนจากกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง นายชายกล่าวว่าเมื่อตนเองไปตรวจตามนัดหรือไปรับยาลดระดับความดันโลหิตที่โรงพยาบาล ระหว่างรอตรวจผู้เป็นความดันโลหิตสูงด้วยกันให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องการบริโภคและการออกกำลังกาย โดยนายชายเล่าว่า “ก็คุยกันเรื่องลดความเค็ม ลดมัน แนะนำให้ออกกำลังกาย”

4) แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ นายชายได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยใกล้บ้านในเรื่องการบริโภค การรับประทานยาและการออกกำลังกาย โดยนายชายเล่าว่า “...ที่ผมไปโรงพยาบาล หมอเขาบอกว่าอย่ากินเค็ม อย่ากินเปรี้ยว ให้กินจืดๆไว้...” และ “เขาบอกให้กินยาความดัน ให้กินอย่าให้ขาด ให้กินประจำ” และเล่าว่าไปรับการรักษาที่สถานีนามัยใกล้บ้านเจ้าหน้าที่ก็แนะนำให้ออกกำลังกาย

2. ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษา 2 ราย ได้ผลดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัวดังแสดงในตารางที่ 2 และข้อมูลภาวะสุขภาพของกรณีศึกษา 2 รายดังแสดงในตารางที่ 3 สรุปข้อมูลได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษา 2 ราย เพศหญิง 1 ราย เพศชาย 1 ราย อายุ 50 และ 52 ปี เพศหญิงมีสถานภาพสมรส 2 ลักษณะ คือ แยกและคู่ มีจำนวนบุตร 2 และ 3 คน ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย 6,000 และ 10,000 บาท/เดือน จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว (อาศัยอยู่คนเดียว) และครอบครัวขยาย (อาศัยอยู่กับภรรยาและหลาน) ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นชุมชนชนบท ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงมีพี่ชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง สิทธิการรักษาใช้สิทธิ์ต้นสังกัดและสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ใช้ระยะเวลาในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 10 – 20 นาที โดยรถจักรยานยนต์ เดินทางไปตรวจด้วยตนเองโดย ระยะเวลาในการรอพบแพทย์ 1 – 3 ชั่วโมง

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ กรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 4 – 8 ปี ระดับความดันโลหิตเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก 160/100 mmHg. – 190/120 mmHg. ระดับความดันโลหิต 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์ 130/80 mmHg. – 174/113 mmHg. ระดับความดันโลหิตปัจจุบัน 160/115 mmHg. – 230/110 mmHg. รับประทานยาลดระดับความดันโลหิต 1 – 2 ชนิด มีเส้นรอบเอว 76.5 – 88 เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกาย 20.83 kg/m² (อยู่ในเกณฑ์ปกติ) – 29.37 kg/m² (อยู่ในเกณฑ์อ้วน) มีผลระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด 90 – 100 % ผลระดับไขมันในเลือดครั้งล่าสุดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.2 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 4 สรุปข้อมูลได้ ดังนี้

2.2.1 การบริโภค พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการควบคุมอาหารโดยวิธีต่างๆ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การไม่รับประทานอาหารที่ใส่กะทิ รับประทานอาหารที่ทำโดยใช้น้ำมันพืช และเลิกหรือลดการดื่มสุรา รับประทานผักเป็นประจำ รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด ลดอาหารประเภทไขมันและมีการควบคุมน้ำหนักตัว ลดการสูบบุหรี่ ส่วนเพศชายไม่รับประทานขนมหวานและไม่สูบบุหรี่

2.2.2 การออกกำลังกาย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 มีการออกกำลังกาย ชนิดออกแรงปานกลางเป็นประจำทุกวันโดยการวิ่ง กระโดดเชือก ปั่นจักรยาน วิดพื้น วันละ 15 – 30 นาที ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 เคยออกกำลังกายโดยการวิ่งตอนเช้าแต่ปัจจุบันไม่ได้ออกกำลังกายโดยให้เหตุผลว่ามีข้อจำกัดเรื่องเวลาและไม่มีผู้ร่วมออกกำลังกาย กรณีศึกษาทั้ง 2 รายทำกิจกรรมประจำวันที่ไม่ต้องออกแรงหนัก เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ การประกอบอาชีพเป็นอาชีพที่ทำงานโดยไม่ต้องออกแรงหนัก

2.2.3 การผ่อนคลายความเครียด พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายหลักหนีออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด พุดคุยระบายความเครียดโดยกรณีศึกษารายที่ 1 ระบายความเครียดกับลูกและเพื่อนร่วมงาน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ระบายความเครียดกับพี่ชาย พี่สะใภ้ และเพื่อนบ้าน กรณีศึกษารายที่ 1 มีการไปเที่ยวเพื่อพักผ่อนหย่อนใจเดือนละ 1 ครั้ง และมีการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 7 – 8 ชั่วโมง

2.2.4 การรับประทานยา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เคยซื้อยาลดระดับความดันโลหิตรับประทานเอง กรณีศึกษารายที่ 1 ถ้าได้รับยาลดระดับความดันโลหิตจะรับประทานยาครบตามจำนวน ขนาด ตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 แม้ว่าจะมีอาการไอมากหลังจากเริ่มรับประทานยาก็ยังคงรับประทานยาไม่เคยหยุดรับประทานยาเอง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรม ในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
การบริโภค		
- การเติมเครื่องปรุงรส	- ไม่เติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก)	เติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว
- การรับประทานอาหารรสเค็ม	- เติมเครื่องปรุงรสในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว (ข้อมูลจากแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร)	ลดรสเค็มของอาหารที่รับประทาน
- การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	- ไม่ชอบรับประทานอาหารที่ใส่กะทิ - ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน - ใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร	- ไม่ชอบรับประทานอาหารที่ใส่กะทิ - ชอบรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันมากๆ ไม่ชอบรับประทานเนื้อแดง - ใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร
- การรับประทานผัก ผลไม้	- รับประทานผักเป็นประจำ - รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด	- รับประทานผักบ้าง - รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดบ้าง
- การดื่มสุราและการสูบบุหรี่	- เลิกดื่มสุราได้ประมาณ 3 สัปดาห์ - ลดการสูบบุหรี่	- ลดการดื่มสุรา - ไม่สูบบุหรี่
- การควบคุมน้ำหนักตัว	- มีการควบคุมน้ำหนักตัวโดยการควบคุมอาหาร	- ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรม ในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
การออกกำลังกาย	- ปัจจุบันไม่มีการออกกำลังกาย	- ออกกำลังกายโดยการวิ่ง กระโดดเชือก วิดพื้น ปั่นจักรยานทุกวัน วันละ 15 – 30 นาที
การผ่อนคลายความเครียด	- ทำกิจกรรมและประกอบอาชีพที่ไม่ต้องออกแรงหนัก - มีวิธีการจัดการความเครียด โดยการหนีออกจากสถานการณ์ - มีการระบายความเครียด - ไปเที่ยวเพื่อพักผ่อนกับลูกหลานเดือนละ 1 ครั้ง - นอนหลับสนิทวันละ 7 – 8 ชั่วโมง	- ทำกิจกรรมและประกอบอาชีพที่ไม่ต้องออกแรงหนัก - มีวิธีการจัดการความเครียด โดยการหนีออกจากสถานการณ์ - มีการระบายความเครียด - ไม่มีการไปเที่ยวเพื่อพักผ่อน
การรับประทานยา	- ไม่ซื้อยาลดระดับความดันโลหิตทานเอง - รับประทานยาครบตามที่ได้รับทั้งจำนวน ขนาด และเวลาโดยไม่ลืม	- ไม่ซื้อยาลดระดับความดันโลหิตทานเอง - ไม่หยุดรับประทานยาเอง แม้ว่าจะมีอาการไอบามาก หลังจากเริ่มรับประทานยา

2.3 ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต

การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 5 สรุปข้อมูลได้ดังนี้

2.3.1 การบริโภค พบว่า

2.3.1.1 กรณีศึกษาที่มีความชอบบริโภคอาหารที่ผ่านขบวนการ โดยกรณีศึกษารายที่ 1 กล่าวว่าตนเองชอบรับประทานหมูหยอง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2

รับประทานผักกาดดอง ผักกาดกระป๋อง ไข่เค็ม ปลาเค็ม เนื่องจากกรณีศึกษามีความคิดว่าอาหารดังกล่าวมีรสไม่เค็ม และถ้าอาหารมีรสเค็มก็จะนำอาหารดังกล่าวมาล้างก่อนรับประทานหรือปรุงอาหารเพื่อลดความเค็ม ดังที่กรณีศึกษารายหนึ่งเล่าว่า “...ผักกาดดองมันไม่เค็ม มันเปรี้ยว... ไข่โป้วเค็ม...ก็ล้างนะ แชน้ำเอามาล้างก่อน” กรณีศึกษารายที่ 2 ชอบอาหารรสจัด ชอบอาหารมันๆ เช่นขาหมู หมูสามชั้น และชอบใส่กระเทียมเจียวน้ำมันในอาหารที่รับประทาน

2.3.1.2 การปรุงอาหารในครอบครัว มีการใส่ผงชูรส รสดี และน้ำมันหอยทุกครั้ง และมีการเดิมเครื่องปรุงรสระหว่างการรับประทานอาหาร

2.3.1.3 กรณีศึกษารายที่ 2 รับประทานอาหารไม่เป็นมือ รับประทานอาหารเมื่อมีความหิวและรับประทานอาหารเพราะความอยาก

2.3.1.4 กรณีศึกษามีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มน้ำตาลทุก วัน โดยให้เหตุผลของการดื่มว่า ทำงานมาเหนื่อยๆ ร้อน ดื่มแล้วชื่นใจ และกรณีศึกษารายที่ 1 ดื่มน้ำ กาแฟชนิดที่อื่นวันทุกวันตอนเช้า โดยให้เหตุผลว่า เติรมง่ายและสะดวก

2.3.1.5 กรณีศึกษาดื่มน้ำสุรา เนื่องจากมีความเชื่อเกี่ยวกับการ ดื่มน้ำสุรา โดยมีความเชื่อว่า การดื่มน้ำสุราช่วยให้หายจากอาการปวดเมื่อยจากการทำงานและช่วยกระตุ้น ความอยากบริโภคอาหาร กรณีศึกษารายที่ 2 เวลาเข้าสังคมไปงานต่างๆ ในชุมชนก็จะดื่มน้ำสุราทุกครั้ง กรณีศึกษารายที่ 1 มีความอยากดื่มน้ำสุราจากการกระตุ้นจากสื่อโทรทัศน์ร่วมด้วย

2.3.1.6 กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่ โดยให้เหตุผลว่าตนเองมี ความรู้สึกเจ็บ เหน็บจึงใช้การสูบบุหรี่เพื่อคลายเหงา เมื่อเห็นเพื่อนบ้านสูบบุหรี่ เห็นการสูบบุหรี่ใน สื่อโทรทัศน์และสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเป็นบ่อนการพนันมีผู้สูบบุหรี่ให้เห็นเยอะทำให้เกิดความอยาก สูบบุหรี่

2.3.2 การออกกำลังกาย พบว่า กรณีศึกษาคิดว่าการทำงานบ้านและการ ทำงานในการประกอบอาชีพเป็นการออกกำลังกาย กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีการออกกำลังกายโดย กล่าวถึงเหตุผลของการไม่ออกกำลังกายว่าไม่มีเวลาและไม่มีผู้ร่วมออกกำลังกาย

2.3.3 การผ่อนคลายความเครียด พบว่า กรณีศึกษาใช้การดื่มน้ำสุราเป็น วิธีการคลายความเครียด กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้วิธีการสูบบุหรี่ด้วย ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการ ไปเที่ยวเพื่อพักผ่อน นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอโดยกล่าวว่าตนเองนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท เกือบทุกคืน

2.3.4 การรับประทานยา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอมีความคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษา หายขาดได้ จึงมีบางช่วงที่ไม่ได้รับประทานยาลดระดับความดันโลหิต ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2

รับประทานยาลดระดับความดันโลหิตก่อนอาหารซึ่งแพทย์ให้รับประทานหลังอาหาร ลืมรับประทานยาเป็นบางครั้ง บางวันมีอาการปวดศีรษะก็จะรับประทานยาเพิ่มอีก

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรค ในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา

ปัญหาและอุปสรรค ในการควบคุมความดันโลหิต	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
การบริโภค	- ชอบรับประทานหมูหยอง - การปรุงอาหารใส่รสดี และน้ำมันหอย - เติมเครื่องปรุงรสระหว่างการรับประทานอาหาร (ข้อมูลจากแบบบันทึกการบริโภคอาหาร) - ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน - ดื่มกาแฟชนิดทรีอินวัน - ดื่มสุรา - สูบบุหรี่	- รับประทานผักกาดดอง ผักกาดกระโป่ง ไข่เค็ม ปลาเค็ม - การปรุงอาหารใส่รสดี ผงชูรสและน้ำมันหอย - ชอบรับประทานอาหารรสจัด ปรุงรสอาหารให้ได้รสเปรี้ยว เค็ม หวาน - ชอบรับประทานอาหารมัน เช่นหมูสามชั้น ขาหมู เติมกระเทียมเจียวน้ำมันในอาหาร - รับประทานอาหารไม่เป็นมื้อ รับประทานอาหารเมื่อหิวหรือมีความอยากรับประทาน - ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน - ดื่มสุรา
การออกกำลังกาย	- มีความคิดว่าการทำงานในการประกอบอาชีพและการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย - ไม่มีการออกกำลังกายโดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาและไม่มีผู้ร่วมออกกำลังกาย	- มีความคิดว่าการทำงานในการประกอบอาชีพและการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรค ในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค ในการ ควบคุมความดันโลหิต	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
การผ่อนคลายความเครียด	- เคยใช้การดื่มสุราและใช้การสูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียด	- ใช้การดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด - นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ - ไม่มีการไปเที่ยวเพื่อพักผ่อน
การรับประทานยา	- มีความคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาหายได้บางช่วง ไม่ได้รับประทานยา	- รับประทานยาก่อนอาหาร สัปดาห์รับประทานยาเป็นบางครั้ง รับประทานยาเพิ่มเมื่อมีอาการปวดศีรษะ

สำหรับการเปรียบเทียบปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 6 โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับแรงสนับสนุนจากลูกและหลานในเรื่องการรับประทานอาหาร การเลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับแรงสนับสนุนจากภรรยาคนที่ 2 ในเรื่องการลดน้ำหนักตัว กรณีศึกษาได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ร่วมงานในเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนจากสื่อต่างๆ ในเรื่องการปฏิบัติตน เรื่องการบริโภคและการออกกำลังกาย และมีความเชื่อถือในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยของความสำเร็จในการเลิกดื่มสุรา ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านในเรื่องการระบายความเครียดและการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา และได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในเรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคและการออกกำลังกาย

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา

ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการ ควบคุมความดันโลหิต	กรณีศึกษารายที่	
	1	2
แรงสนับสนุนทางสังคม	- แรงสนับสนุนจากครอบครัว คือ ลูกและหลาน - แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ - แรงสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน	- แรงสนับสนุนจากครอบครัว คือ ภรรยาคนที่ 2 - แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ - แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน - แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
ความเชื่อ	- ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของชุมชน	-
ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ	- ได้รับความรู้จากการดูรายการทางโทรทัศน์ - ภาพยนตร์ข้างซองบุหรี่	-

สรุป

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพฤติกรรมสุขภาพเหมือนกันในด้านการบริโภคได้แก่ กรณีศึกษาบริโภคอาหารมีปริมาณโซเดียมสูง ดื่มน้ำอัดลม และด้านการรับประทานยาโดยมีปัญหาและอุปสรรคจากปัญหาในระบบบริการสุขภาพ แต่กรณีศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันในด้านการบริโภค คือ กรณีศึกษารายที่ 2 บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่และดื่มกาแฟชนิดทรีอินวัน ด้านการออกกำลังกาย คือ กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีการออกกำลังกายส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านการผ่อนคลายความเครียด คือ กรณีศึกษารายที่ 2 นอนพักผ่อนไม่เพียงพอและไม่มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 นอนพักผ่อนเพียงพอและมีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตระดับรุนแรง โดยศึกษาเป็นรายกรณี อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. การบริโภค ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคเพื่อควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

1.1 การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง จากผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงเนื่องจากมีความชอบอาหารที่ผ่านขบวนการชอบอาหารรสจัดโดยมีการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการบริโภคอาหารจากความเคยชินในรสชาติของอาหารที่ปฏิบัติมานานก่อนที่จะทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนเกิดเป็นความเคยชินทำให้การปรับพฤติกรรมทำได้ยาก ประกอบกับครอบครัวปรุงอาหารโดยใช้เครื่องปรุงรส และจากการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าการตั้งเครื่องปรุงรสไว้ระหว่างการบริโภคอาหารจึงทำให้กรณีศึกษาหลีกเลี่ยงการปรุงรสได้ยาก ซึ่งสามารถอธิบายได้จากปัจจัยของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว (Microsystem) คือ ความชอบอาหาร การปรุงรสระหว่างการปรุงและบริโภคอาหารโดยมีความรู้เกี่ยวกับปริมาณโซเดียมและโซเดียมแฝงในอาหารและเครื่องปรุงรสแต่ละชนิดไม่เพียงพอมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของกรณีศึกษา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ได้โซเดียมจากการบริโภคเครื่องปรุงรส และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมไม่เหมาะสม เนื่องจากวัฒนธรรมทางสังคมของคนไทยที่มีวิธีการดำเนินชีวิตในการปรุงรสระหว่างการปรุงอาหารและระหว่างการบริโภคอาหาร โดยตามปกติจะใช้เครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม และคนไทยจะมีความเคยชินกับการปรุงอาหารที่ต้องมีการปรุงรสหรืออาหารจานเดียวเพราะชอบรสชาติที่อร่อยและความสะดวก (คลรัณ รุจิวัฒนากร, 2547) และการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่ต้องมีเครื่องปรุงรส โดยเฉพาะน้ำปลาไว้บนโต๊ะ

อาหาร หรือทุกมือ จึงทำให้หลีกเลี่ยงการปรุงรสยาก (ศิริมาศ บุญประสาร, 2544) นอกจากนั้น การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กรณีศึกษาใช้เครื่องปรุงรสจากคำแนะนำของเพื่อนบ้านและเพื่อนบ้านใช้เครื่องปรุงรสทุกบ้านเนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อเครื่องปรุงรสต่างๆจากร้านขายของชำในชุมชนซึ่งอยู่ใกล้บ้านกรณีศึกษา ซื้อจากซูเปอร์มาร์เก็ต และซื้ออาหารที่ผ่านขบวนการจากตลาดนัดและตลาดสด ดังแสดงในแผนที่บ้านกรณีศึกษา (ภาคผนวก จ) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากปัจจัยของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน (Exosystem) คือ เพื่อนบ้านที่แนะนำให้ใช้เครื่องปรุงรส การมีร้านขายของชำใกล้บ้าน มีตลาดนัดในชุมชนและมีซูเปอร์มาร์เก็ตมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของกรณีศึกษา

1.2 การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงและกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง โดยกรณีศึกษารายที่ 2 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงเนื่องจากความชอบบริโภคอาหารมันๆ ครอบครัวตามใจซื้ออาหารที่มีปริมาณไขมันสูงให้บริโภคโดยซื้อจากตลาดนัดในชุมชน ดังแสดงในแผนที่บ้านกรณีศึกษา (ภาคผนวก จ) ที่จัดเกือบทุกวันทำให้มีความสะดวกในการซื้อและกรณีศึกษาประกอบอาชีพรับจ้างการทำงานต้องใช้พลังงานมาก จึงมีความเชื่อว่าการบริโภคอาหารมันๆแล้วทำให้มีกำลังในการทำงาน และเชื่อว่าการมีรูปร่างอ้วนแล้วทำให้ดูดี อึดเ็บ ถ้ามีรูปร่างผอมแล้วทำให้ไม่มีกำลังในการทำงาน รวมทั้งกรณีศึกษาบริโภคอาหารเพราะความหิวและความอยากทำให้กรณีศึกษาไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน จึงมีความต้องการปริมาณอาหารในปริมาณมาก ซึ่งการควบคุมน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานโดยทั่วไปต้องมีเวลาการปฏิบัติเพื่อควบคุมอย่างต่อเนื่องและใช้เวลานานอาจทำให้กรณีศึกษาเบื่อหน่ายในการควบคุมน้ำหนักตัวร่วมกับมีเวลาไม่เพียงพอเนื่องจากต้องประกอบอาชีพรับจ้างแม้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการลดน้ำหนักตัวก็ตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว (Microsystem) คือ บุคคลประกอบอาชีพรับจ้าง บริโภคอาหารเพราะความชอบ ความหิวและความอยาก ครอบครัวซื้ออาหารที่มีปริมาณไขมันสูงให้บริโภค ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน (Exosystem) คือมีแหล่งขายอาหารที่มีความสะดวกในการซื้อ และสิ่งแวดล้อมในระดับของความเชื่อ (Macrosystem) คือ ความเชื่อในการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและความเชื่อเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่มีรูปร่างอ้วนดีกว่ามีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงของกรณีศึกษา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน จะมีความต้องการอาหารในปริมาณมากจึงต้องบริโภคอาหารในปริมาณมาก (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550) นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับ

อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างเช่นเดียวกับกรณีศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งในการควบคุมน้ำหนักตัวและการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (วันทนา ทิฆมพุดิ, 2550)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงเนื่องจากไม่ชอบบริโภคอาหารมันๆ และเพศหญิงส่วนมากไม่ชอบรูปร่างที่อ้วนจึงทำให้กรณีศึกษามีความคิดว่าการมีรูปร่างอ้วนไม่ดีและเป็นอุปสรรคในการทำงาน กรณีศึกษาปรุงอาหารบริโภคเองเป็นส่วนใหญ่จึงทำให้สามารถเลือกซื้อและปรุงอาหารอาหารที่ไม่มีปริมาณไขมันสูงได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ บุคคลไม่ชอบบริโภคอาหารมัน ปรุงอาหารบริโภคเอง ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับของความเชื่อ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับภาพลักษณ์ในเชิงบวกทำให้ไม่เป็นปัญหาและอุปสรรคในเพศหญิงสำหรับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง

1.3 การดื่มเครื่องดื่ม ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาดื่มสุราเนื่องจากมีความเชื่อว่าการดื่มสุราจะช่วยให้หายจากอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน ช่วยให้มีกำลังในการทำงาน และช่วยให้เจริญอาหาร โดยความเชื่อนี้กรณีศึกษาได้ข้อมูลจากการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน และเมื่อกรณีศึกษาปฏิบัติตามแล้วพบว่าหลังการดื่มสุราสามารถนอนหลับได้ดี ร่างกายได้พักผ่อนตื่นมาสดชื่น อาการปวดเมื่อยต่างๆทุเลาลง สามารถไปทำงานต่อได้ กรณีศึกษาจึงปฏิบัติเรื่อยมาจนเกิดเป็นความเคยชิน โดยสุราซื้อจากร้านขายของชำใกล้บ้าน กรณีศึกษาอยากดื่มสุราโดยมีสื่อโทรทัศน์เป็นการกระตุ้นร่วมด้วย และกรณีศึกษาดื่มสุราเพื่อเข้าสังคมเนื่องจากเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องเพศชายดื่มสุราและชวนให้ดื่ม ประกอบกับในชุมชนมีธรรมเนียมในการเลี้ยงสุราในงานต่างๆ ได้แก่ งานบุญ งานบวช งานศพ งานแต่ง งานขึ้นบ้านใหม่ ทำให้กรณีศึกษาหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้ยาก นอกจากนั้นกรณีศึกษาใช้การดื่มสุราเป็นวิธีการจัดการความเครียดซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากกรณีศึกษามีความเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี แม้ว่าจะมีวิธีการจัดการความเครียดโดยวิธีการหนีออกจากสถานการณ์และการพูดคุยเพื่อระบายความเครียดแล้วก็ตาม แต่ในปัญหาบางเรื่อง เช่น ความขัดแย้งภายในครอบครัว กรณีศึกษาอาจจะไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ จึงใช้วิธีการดื่มสุราดังกล่าวทั้งๆที่ทราบว่าการดื่มสุราจะทำให้มีอาการปวดศีรษะและความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล และครอบครัว (Microsystem) คือ บุคคลใช้การดื่มสุราเป็นวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้เกิดความเครียด ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Mesosystem) คือ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ค่อนข้างไม่ดีก่อให้เกิดความเครียด การดื่มสุราเพื่อเข้าสังคม การชวนกันดื่มสุราในเพศชาย สิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน (Exosystem) คือ

เพื่อนบ้านดื่มสุรา สื่อโทรทัศน์เป็นสื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่มสุรา และอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในระดับของความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติ (Macrosystem) คือ ความเชื่อในการดื่มสุรา ธรรมเนียมปฏิบัติในชุมชนที่ต้องมีการเลี้ยงสุราในงานต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา ซึ่งผลการศึกษารุ่นนี้แตกต่างจากการศึกษาของจิตาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งต่อครอบครัวและสังคม จึงมีกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างมีสติ รอบคอบ และการศึกษาพฤติกรรมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งปกติจะมีการดื่มสุราน้อย และมีการรับรู้ความเข้าใจว่าการดื่มสุราอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ และกลัวว่าจะเป็นอัมพาต แต่สอดคล้องกับการศึกษารุ่นนี้ในส่วนของการดื่มสุราของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยให้เหตุผลว่า ดื่มสุราเมื่อมีผู้ชวนให้ดื่ม หรือดื่มเมื่อเข้าสังคม เช่น ไปงานเลี้ยง

ผลการศึกษารุ่นนี้ยังพบว่า ศึกษานิเทศก์ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ คือ น้ำอัดลมและกาแฟ ศึกษานิเทศก์ดื่มน้ำอัดลมทุกวันระหว่างทำงานและหลังกลับจากทำงานเนื่องจากมีความชอบและจากข้อมูลที่ต้องดื่มทุกวัน (500 – 1,000 มล./วัน) อาจแสดงว่ามีการดื่มน้ำอัดลม การประกอบอาชีพรับจ้างที่ต้องทำงานกลางแดดจึงมีความรู้สึกชื่นใจเมื่อดื่มน้ำอัดลม ประกอบกับนายจ้างซื้อให้ดื่มทุกวันจึงทำให้รู้สึกได้ถึงความสะดวกและปฏิบัติจนเป็นความเคยชิน ซึ่งการดื่มน้ำอัดลมอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ได้รับปริมาณโซเดียมโดยไม่จำเป็นเนื่องจากน้ำอัดลมจะมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบประมาณ 5 – 20 มิลลิกรัมต่อ 1 หน่วยบริโภค (325 มิลลิกรัม) (จุติมา สิริกุลขยานนท์, 2552) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับตัวบุคคลและครอบครัว คือ ความชอบดื่มน้ำอัดลม ดื่มเพื่อแก้กระหาย นายจ้างซึ่งเป็นผู้ซื้อน้ำอัดลมให้ดื่ม การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในน้ำอัดลม มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มน้ำอัดลมของนักศึกษา ซึ่งการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนโดยให้เหตุผลที่น้ำอัดลมคือ ดื่มเพื่อแก้กระหาย ดื่มแล้วชื่นใจ หรือเมื่อไปงานเลี้ยง (หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์, 2540)

การศึกษารายที่ 1 ดื่มน้ำกาแฟทุกวันโดยดื่มน้ำกาแฟชนิดทรีอินวัน เนื่องจากประกอบอาชีพรับจ้างและอาศัยอยู่คนเดียวจึงเลือกใช้น้ำกาแฟชนิดที่เตรียมง่ายและมีความสะดวก โดยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณไขมันในกาแฟ ซึ่งกาแฟชนิดดังกล่าวมีปริมาณของครีมเทียมถึงร้อยละ 34 ทำให้ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับตัวบุคคลและครอบครัว คือ การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณไขมันในกาแฟ และครอบครัวอาศัยอยู่คนเดียว มี

ผลต่อพฤติกรรมการดื่มกาแฟของกรณีศึกษา ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมไม่ดี ในเรื่องการดื่มกาแฟหรือชาโดยมักดื่มทดแทนอาหารมื้อเช้า เนื่องจากความสะดวก ง่ายในการเตรียม เป็นการกระตุ้นประสาท และดื่มจากความเคยชิน (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) และการศึกษาพฤติกรรม สุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดื่มเครื่องดื่มที่มี คาเฟอีน โดยให้เหตุผลที่ดื่มกาแฟ ชา เพราะเป็นอาหารเช้า กระตุ้นประสาท ชอบดื่ม เคยชิน (หทัย รัตน์ ธิตีศักดิ์, 2540)

ในภาพรวมผลการศึกษานี้พบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และกาแฟเป็นส่วนประกอบ เนื่องจากซื้อได้จากร้านขายของชำในบริเวณ ใกล้บ้าน และซูเปอร์มาร์เก็ตใกล้ชุมชน ดังแสดงในแผนที่บ้านกรณีศึกษา (ภาคผนวก จ) ซึ่ง สามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ การมีร้านขายของชำใกล้บ้าน และมีซูเปอร์มาร์เก็ตทำให้มีความสะดวกในการซื้อเครื่องดื่มดังกล่าว

1.4 การสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่ และ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สูบบุหรี่ กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่เนื่องจากเริ่มสูบบุหรี่โดยใช้เป็นวิธีการ จัดการความเครียดและสูบบุหรี่เรื่อยมาจนติด ซึ่งในปัจจุบันแม้ว่าจะไม่มีความเครียดแต่กรณีศึกษา อาศัยอยู่คนเดียวมีความเหงาจึงยังสูบบุหรี่อยู่ ร่วมกับเมื่อเห็นการสูบบุหรี่ในสื่อโทรทัศน์ เห็นเพื่อน บ้านสูบบุหรี่ และสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเป็นบ่อนการพนันมีผู้สูบบุหรี่ให้เห็นเยอะ จึงเป็นสาเหตุให้ กรณีศึกษาไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แม้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและการเห็นภาพข้าง ของผลิตภัณฑ์ที่น่ากลัวแล้วมีความรู้สึกลอยากเลิกสูบบุหรี่ก็ตาม ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการสนับสนุน ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล (Microsystem) คือ ตัวบุคคลที่ใช้การสูบบุหรี่เป็นวิธีการจัดการความเครียด ร่วมกับสิ่งแวดล้อมใน ระดับของปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว (Mesosystem) คือ การอาศัยอยู่คนเดียวทำให้มีความรู้สึกลอยเหงา และสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน (Exosystem) คือ สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่อาศัยเป็นบ่อนการพนัน เพื่อนบ้านสูบบุหรี่จึงมีผู้สูบบุหรี่ให้เห็นเยอะ และ สื่อโทรทัศน์เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบ บุหรี่ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกรณีศึกษามากกว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวหรือการที่ รัฐบาลมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2550 ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2535 ให้มีการแสดงฉลากรูปภาพและข้อความคำเตือนถึงพิษภัยของยาเส้นบนซองบุหรี่ (สำนักควบคุม การบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค, 2550) จึงทำให้การเลิกสูบบุหรี่ไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งผล การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิตีศักดิ์ (2540) ที่พบว่า ผู้ที่มี

ความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยมาก เนื่องจากสังคมไทยมีค่านิยมที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ของเพศหญิง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิตีศักดิ์ (2540) ในส่วนของเหตุผลของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ที่พบว่า การสูบบุหรี่จะช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ สูบบุหรี่เพราะมีผู้ชวนให้สูบ สูบเพราะการเลียนแบบบุคคล อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สูบบุหรี่เนื่องจากครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย จึงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ไม่มีความเหงา และบุคคลในครอบครัวไม่มีใครสูบบุหรี่เลยจึงไม่เกิดการเลียนแบบการสูบบุหรี่จากบุคคลในครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ บุคคลในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว คือ ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย การมีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการไม่สูบบุหรี่ของกรณีศึกษารายที่ 2

2. การออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ออกกำลังกายและกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ออกกำลังกาย กรณีศึกษารายที่ 2 มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำทุกวัน แม้ว่าจะมีความคิดว่าการทำงานจากการประกอบอาชีพและการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายก็ตาม เนื่องจากกรณีศึกษาได้รับแรงสนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายจากกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงด้วยกันโดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และกรณีศึกษานำมาปฏิบัติจนเกิดเป็นความเคยชินในการปฏิบัติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล (Microsystem) คือ บุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ในสังคม (Mesosystem) คือ การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงด้วยกันทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอิทธิพลมากกว่าสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ ตัวบุคคลมีความคิดว่าการทำงานบ้านและการทำงานปกติเป็นการออกกำลังจึงทำให้ไม่เป็นปัญหาและอุปสรรคสำหรับการออกกำลังกายในกรณีศึกษารายที่ 2

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน และมีความคิดว่าเมื่อทำงานในการประกอบอาชีพและทำงานบ้านแล้วมีเหงื่อออกก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย ประกอบกับกรณีศึกษาอาศัยอยู่คนเดียวทำให้ขาดผู้ร่วมออกกำลังกายและในชุมชนมีผู้ออกกำลังกายเพียง 1 – 2 คนเท่านั้น ถึงแม้ว่ากรณีศึกษาจะทราบประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมความดันโลหิตจากบุคลากรทางการแพทย์และจากรายการให้ความรู้ทางสื่อโทรทัศน์แล้วก็ตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ การประกอบอาชีพของบุคคลทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว สังคม คือ ครอบครัวอาศัยอยู่คนเดียว ขาดผู้ร่วมออก

กำลังกาย และสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน (Exosystem) คือ ชุมชนมีผู้ออกกำลังกายน้อย และสิ่งแวดล้อมในระดับความเชื่อ (Macrosystem) คือ มีความคิดว่าการทำงานในการประกอบอาชีพและการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งมีอิทธิพลมากกว่าสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายจากบุคลากรทางการแพทย์และจากสื่อโทรทัศน์ จึงทำให้ภรรยาไม่ออกกำลังกาย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ว่า ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพนอกบ้านเช่นเดียวกับภรรยาในการศึกษานี้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีและคิดว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายแล้ว (หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์, 2540) การศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่า อุปสรรคที่ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถออกกำลังกายได้เนื่องจากไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย มีภารกิจอื่น และคิดว่าการทำงานปกติเป็นการออกกำลังกายไปในตัว การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งที่ควบคุมระดับความดันได้และควบคุมระดับความดันไม่ได้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับเหมาะสมน้อย (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550) และการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงถ้าได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การจัดสถานที่ออกกำลังกาย หรือการมีสมาชิกในครอบครัวพาไปออกกำลังกายจะเป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ศึกษาตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความสนใจและยังมีส่วนให้กำลังใจ ทำให้มีกำลังใจในการออกกำลังกาย (สุวิมล สันติเวส, 2545)

3. การผ่อนคลายความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ภรรยาที่มีพฤติกรรม ปัญหา และอุปสรรคในการผ่อนคลายความเครียดเพื่อควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

3.1 การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลการศึกษาพบว่า ภรรยาที่ 2 นอนพักผ่อนไม่เพียงพอและภรรยาที่ 1 มีการนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ ภรรยาที่ 2 นอนพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากภรรยาที่มีความเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีปัญหาในครอบครัวและยังพบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตที่จำเป็นต้องปฏิบัติไปตลอดชีวิต ถ้ามีอาการเจ็บป่วยต้องหยุดทำงานรายได้ลดลง ทำให้เกิดภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว (Microsystem) คือ บุคคลมีความเครียดจากฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่ดี ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว (Mesosystem) คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ค่อยดี มีผลต่อการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอของภรรยาที่ 2

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีการพักผ่อนที่เพียงพอเนื่องจากครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีเงินเหลือเก็บ สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี ทำให้ไม่เกิดภาวะเครียดซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ดี ร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ค่อนข้างดีมีผลต่อพฤติกรรมการพักผ่อนที่เหมาะสมของกรณีศึกษา ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิดาศักดิ์ (2540) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในด้านการพักผ่อนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีเงินเหลือเก็บ เมื่อเจ็บป่วยมีคนช่วยรับภาระงานแทน ทำให้ไม่มีสิ่งที่จะต้องกังวล สามารถพักผ่อนได้เต็มที่

3.2 ไม่มีการพักผ่อนหย่อนใจ ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจและกรณีศึกษารายที่ 1 มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากประกอบอาชีพรับจ้าง ทำงานทุกวันไม่มีวันหยุด ประกอบกับเป็นหัวหน้าครอบครัวมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการหารายได้ในครอบครัว มีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบสมาชิกในครอบครัว ถ้าหยุดทำงานจะมีผลกระทบกับรายได้ของครอบครัว ทำให้ไม่สามารถจัดเวลาเพื่อพักผ่อนได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว (Microsystem) คือ ลักษณะของการประกอบอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการพักผ่อนหย่อนใจของกรณีศึกษา ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งอยู่ในวัยกลางคน ส่วนใหญ่มีบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัวและมีหน้าที่สำคัญในการหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการจัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจในแต่ละวัน ไม่มีการแบ่งเวลาการทำงานกับการพักผ่อนอย่างเหมาะสม (ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551)

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนได้เหมาะสม เนื่องจากครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสามารถจัดเวลาสำหรับการไปเที่ยวเพื่อพักผ่อนได้โดยไม่มีผลกระทบกับเศรษฐกิจของครอบครัวประกอบกับได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการพาไปเที่ยวอีกด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ดีร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว (Mesosystem) คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ค่อนข้างดี การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสมของกรณีศึกษารายที่ 1

4. การรับประชนาษา ผลการศึกษาพบว่า กรณีสึกษาม่พฤตกรรม ปัญหาละอุปสรรคในการรับประชนาษาเพื่อกวคุมความดันโลหิต ดังนี้

4.1 การรับประชนาษาไม่ต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า กรณีสึกษารายที่ 1 รับประชนาษาไม่ต่อเนื่องและกรณีสึกษารายที่ 2 รับประชนาษาอย่างต่อเนื่อง กรณีสึกษารายที่ 1 รับประชนาษาลดระดับความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีความคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ ไม่ต้องรับประชนาษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกรณีสึกษาไม่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูงซึ่งแสดงให้เห่นถึงปัญหาในระบบบริการสุขภาพ จึงอาจทำให้กรณีสึกษาไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ ไม่ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมเพียงพอกับโรค หรือได้รับข้อมูลความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์แล้วแต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติให้เหมาะสมกับโรคได้เนื่องจากไม่ได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งการได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูง มีโอกาสได้รับรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์ในกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ทำให้มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการรับประชนาษาไม่ต่อเนื่อง และเมื่อรับประชนาษา อาการของความดันโลหิตสูงจะทุเลาลง ซึ่งทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ความสำคัญในการรับประชนาษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาจึงไม่เกิดกับกรณีสึกษารายที่ 2 ที่ได้รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง แม้ว่าจะมีอาการไอมากหลังจากเริ่มรับประชนาษาก็ตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ในสังคม (Mesosystem) คือ การขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง ร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน (Exosystem) คือ ปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการสุขภาพในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูง และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับความเชื่อ (Macrosystem) คือ มีความคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ ไม่ต้องรับประชนาษาต่อเนื่อง มีผลต่อพฤติกรรมการรับประชนาษาไม่ต่อเนื่องของกรณีสึกษา แต่อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเชิงบวกในระดับของปฏิสัมพันธ์ในสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ และการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง ร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ ระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพในคลินิกความดันโลหิตสูง มีผลให้กรณีสึกษามีการรับประชนาษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา พันธุ์ภักดี (2542) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในระยะที่รับรู้ว่ามีชีวิตเสี่ยงอันตรายซึ่งเป็นระยะที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกลับมามีอาการของความดันโลหิตสูงอีก ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ความสำคัญต่อการรับประชนาษาเพื่อกวคุมอาการและลดระดับความดันโลหิตสูง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการ

ดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหุ้ยได้รับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์เนื่องจากผลข้างเคียงจากยา (วันทนา ทิมพุดิ, 2550)

4.2 การลื้รับประทานยาและการปรับยาเอง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ลื้รับประทานยาและปรับเพิ่มยาเองและกรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาถูกต้องโดยไม่ลื้ กรณีศึกษารายที่ 2 ลื้รับประทานยาอาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพอธิบายวิธีการรับประทานยาแก่ผู้รับบริการโดยการสื่อสารแบบทางเดียว ซึ่งเป็นปัญหาให้กรณีศึกษา มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานที่ไม่ถูกต้อง และมีการรับประทานยาเพิ่มเมื่อมีอาการของความดันโลหิตสูงอาจเนื่องจากการรับรู้จากประสบการณ์ในการรับประทานยาที่ผ่านมาว่าการรับประทานยาจะช่วยให้อาการของความดันโลหิตสูงทุเลาลงได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของบุคคล (Microsystem) คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา และประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล ร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ ปัญหา รูปแบบในการให้บริการในระบบบริการสุขภาพที่มีการสื่อสารแบบทางเดียว มีผลต่อพฤติกรรม การลื้รับประทานยาและการปรับยาเองของกรณีศึกษา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจัดการกับอาการของความดันโลหิตสูงทั้งจากที่มีสาเหตุกระตุ้นและจากการควบคุมความระดับดันเลือดไม่ได้ โดยอาศัยประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาที่ผ่านมาทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับอาการได้โดยการปรับขนาดยาเพิ่มจากที่เคยรับประทานตามปกติ (อรสา พันธุ์กัคดี, 2542)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ถ้าได้รับยาจะรับประทานยาถูกต้องโดยไม่ลื้รับประทานยาและไม่ปรับยาเอง เนื่องจากถ้าได้รับยามารับประทาน จะมีการรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ทำให้ไม่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา

ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตจากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมของบุคคลทั้ง 4 ระดับ โดยปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือการบริโภคอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง จึงมีผลให้กรณีศึกษาไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังแสดงในกราฟระดับความดันโลหิตของกรณีศึกษา (ภาคผนวก ฉ)

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรง และ 2) ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรง

ผลการศึกษา มีข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษา 2 ราย เป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุ 50 และ 52 ปี มีสถานภาพสมรส 2 ลักษณะ คือ แยกและคู่ มีจำนวนบุตร 2 และ 3 คน ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย 6,000 และ 10,000 บาท/เดือน จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นชุมชนชนบท กรณีศึกษาเดินทางไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง โดยใช้สิทธิการรักษา คือ ต้นสังกัดสำหรับกรณีศึกษารายที่ 1 และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ กรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 4 – 8 ปี โดยความดันโลหิตเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อยู่ในระดับรุนแรง ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิต 1 – 2 ชนิด

2. พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต

ในการศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตในด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา ดังนี้

2.1 การบริโภค ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนี้

2.1.1 การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญจากความชอบบริโภคอาหารที่ผ่านขบวนการ มีการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการปรุงและการบริโภคอาหาร การมีความรู้เกี่ยวกับปริมาณโซเดียมและโซเดียมแฝงในอาหารและเครื่องปรุงรสแต่ละชนิดไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว ร่วมกับเพื่อนบ้านแนะนำให้ใช้เครื่องปรุงรส การมีร้านขายของชำ ตลาดนัดในชุมชนและมีซูเปอร์มาร์เก็ตทำให้มีความสะดวกในการซื้ออาหารและเครื่องปรุงรสซึ่งเป็นอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน

2.1.2 การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง กรณีศึกษารายที่ 1 บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงเนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญจากความชอบบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง บริโภคอาหารเพราะความหิวและความอยากอาหาร และครอบครัวตามใจซื้ออาหารที่มีปริมาณไขมันสูงให้บริโภคซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว ร่วมกับในชุมชนมีแหล่งสำหรับซื้ออาหารที่มีปริมาณไขมันสูงซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน และกรณีศึกษาประกอบอาชีพรับจ้างต้องใช้พลังงานมากจึงมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงทำให้มีกำลังในการทำงาน และมีความเชื่อเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่มีรูปร่างอ้วนดีกว่ารูปร่างผอม ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของความเชื่อ ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงเนื่องจาก เพศหญิงไม่ชอบรูปร่างที่อ้วน ไม่ชอบบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ปรุงอาหารบริโภคเอง ซึ่งเป็นอิทธิพลในเชิงบวกของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับรูปร่างอ้วนไม่ดี เป็นอุปสรรคในการทำงานซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของความเชื่อ

2.1.3 การดื่มเครื่องดื่ม ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือ กรณีศึกษามีความเครียดจากปัญหาฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับบุคคลและครอบครัว ร่วมกับการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ค่อนข้างไม่ดี มีปัญหาในครอบครัวก่อให้เกิดความเครียด จึงใช้การดื่มสุราเป็นวิธีการจัดการความเครียด ดื่มสุราเพื่อเข้าสังคมซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับปฏิสัมพันธ์ มีความอยากดื่มสุราโดยมีสื่อโทรทัศน์เป็นการกระตุ้นซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับชุมชน และการมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพว่าการดื่มสุราช่วยให้หายจากอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน ช่วยให้มีกำลังในการทำงาน ช่วยกระตุ้นให้เจริญอาหาร และธรรมเนียมปฏิบัติของชุมชนที่ต้องมีการเลี้ยงสุราในงานต่างๆ ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับของความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติ

ผลการศึกษารังนี้ยังพบว่า กรณีศึกษาเดิมเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ คือ น้ำอัดลมและกาแฟ กรณีศึกษาเดิมน้ำอัดลมเนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคจากความชอบดื่มน้ำอัดลมโดยไม่ทราบข้อมูลปริมาณโซเดียมในน้ำอัดลมทำให้ได้รับโซเดียมโดยไม่จำเป็น การประกอบอาชีพรับจ้างของกรณีศึกษาต้องทำงานกลางแดดจึงดื่มเพื่อแก้กระหายโดยนายจ้างซื้อให้ดื่มระหว่างการทำงานซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับบุคคลและครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 1 ดื่มน้ำกาแฟชนิดที่อื่นวันเนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคจาก กรณีศึกษาประกอบอาชีพรับจ้าง ครอบครัวอาศัยอยู่คนเดียวจึงใช้กาแฟชนิดที่เตรียมง่ายและสะดวก โดยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณไขมันในกาแฟชนิดดังกล่าวซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล

ในภาพรวมของการดื่มเครื่องดื่มของกรณีศึกษาพบว่า มีปัญหาและอุปสรรคจากการมีร้านค้าอยู่ใกล้บ้านทำให้มีความสะดวกในการซื้อเครื่องดื่มต่างๆดังกล่าว ซึ่งเป็นอิทธิพลของ สิ่งแวดล้อมระดับชุมชน

2.1.4 การสูบบุหรี่ ผลการศึกษพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่และกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สูบบุหรี่ กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญจากการอาศัยอยู่คนเดียวทำให้เกิดความเหงาจึงสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ร่วมกับกรณีศึกษาเริ่มสูบบุหรี่เนื่องจากเป็นวิธีการจัดการความเครียดและสูบบุหรี่เรื่อยมาจนติด ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว และชุมชนที่อาศัยเป็นบ่อนการพนัน เพื่อนบ้านสูบบุหรี่จึงมีผู้สูบบุหรี่ให้เห็นเยอะ และสื่อโทรทัศน์เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับชุมชน แม้ว่ากรณีศึกษาจะได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวหรือการที่รัฐบาลมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้มีการแสดงฉลากรูปภาพและข้อความคำเตือนถึงพิษภัยของยาเส้นบนซองบุหรี่ก็ตาม ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนผลการศึกษาที่พบว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สูบบุหรี่เนื่องจากไม่เคยสูบบุหรี่และบุคคลในครอบครัวไม่มีใครสูบบุหรี่จึงไม่เกิดการเลียนแบบการสูบบุหรี่จากบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมระดับระดับบุคคลและครอบครัว ร่วมกับครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายจึงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ไม่มีความเหงาซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว

2.2 การออกกำลังกาย ผลการศึกษพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ออกกำลังกายและกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ออกกำลังกาย กรณีศึกษารายที่ 2 มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยทำเป็นประจำทุกวันแม้ว่าจะมีความคิดว่าการทำงานจากการประกอบอาชีพและการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายก็ตาม แต่กรณีศึกษาได้รับแรงสนับสนุนพฤติกรรมออกกำลังกายจากกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงด้วยกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ในสังคม ร่วมกับกรณีศึกษาปฏิบัติ จนเกิดเป็นความเคยชิน และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายจากปฏิบัติ ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับบุคคลและครอบครัว

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญจาก การประกอบอาชีพนอกบ้านทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล ร่วมกับ กรณีศึกษาอาศัยอยู่คนเดียวทำให้ขาดผู้ร่วมออกกำลังกาย ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคม ประกอบกับในชุมชนมีผู้ออกกำลังกายน้อย ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับชุมชน และมีความคิดว่าการทำงานในการประกอบอาชีพและทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมระดับความเชื่อ แม้ว่ากรณีศึกษาจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตจากบุคลากรทางการแพทย์และจากรายการให้ความรู้ทางสื่อโทรทัศน์แล้วก็ตาม กรณีศึกษาก็ยังไม่มีอาการออกกำลังกาย

2.3. การผ่อนคลายความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการผ่อนคลายความเครียดเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนี้

2.3.1 การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 นอนพักผ่อนไม่เพียงพอและกรณีศึกษารายที่ 1 มีการนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ กรณีศึกษารายที่ 2 นอนไม่หลับทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญจาก กรณีศึกษามีความเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีปัญหาในครอบครัวและยังพบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว ร่วมกับความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ค่อยดี ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเครียดที่เป็นสาเหตุให้นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอเนื่องจากครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีเงินเหลือเก็บซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในเชิงบวกของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว ร่วมกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวค่อนข้างดี ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ทำให้ไม่เกิดภาวะเครียด นอนหลับได้สนิทไม่เกิดปัญหาการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ

2.3.2 ไม่มีการพักผ่อนหย่อนใจ ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการพักผ่อนหย่อนใจและกรณีศึกษารายที่ 1 มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการพักผ่อนหย่อนใจเนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคจากการประกอบอาชีพรับจ้าง

ทำงานทุกวันไม่มีวันหยุด มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการหารายได้ในครอบครัว ถ้าหยุดทำงานจะมีผลกระทบกับเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ไม่สามารถจัดเวลาเพื่อพักผ่อนได้ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจได้เหมาะสม เนื่องจากครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสามารถจัดเวลาสำหรับการไปเที่ยวเพื่อพักผ่อนได้โดยไม่มีผลกระทบกับเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว ร่วมกับความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ค่อนข้างดี ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการพาไปเที่ยว ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว

2.4. การรับประทุษร้าย ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทุษร้ายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนี้

2.4.1 การรับประทุษร้ายไม่ต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทุษร้ายไม่ต่อเนื่องและกรณีศึกษารายที่ 2 มีการรับประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทุษร้ายไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญจากปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการสุขภาพในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน ร่วมกับขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ในสังคม ทำให้มีความคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ ไม่ต้องรับประทุษร้ายต่อเนื่อง ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับความเชื่อ ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 มีการรับประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพในคลินิกความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นอิทธิพลเชิงบวกของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน ทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ในสังคม

2.4.2 การลืมนับประทุษร้ายและการปรับยาเอง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ลืมนับประทุษร้าย ปรับยาเองและกรณีศึกษารายที่ 1 รับประทุษร้ายครบตามขนาดจำนวนโดยไม่ลืมนับ กรณีศึกษารายที่ 2 การลืมนับประทุษร้ายและการปรับยาเอง เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญจากปัญหารูปแบบในการให้บริการในระบบบริการสุขภาพที่มีการสื่อสารแบบทางเดียว ซึ่งเป็นอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน ทำให้กรณีศึกษาที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทุษร้ายที่ไม่ถูกต้อง และกรณีศึกษาปรับเปลี่ยนยาปรับประทุษร้ายเองโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับประทุษร้าย ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของบุคคล ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ถ้าได้รับยาจะรับประทุษร้ายครบตามขนาดและจำนวนโดยไม่ลืมนับ

เนื่องจากกรณีศึกษา มีการรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล จึงทำให้กรณีศึกษาไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาและการปรับยาเอง

3. ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดในการศึกษา ดังนี้

3.1 การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีสัมภาษณ์กรณีศึกษาเพียงวิธีเดียว ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน จึงควรมีการสังเกตเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะและชนิดของอาหารที่ขายในร้านค้าในชุมชน หรือการสัมภาษณ์ครอบครัว เพื่อนบ้าน ของกรณีศึกษาด้วย

3.2 ผลการศึกษาแบบกรณีศึกษาในการศึกษานี้มีขอบเขตจำกัดเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ไม่สามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรได้

3.3 ในระยะแรกของการศึกษากรณีศึกษายังไม่คุ้นเคยกับผู้สัมภาษณ์ อาจทำให้กรณีศึกษาไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลบางประการให้กับผู้สัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

4. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

4.1 ด้านการให้ความรู้ ควรมีการจัดการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยาที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง รวมทั้งอันตรายจากการมีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง และความตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ประโยชน์และลดอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวแก่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงดังนี้

4.1.1 ความรู้เกี่ยวกับชนิด ปริมาณ โซเดียม โซเดียมแฝงและไขมันในอาหาร เครื่องปรุงรส และเครื่องดื่มนานาชนิด เพื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชนิดของอาหารและเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมแฝงซึ่งมีขายในตลาดในปัจจุบันโดยใช้ชื่อการค้า ชนิดของอาหารที่มีไขมันสูง สามารถเลือกบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันได้เหมาะสมกับโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของการได้ปริมาณโซเดียมเกิน เช่น อาการบวม และไขมันเกินเช่น ภาวะอ้วน ซึ่งมีผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงอันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

4.1.2 ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ (สุรา น้ำอัดลม กาแฟ) และการสูบบุหรี่ ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความตระหนักถึงอันตรายของการดื่มเครื่องดื่มดังกล่าวและการสูบบุหรี่ รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธ เทคนิคการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการสังเกตข้อมูลปริมาณสารอาหารของเครื่องดื่มต่างๆ

4.2 ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตโดยเฉพาะในด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และกำหนดแนวทางในการจัดกิจกรรมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยการสร้างแรงจูงใจ และการเสริมพลังอำนาจโดยการให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเหมาะสมเป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างในกิจกรรมการดูแลตนเอง

4.3 ด้านระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรมีการปรับระบบบริการในการส่งต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ได้รับการบริการในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูง และให้คำแนะนำต่างๆ โดยใช้วิธีการสื่อสารแบบสองทางซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

4.4 ด้านการวิจัย ควรนำประเด็นด้านพฤติกรรมในการบริโภคอาหารซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญมาทำการศึกษาในระยะยาวต่อไป โดยเน้นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการควบคุมอาหารที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง รวมทั้งศึกษาผลของโปรแกรกดังกล่าวต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน

CASE STUDY: BEHAVIORS, PROBLEMS AND BARRIERS OF BLOOD PRESSURE CONTROL IN PERSONS WITH SEVERE HYPERTENSION IN A COMMUNITY

สุนทนา ห่วงทอง 5036203 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาการนิพนธ์ : นพวรรณ เปียชื่อ, Ph.D. (Nursing), จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, ปร.ค. (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษา)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทั่วโลก ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่พบอัตราการชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 11.0 ใน พ.ศ.2539 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 หรือประมาณ 10.1 ล้านคนใน พ.ศ.2547 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) และจากข้อมูลสถิติผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า จำนวนผู้ที่มีมารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 3,157 รายในปี พ.ศ. 2549 เป็น 3,236 ราย ในปี พ.ศ. 2551 และพบผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันจาก 41 ราย ในปี 2549 เป็น 51 รายในปี 2550 และ 76 ราย ในปี 2551 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, 2552)

ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ไม่สามารถบอกสาเหตุการเกิดโรคได้ชัดเจน แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค 2 ปัจจัย คือปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Kumar & Clark, 2005; Williams, 2001) ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การงดสูบบุหรี่ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและ

การผ่อนคลายความเครียด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) ร่วมกับการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต เนื่องจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยเฉพาะในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงซึ่งมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท (Kumar & Clark, 2005) จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อ สมอง หัวใจ ตา และไตได้ (งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2551)

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีแนวทางในการควบคุมความดันโลหิตหลากหลายรูปแบบ มีข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ มากมาย และในส่วนของรัฐบาลก็มีนโยบายและการรณรงค์อย่างสม่ำเสมอ (สุมาลี วัจนกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, และ ปราณิ คำจันทร์, 2551) แต่การควบคุมความดันโลหิตก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุญรัตพันธุ์, 2549) จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ เป็นภาระของผู้ดูแล เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว (สุพรรณิ ชี้อ้อ, 2547) และกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศจากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Bronfenbrenner, 1994) ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมของบุคคลในระดับบุคคลและครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ชุมชน ความเชื่อและวัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง อย่างไรก็ตามในแต่ละปัญหามีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาเป็นรายกรณีเพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง เพื่อนำไปสู่แนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (ด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา) ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรงและ 2) ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง บุคลากรในทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
2. เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการกำหนดแนวทาง วิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ Bronfenbrenner's Ecological Model เป็นกรอบแนวคิดเนื่องจากเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงสุขภาพว่าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติซึ่งเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เวลาและสิ่งแวดล้อม (Bronfenbrenner, 1979, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงองค์ประกอบของพัฒนาการของมนุษย์ที่มีโครงสร้างของระบบสังคมเป็นสี่ระดับ (Bronfenbrenner, 1979) ดังนี้ 1) ระดับบุคคลและครอบครัว เป็นระบบของกิจกรรม บทบาท และประสบการณ์ของบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เช่น เพศ อาชีพ ความรู้ความเข้าใจ ความชอบ เศรษฐกิจในครอบครัว เป็นต้น 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคม เป็นระบบของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และวงสังคม เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว แรงสนับสนุนของครอบครัว เป็นต้น 3) ระดับชุมชน เป็นระบบของอิทธิพล และพลังของชุมชน รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจของสังคม กิจกรรมในชุมชน ข้อมูลข่าวสารรูปแบบต่างๆซึ่งมีผลกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เช่น เพื่อนบ้าน ร้านค้า ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น และ 4) ระดับของความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติของชุมชน เป็นระบบของวัฒนธรรมซึ่งมาจากความเชื่อ ความรู้ของชุมชน ธรรมเนียมปฏิบัติ วิถีการดำเนินชีวิต ทรัพยากรในชุมชน เช่น ความคิด ความเชื่อ ธรรมเนียมปฏิบัติของชุมชน กฎหมายหรือพระราชบัญญัติ เป็นต้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบกรณีศึกษา โดยคัดเลือกกรณีศึกษาจากกลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 10 พฤศจิกายน 2552 ถึง 5 มกราคม 2553

กรณีศึกษา คัดเลือกจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 2 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและประสานงานกับหัวหน้างานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในการคัดเลือกกรณีศึกษาจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2 ราย และเก็บข้อมูลกรณีศึกษา เก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยการสัมภาษณ์พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา ให้กรณีศึกษานันทิก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ปฏิบัติในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จึงเริ่มเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายกรณี รายละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2 - 4 สัปดาห์ ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ศึกษาขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านจากการสังเกต หลังจากนั้นนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดเทปแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและบันทึก รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย แบบบันทึกการรับประทานยาของกรณีศึกษา ผู้ศึกษานำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการประกอบการนำเสนอผลการศึกษาและการอภิปรายผล การนำเสนอผลการศึกษานี้ทำเป็นรายกรณี เปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษาและอภิปรายผลจากแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา ให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงเพื่อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง ได้ผลการศึกษาดังนี้

1 พฤติกรรมการบริโภค การศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคเพื่อควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

1.1 การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง พบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เนื่องจากความชอบอาหารที่ผ่านขบวนการ ชอบอาหารรสจัด มีการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการปรุงและการบริโภคอาหาร เพื่อนบ้านแนะนำและใช้เครื่องปรุงรส โดยซื้ออาหารและเครื่องปรุงรสดังกล่าวจากตลาดนัด ร้านขายของชำใกล้บ้านและซูเปอร์มาร์เก็ต

1.2 การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง กรณีศึกษารายที่ 2 บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงเนื่องจากความชอบบริโภคอาหารมันๆ ครอบครัวยังใส่ใจซื้ออาหารที่มีปริมาณไขมันสูงให้บริโภค ประกอบอาชีพรับจ้างจึงมีความเชื่อว่าการบริโภคอาหารมันๆเป็นการบำรุงร่างกาย มีความชอบการมีรูปร่างอ้วนมากกว่ารูปร่างผอม บริโภคอาหารเพราะความหิวและความอยากอาหาร ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงเนื่องจากไม่ชอบอาหารมันๆ และมีความคิดรูปร่างอ้วนไม่ดีอีกด้วย

1.3 การดื่มเครื่องดื่ม พบว่า กรณีศึกษาดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และกาแฟเป็นส่วนประกอบ คือ สุรา น้ำอัดลมและกาแฟ กรณีศึกษาดื่มสุราเนื่องจากมีความเชื่อว่าดื่มสุราแล้วช่วยให้หายปวดเมื่อย ช่วยเจริญอาหาร และช่วยให้นอนหลับ มีปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาในครอบครัวจึงดื่มสุรา อยากดื่มสุราโดยมีสื่อโทรทัศน์เป็นการกระตุ้น ดื่มสุราเพื่อเข้าสังคม และดื่มสุราในงานเลี้ยงต่างๆในชุมชน ผลการศึกษาค้นคว้ายังพบว่า กรณีศึกษาดื่มน้ำอัดลมทุกวันเนื่องจากชอบดื่มและให้เหตุผลว่าดื่มแล้วมีความรู้สึกชื่นใจ

นอกจากนั้นผลการศึกษาค้นคว้ายังพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ดื่มน้ำกาแฟทุกวันโดยดื่มน้ำกาแฟชนิดที่อื่นวันโดยให้เหตุผลว่า เตรียมง่ายและสะดวก

1.4 การสูบบุหรี่ พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่และกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สูบบุหรี่ กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่เนื่องจากสูบบุหรี่เพื่อคลายเหงา และสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเป็นบ่อนการพนันมีผู้สูบบุหรี่ให้เห็นเยอะเห็นเพื่อนบ้านสูบบุหรี่ เห็นการสูบบุหรี่ในสื่อโทรทัศน์จึงเกิดความอยากสูบบุหรี่ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ที่ไม่สูบบุหรี่เนื่องจากไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ไม่มีความเหงา

2. การออกกำลังกาย การศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ออกกำลังกายและกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ออกกำลังกาย กรณีศึกษารายที่ 2 การออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 15 – 30 นาที ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 ที่ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา ขาดผู้ร่วมออกกำลังกายและมีความคิดว่าการทำงานบ้านและการทำงานในการประกอบอาชีพเป็นการออกกำลังกาย

3. การผ่อนคลายความเครียด การศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการผ่อนคลายความเครียดเพื่อควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

3.1 การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ การศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 นอนพักผ่อนไม่เพียงพอและกรณีศึกษารายที่ 1 มีการนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ กรณีศึกษารายที่ 2 นอนพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีความเครียดทำให้นอนไม่หลับ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 มีการพักผ่อนเพียงพอ เนื่องจากไม่มีภาวะเครียดและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวค่อนข้างดี

3.2 ไม่มีการพักผ่อนหย่อนใจ การศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการพักผ่อนหย่อนใจและกรณีศึกษารายที่ 1 มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากประกอบอาชีพรับจ้างต้องทำงานทุกวันไม่มีวันหยุด ถ้าหยุดงานจะมีผลกระทบกับเศรษฐกิจในครอบครัว ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 มีการจัดเวลาเพื่อพักผ่อนหย่อนใจโดยบุตร หลานพาไปเที่ยว

4. การรับประทานยา การศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

4.1 การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและกรณีศึกษารายที่ 2 รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีความคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ ไม่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีการรับประทานอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีอาการไอหลังเริ่มรับประทานยาก็ตามเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ และกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

4.2 การลืมรับประทานยาและปรับยาเอง การศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ลืมรับประทานยา ปรับยาเองและกรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาถูกต้องโดยไม่ลืม กรณีศึกษารายที่ 2 ลืมรับประทานยาและรับประทานยาเพิ่มเมื่อมีอาการปวดศีรษะเนื่องจากมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานไม่ถูกต้อง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาถูกต้องโดยไม่ลืมหากล้าได้รับยาเนื่องจากมีความเข้าใจวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง

อภิปรายผลการศึกษา

1. การบริโภค ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคเพื่อควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

1.1 การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง จากผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงเนื่องจากมีความชอบอาหารที่ผ่านขบวนการชอบอาหารรสจัดโดยมีการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการบริโภคอาหารจากความเคยชินในรสชาติของอาหารที่ปฏิบัติมานานก่อนที่จะทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนเกิดเป็นความเคย

จีนทำให้การปรับพฤติกรรมทำได้ยาก ประกอบกับครอบครัวปรุงอาหารโดยใช้เครื่องปรุงรส และจากการสังเกตพบว่าการตั้งเครื่องปรุงรสไว้ระหว่างการบริโภคอาหารจึงทำให้หลีกเลี่ยงการปรุงรสได้ยาก ซึ่งสามารถอธิบายได้จากปัจจัยของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ ความชอบอาหาร การปรุงรสระหว่างการปรุงและบริโภคอาหารโดยมีความรู้เกี่ยวกับปริมาณโซเดียมและโซเดียมแฝงในอาหารและเครื่องปรุงรสแต่ละชนิดไม่เพียงพอมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของคลาร์ก รุจิวัฒนกร (2547) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ได้โซเดียมจากการบริโภคเครื่องปรุงรส และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมไม่เหมาะสม เนื่องจากวัฒนธรรมทางสังคมของคนไทยที่มีวิถีการดำเนินชีวิตในการปรุงรสระหว่างการปรุงอาหารและระหว่างการบริโภคอาหาร โดยตามปกติจะใช้เครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม และคนไทยจะมีความเคยชินกับการปรุงอาหารที่ต้องมีการปรุงรสหรืออาหารจานเดียวเพราะชอบรสชาติที่อร่อยและความสะดวก และการศึกษาของศิริมาส บุญประสาร (2544) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่ต้องมีเครื่องปรุงรส โดยเฉพาะน้ำปลาไว้บนโต๊ะอาหาร หรือทุกมื้อ จึงทำให้หลีกเลี่ยงการปรุงรสยาก นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่ากรณีศึกษาใช้เครื่องปรุงรสจากคำแนะนำของเพื่อนบ้านและเพื่อนบ้านใช้เครื่องปรุงรสทุกบ้านเนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อเครื่องปรุงรสต่างๆจากร้านขายของชำซึ่งอยู่ใกล้บ้านกรณีศึกษา ซื้อจากซูเปอร์มาร์เก็ต และซื้ออาหารที่ผ่านขบวนการจากตลาดนัดและตลาดสด ซึ่งสามารถอธิบายได้จากปัจจัยของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ เพื่อนบ้านที่แนะนำให้ใช้เครื่องปรุงรส การมีร้านขายของชำใกล้บ้าน มีตลาดนัดในชุมชนและมีซูเปอร์มาร์เก็ตมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของกรณีศึกษา

1.2 การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงและกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง โดยกรณีศึกษารายที่ 2 บริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงเนื่องจากความชอบบริโภคอาหารมันๆ ครอบครัวยังคงซื้ออาหารที่มีปริมาณไขมันสูงให้บริโภคโดยซื้อจากตลาดนัดในชุมชน ซึ่งมีความสะดวกในการซื้อ และกรณีศึกษาประกอบอาชีพรับจ้างการทำงานต้องใช้พลังงานมาก จึงมีความเชื่อว่าการบริโภคอาหารมันๆแล้วทำให้มีกำลังในการทำงาน และเชื่อว่าการมีรูปร่างอ้วนทำให้ดูดี อึด เียบ ถ้ามีรูปร่างผอมทำให้ไม่มีกำลังในการทำงาน รวมทั้งกรณีศึกษาบริโภคอาหารเพราะความหิวและความอยากทำให้กรณีศึกษาไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน จึงมีความต้องการปริมาณอาหารในปริมาณมาก ซึ่งการควบคุมน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานโดยทั่วไปต้องมีเวลาการปฏิบัติเพื่อควบคุมอย่างต่อเนื่องและใช้เวลานานอาจทำให้กรณีศึกษาเบื่อหน่ายในการควบคุมน้ำหนักพร้อมกับมีเวลาไม่เพียงพอเนื่องจากต้องประกอบอาชีพรับจ้างแม้ว่าจะได้รับแรง

สนับสนุนจากครอบครัวในการลดน้ำหนักตัวก็ตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ บุคคลประกอบอาชีพรับจ้าง บริโภคอาหารเพราะความชอบ ความหิวและความอยาก ครอบครัวซื้ออาหารที่มีปริมาณไขมันสูงให้บริโภค ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ มีแหล่งขายอาหารที่มีความสะดวกในการซื้อ และสิ่งแวดล้อมในระดับของความเชื่อ คือ ความเชื่อในการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและความเชื่อเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่มีรูปร่างอ้วนดีกว่ามีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี วงศ์ปาลี (2550) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน จะมีความต้องการอาหารในปริมาณมากจึงต้องบริโภคอาหารในปริมาณมาก และผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างเช่นเดียวกับกรณีศึกษาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งในการควบคุมน้ำหนักตัวและการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (วันทนา ทิฆมพุดิ, 2550)

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงเนื่องจากไม่ชอบบริโภคอาหารมันๆ และเพศหญิงส่วนมากไม่ชอบรูปร่างที่อ้วนจึงทำให้มีความคิดว่าการมีรูปร่างอ้วนไม่ดี เป็นอุปสรรคในการทำงาน การปรุงอาหารบริโภคเองทำให้สามารถเลือกซื้อและปรุงอาหารอาหารที่ไม่มีปริมาณไขมันสูงได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ บุคคลไม่ชอบบริโภคอาหารมัน ปรุงอาหารบริโภคเอง ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับของความเชื่อ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับภาพลักษณ์ในเชิงบวก

1.3 การดื่มเครื่องดื่ม ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาดื่มสุราเนื่องจากมีความเชื่อว่าการดื่มสุราจะช่วยให้หายจากอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน ช่วยให้มีความกระตือรือร้นในการทำงาน และช่วยให้เจริญอาหาร โดยความเชื่อนี้กรณีศึกษาได้ข้อมูลจากการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน และเมื่อกรณีศึกษาปฏิบัติตามแล้วพบว่า อาการปวดเมื่อยต่างๆทุเลาลง สามารถไปทำงานต่อได้ กรณีศึกษาจึงปฏิบัติเรื่อยมาจนเกิดเป็นความเคยชิน โดยสุราซื้อจากร้านขายของชำใกล้บ้าน กรณีศึกษาอยากดื่มสุราโดยมีสื่อโทรทัศน์เป็นการกระตุ้นร่วมด้วย และดื่มสุราเพื่อเข้าสังคม ประกอบกับในชุมชนมีธรรมเนียมในการเลี้ยงสุราในงานต่างๆ นอกจากนั้นกรณีศึกษาใช้การดื่มสุราเป็นวิธีการจัดการความเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี แม้ว่าจะมีวิธีการจัดการความเครียดโดยวิธีการหนีออกจากสถานการณ์และการพูดคุยเพื่อระบายความเครียดแล้วก็ตาม แต่ในปัญหาบางเรื่อง อาจจะไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ จึงใช้วิธีการดื่มสุรา ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ บุคคลใช้การดื่มสุรา

เป็นวิธีการจัดการความเครียด ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้เกิดความเครียด ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ค่อนข้างไม่ดี ก่อให้เกิดความเครียด การดื่มสุราเพื่อเข้าสังคม สิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ เพื่อนบ้านดื่มสุรา สื่อโทรทัศน์เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่มสุรา และอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในระดับของความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติ คือ ความเชื่อในการดื่มสุรา ธรรมเนียมปฏิบัติในชุมชนที่ต้องมีการเลี้ยงสุราในงานต่างๆ ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวิถีภาวะหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งต่อครอบครัวและสังคม จึงมีกระบวนการแก้ไขปัญหาย่างมีสติ รอบคอบ และการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิดิศักดิ์ (2540) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งปกติจะมีการดื่มน้อย และมีการรับรู้ความเข้าใจว่าการดื่มสุราอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ และกลัวว่าจะเป็นอัมพาต แต่สอดคล้องกับการศึกษานี้ในส่วนของเหตุผลในการดื่มสุราของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยให้เหตุผลว่า ดื่มสุราเมื่อมีผู้ชวนให้ดื่ม หรือดื่มเมื่อเข้าสังคม เช่น ไปงานเลี้ยง

ผลการศึกษานี้พบว่า กรณีศึกษาดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ คือ น้ำอัดลมและกาแฟ กรณีศึกษาดื่มน้ำอัดลมทุกวันเนื่องจากมีความชอบและจากข้อมูลที่ต้องดื่มทุกวัน อาจแสดงว่ามีการติดน้ำอัดลม การประกอบอาชีพรับจ้างที่ต้องทำงานกลางแดดจึงมีความรู้สึกชื่นใจเมื่อดื่มน้ำอัดลม ประกอบกับนายจ้างซื้อให้ดื่มทุกวัน ซึ่งการดื่มน้ำอัดลมอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ได้รับปริมาณโซเดียมโดยไม่จำเป็นเนื่องจากน้ำอัดลมจะมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบประมาณ 5 – 20 มิลลิกรัมต่อ 1 หน่วยบริโภค (325 มิลลิกรัม) (ชุดิมา ศิริกุลชยานนท์, 2552) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับตัวบุคคลและครอบครัว คือ ความชอบดื่มน้ำอัดลม ดื่มเพื่อแก้กระหาย นายจ้างซึ่งเป็นผู้ซื้อน้ำอัดลมให้ดื่ม การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในน้ำอัดลม ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิดิศักดิ์ (2540) ที่พบว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนโดยให้เหตุผลว่าดื่มเพื่อแก้กระหาย ดื่มแล้วชื่นใจ หรือเมื่อไปงานเลี้ยง

การศึกษานี้ยังพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ดื่มน้ำกาแฟทุกวันโดยดื่มน้ำกาแฟชนิดหรืออินวัน เนื่องจากประกอบอาชีพรับจ้างและอาศัยอยู่คนเดียวจึงเลือกใช้น้ำกาแฟชนิดที่เตรียมง่าย และมีความสะดวก โดยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณไขมันในกาแฟ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับตัวบุคคลและครอบครัว คือ การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณไขมันในกาแฟ และครอบครัวอาศัยอยู่คนเดียว ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธิดาทิพย์ ชัยศรี

(2541) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมไม่ดีในเรื่องการดื่มกาแฟหรือชาโดยมักดื่มทดแทนอาหารมื้อเช้า เนื่องจากความสะดวก ง่ายในการเตรียม เป็นการกระตุ้นประสาท และดื่มจากความเคยชิน และการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน โดยให้เหตุผลที่ดื่มกาแฟ ชา เพราะเป็นอาหารเช้า กระตุ้นประสาท ชอบดื่มเคยชิน

ในภาพรวมผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เนื่องจากซื้อได้จากร้านขายของชำในบริเวณใกล้บ้าน และซูเปอร์มาร์เก็ตใกล้ชุมชน ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ การมีร้านขายของชำใกล้บ้าน และมีซูเปอร์มาร์เก็ตทำให้มีความสะดวกในการซื้อเครื่องดื่มดังกล่าว

1.4 การสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่และกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สูบบุหรี่ กรณีศึกษารายที่ 1 สูบบุหรี่เนื่องจากเริ่มสูบบุหรี่โดยใช้เป็นวิธีการจัดการความเครียดและสูบบุหรี่เรื่อยมาจนติด ซึ่งในปัจจุบันแม้ว่าจะไม่มีความเครียดแต่กรณีศึกษาอาศัยอยู่คนเดียวมีความเหงาจึงยังสูบบุหรี่อยู่ ร่วมกับเมื่อเห็นการสูบบุหรี่ในสื่อโทรทัศน์ และมีผู้สูบบุหรี่ให้เห็นเยอะ จึงเป็นสาเหตุให้กรณีศึกษาไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แม้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและการเห็นภาพข้างซองผลิตภัณฑ์ที่น่ากลัวแล้วมีความรู้สึกลอยเลิกสูบบุหรี่ก็ตาม ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการสนับสนุนให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ บุคคลที่ใช้การสูบบุหรี่เป็นวิธีการจัดการความเครียด ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว คือ อาศัยอยู่คนเดียวทำให้มีความรู้สึกเหงา และสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ ในชุมชนที่อาศัยมีผู้สูบบุหรี่ให้เห็นเยอะ และ สื่อโทรทัศน์เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกรณีศึกษามากกว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวหรือการที่รัฐบาลมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2550 ให้มีการแสดงฉลากรูปภาพและข้อความคำเตือนถึงพิษภัยของยาเส้นบนซองบุหรี่ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค, 2550) จึงทำให้การเลิกสูบบุหรี่ไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยมาก เนื่องจากสังคมไทยมีค่านิยมที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ของเพศหญิง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ในส่วนของเหตุผลของการสูบบุหรี่ที่พบว่า การสูบบุหรี่จะช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ สูบบุหรี่เพราะมีผู้ชวนให้สูบและการเลียนแบบบุคคลอย่างใดก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สูบบุหรี่เนื่องจากครอบครัวมีลักษณะ

เป็นครอบครัวขยาย จึงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ไม่มีความเหงา และบุคคลในครอบครัว ไม่มีผู้สูบบุหรี่จึงไม่เกิดการเลียนแบบการสูบบุหรี่จากบุคคลในครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ บุคคลในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว คือ ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย การมีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว

2. การออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ออกกำลังกายและกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ออกกำลังกาย กรณีศึกษารายที่ 2 มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม แม้ว่าจะมีความคิดว่าการทำงานจากการประกอบอาชีพและการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายก็ตาม เนื่องจากกรณีศึกษาได้รับแรงสนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายจากกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และปฏิบัติจนเกิดเป็นความเคยชิน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ บุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ในสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอิทธิพลมากกว่าสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ ตัวบุคคลมีความคิดว่าการทำงานบ้านและการทำงานเป็นการออกกำลังกาย

อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน และมีความคิดว่เมื่อทำงานในการประกอบอาชีพและทำงานบ้านแล้วมีเห็ออกก็ถือว่เป็นการออกกำลังกาย ประกอบกับกรณีศึกษาอาศัยอยู่คนเดียวทำให้ขาดผู้ร่วมออกกำลังกายและในชุมชนมีผู้ออกกำลังกายเพียง 1 – 2 คนเท่านั้น ถึงแม้ว่ากรณีศึกษาจะทราบประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมความดันโลหิตจากบุคลากรทางการแพทย์และจากรายการให้ความรู้ทางสื่อโทรทัศน์แล้วก็ตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ การประกอบอาชีพของบุคคลทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว สังคม คือ ครอบครัวอาศัยอยู่คนเดียว ขาดผู้ร่วมออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ ชุมชนมีผู้ออกกำลังกายน้อย และสิ่งแวดล้อมในระดับความเชื่อ คือ มีความคิดว่าการทำงานในการประกอบอาชีพและการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งมีอิทธิพลมากกว่าสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายจากบุคลากรทางการแพทย์และจากสื่อโทรทัศน์ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่า ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพนอกบ้านเช่นเดียวกับกรณีศึกษาในการศึกษาคั้งนี้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีและคิดว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย การศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่า อุปสรรคที่ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่

สามารถออกกำลังกายได้เนื่องจากไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย มีภารกิจอื่น และคิดว่าการทำงานปกติเป็นการออกกำลังกายไปในตัว การศึกษาของสุปราณี วงศ์ปาลี (2550) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งที่ควบคุมระดับความดันได้และควบคุมระดับความดันไม่ได้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับเหมาะสมน้อย และการศึกษาของสุวิมล สันติเวส(2545) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงถ้าได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การจัดสถานที่ออกกำลังกาย หรือการมีสมาชิกในครอบครัวพาไปออกกำลังกายจะเป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ศึกษาตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความสนใจ และยังมีผู้ให้ความสนใจ ทำให้มีกำลังใจในการออกกำลังกาย

3. การผ่อนคลายความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการผ่อนคลายความเครียดเพื่อควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

3.1 การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 นอนพักผ่อนไม่เพียงพอและกรณีศึกษารายที่ 1 มีการนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ กรณีศึกษารายที่ 2 นอนพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีความเครียดจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีปัญหาในครอบครัว และยังพบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่จำเป็นต้องปฏิบัติไปตลอดชีวิต ถ้ามีอาการเจ็บป่วยต้องหยุดทำงานรายได้ลดลง ทำให้เกิดภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ บุคคลมีความเครียดจากฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่ดีร่วมกับสิ่งแวดล้อมของบุคคลในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ค่อยดี มีผลต่อการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอของกรณีศึกษา

อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีการพักผ่อนที่เพียงพอเนื่องจากครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีเงินเหลือเก็บ สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี ทำให้ไม่เกิดภาวะเครียดซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ดี ร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ค่อนข้างดีมีผลต่อพฤติกรรมการพักผ่อนที่เหมาะสมของกรณีศึกษา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิดาศักดิ์ (2540) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในด้านการพักผ่อนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีเงินเหลือเก็บ เมื่อเจ็บป่วยมีคนช่วยรับภาระงานแทน ทำให้ไม่มีสิ่งที่จะต้องกังวล สามารถพักผ่อนได้เต็มที่

3.2 ไม่มีการพักผ่อนหย่อนใจ ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจและกรณีศึกษารายที่ 1 มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อน

ห้อยใจ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนห้อยใจ เนื่องจากประกอบอาชีพรับจ้าง ทำงานทุกวัน ประกอบกับเป็นหัวหน้าครอบครัวมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการหารายได้ในครอบครัว ถ้าหยุดทำงานจะมีผลกระทบกับรายได้ของครอบครัว จึงไม่สามารถจัดเวลาเพื่อพักผ่อนได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ ลักษณะของการประกอบอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องการศึกษาของศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งอยู่ในวัยกลางคน ส่วนใหญ่มีบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัวและมีหน้าที่สำคัญในการหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวจึงทำให้ไม่มีการจัดเวลาเพื่อการพักผ่อนห้อยใจในแต่ละวัน ไม่มีการแบ่งเวลาการทำงานกับการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนได้เหมาะสม เนื่องจากครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสามารถจัดเวลาเพื่อพักผ่อนได้โดยไม่มีผลกระทบกับเศรษฐกิจของครอบครัวประกอบกับได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการพาไปเที่ยว ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ดีร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ค่อนข้างดี การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

4. การรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

4.1 การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและกรณีศึกษารายที่ 2 รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาลดระดับความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีความคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ ไม่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกรณีศึกษาไม่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูงซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาในระบบบริการสุขภาพ จึงอาจทำกรณีศึกษาให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมเพียงพอกับโรค หรือได้รับข้อมูลความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์แล้วแต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติให้เหมาะสมกับโรคได้เนื่องจากไม่ได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์ในกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งการได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูง มีโอกาสได้รับรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ทำให้มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการรับประทานไม่ต่อเนื่อง และเมื่อรับประทานยา อาการของความดันโลหิตสูงจะทุเลาลง ซึ่งทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ความสำคัญในการรับประทานยาอย่าง

ต่อเนื่อง ปัญหานี้จึงไม่เกิดกับกรณีศึกษาที่ได้รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง แม้ว่าจะมีอาการไอบามากหลังจากเริ่มรับประทานยาก็ตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของปฏิสัมพันธ์ในสังคม คือ การขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง ร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ ปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการสุขภาพในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูง และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับความเชื่อ คือ มีความคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ ไม่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง แต่อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเชิงบวกในระดับของปฏิสัมพันธ์ในสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ และการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง ร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ ระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพในคลินิกความดันโลหิตสูง มีผลให้กรณีศึกษารายที่ 2 มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา พันธุ์ภักดี (2542) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในระยะที่รับรู้ชีวิตเสี่ยงอันตรายซึ่งเป็นระยะที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกลับมามีอาการของความดันโลหิตสูงอีก ทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและลดระดับความดันโลหิตสูง แต่ผลการศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างจากการศึกษาของวันทนา ทิมพุดี (2550) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์เนื่องจากผลข้างเคียงจากยา

4.2 การลืมนับรับประทานยาและการปรับยาเอง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ลืมนับรับประทานยาและปรับเพิ่มยาเองและกรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาถูกต้องโดยไม่ลืมนับ กรณีศึกษารายที่ 2 ลืมนับรับประทานยาอาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพอธิบายวิธีการรับประทานยาแก่ผู้รับบริการโดยการสื่อสารแบบทางเดียว ทำให้กรณีศึกษาที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานที่ไม่ถูกต้อง และมีการรับประทานยาเพิ่มเมื่อมีอาการของความดันโลหิตสูงอาจเนื่องจากการรับรู้จากประสบการณ์ในการรับประทานยาที่ผ่านมาว่าการรับประทานยาจะช่วยให้อาการของความดันโลหิตสูงทุเลาลงได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับของบุคคล คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาและประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล ร่วมกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน คือ ปัญหารูปแบบในการให้บริการในระบบบริการสุขภาพที่มีการสื่อสารแบบทางเดียว ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจัดการกับอาการของความดันโลหิตสูง โดยอาศัยประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาที่ผ่านมาทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับอาการได้โดยการปรับขนาดยาเพิ่มจากที่เคยรับประทานตามปกติ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ถ้าได้รับยาจะรับประทานยาถูกต้องโดยไม่ลืมรับประทานยาและไม่ปรับยาเอง เนื่องจากถ้าได้รับยามารับประทาน จะมีการรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล คือ บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้พบข้อจำกัดในการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษานี้ใช้วิธีสัมภาษณ์กรณีศึกษาเพียงวิธีเดียว ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน จึงควรสัมภาษณ์ครอบครัว เพื่อนบ้าน ของกรณีศึกษาด้วย
2. ผลการศึกษาในการศึกษานี้มีขอบเขตจำกัดเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรีไม่สามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรได้
3. ในระยะแรกของการศึกษากรณีศึกษายังไม่คุ้นเคยกับผู้สัมภาษณ์ อาจทำให้กรณีศึกษาไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้สัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. **ด้านการให้ความรู้** ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง รวมทั้งอันตรายจากการมีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง และความตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ประโยชน์และลดอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงดังนี้
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับชนิด ปริมาณโซเดียม โซเดียมแฝงและไขมันในอาหาร เครื่องปรุงรส และเครื่องดื่มนานาชนิด เพื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชนิดของอาหารและเครื่องปรุงรสดังกล่าวซึ่งมีขายในตลาดในปัจจุบันโดยใช้ชื่อการค้า ชนิดของอาหารที่มีไขมันสูง สามารถเลือกบริโภคอาหารได้เหมาะสมกับโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของการได้ปริมาณโซเดียมเกิน
 - 1.2 ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบและการสูบบุหรี่ ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธ เทคนิคการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการสังเกตข้อมูลปริมาณสารอาหารของเครื่องดื่มต่างๆ

2 ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรประเมินปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตโดยเฉพาะในด้านการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมัน การรับประทานยา และกำหนดแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดปัญหาอุปสรรคดังกล่าวของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง

3 ด้านระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรมีการปรับระบบบริการในการส่งต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ได้รับบริการในแผนกอายุรกรรมหรือคลินิกความดันโลหิตสูง และให้คำแนะนำต่างๆโดยใช้วิธีการสื่อสารแบบสองทาง

4 ด้านการวิจัย ควรนำประเด็นด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญมาทำการศึกษาในระยะยาวต่อไป โดยเน้นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการควบคุมอาหารที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง รวมทั้งศึกษาผลของโปรแกรกดังกล่าวต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

CASE STUDY: BEHAVIORS, PROBLEMS AND BARRIERS OF BLOOD PRESSURE CONTROL IN PERSONS WITH SEVERE HYPERTENSION IN A COMMUNITY

SUMONTA HUANGTONG 5036203 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (Nursing), CHULARUK KAVEEVIVITTHAI, Ph.D. (Science and Technology Education)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Hypertension is a chronic problem all over the world. Thailand is one of the countries with high prevalence of hypertension, increasing from 5.4% in 1991 to 11.0% in 1996 and 22%, or about 10.1 millions in 2004 (Suwit Vibulpholprasert, B.E. 2548). According to the statistics of Damneon Saduak Hospital in Ratchaburi Province, the number of persons with hypertension seeking treatment at the hospital increased from 3,157 in 2006 to 3,236 in 2008. In addition, the number of persons with hypertension who suffered from complications of the brain increased from 41 in 2006 to 51 in 2007 and 76 in 2008 (Office of the Registrar, Damneon Saduak Hospital, B.E. 2552).

In general, almost all of the persons with hypertension, or 95%, have primary hypertension, which means that causes of hypertension cannot be identified. However, there are two factors associated with the onset of hypertension including genetic and environmental factors (Kumar & Clark, 2005; Williams, 2001). Persons with hypertension should modify their environmental factors to meet a normal level of blood pressure control by adjusting their food consumption behavior, maintaining their body weight, quitting smoking cigarettes, reducing alcohol consumption, having

exercise, and relaxation (Hypertension Association of Thailand, B.E. 2551). Furthermore, persons with hypertension should take blood pressure lowering medication, particularly those with severe hypertension ($BP \geq 180/110$ mmHg.) (Kumar & Clark, 2005) since they may suffer from severe complications of brain, heart, eyes, or kidneys (Health Education and Public Relations, Nursing Division, Bhumipol Aduldej Hospital, B.E. 2551).

Even though there are different methods currently used to control blood pressure of persons with hypertension, partly by disseminating information through different media and regular governmental campaigns (Sumalee Wangthanakorn, Chutima Phatidumrongkul, & Pranee Khomchan, B.E. 2551), control of blood pressure is not as successful as it should be. A previous study has revealed that there are more persons with hypertension who receive treatment but are unable to control their blood pressure level than those who are able to control their blood pressure levels (Yaowarat Porapakkham & Pornpan Boonyarattapan, B.E. 2549), and this leads to a number of complications, hence psychological effects on the patients, economic problems of the family (Supanee Seeho, B.E. 2547), and economic burdens of the country caused by incurred medical care expenses, which are very high (Chanpen Chooprapawan, B.E. 2543).

The ecological model (Bronfenbrenner, 1994) consists of individuals' environment in the personal and family levels, as well as interactions among individuals, community, beliefs, and cultures, which have an influence on control of blood pressure of persons with severe hypertension. However, individual persons have individual problems and complications, so it is necessary to conduct a case study to elicit in-depth information about problems and obstacles in blood pressure control of persons with severe hypertension so as to subsequently find solutions to the problems and overcome the obstacles.

Objectives of the Study

The present study aimed at 1) investigating the behaviors of blood pressure control (consumption, exercise, relaxation, and medication taking) in persons with severe hypertension and 2) determining problems and barriers in blood pressure control of persons with severe hypertension.

Expected Outcomes and Benefits

1. Persons with hypertension, healthcare team members, and related persons will have better understanding of problems and obstacles in blood pressure control of persons with severe hypertension.
2. The findings of the present study can be used as baseline data for healthcare team members when devising methods to solve problems and overcome obstacles in blood pressure control of persons with severe hypertension.

Conceptual Framework of the Study

In the present study, Bronfenbrenner's ecological model was used as the conceptual framework. According to the model, health is a multidimensional phenomenon resulting from interaction among individuals, time, and environment (Bronfenbrenner, 1979, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998). The theory describes the components of human development which divides the structure of the social system into four levels (Bronfenbrenner, 1979) as follows: 1) Individual and family level is a system of activities, roles, and experiences of individuals, family, neighbors, and coworkers such as gender, occupation, knowledge and understanding, preferences, and family economy, etc. 2) Interaction with in family and society level is a system of relationships among individuals, neighbors, colleagues, and social such as the interactions between family and society, interactions within the family and society, family relationship, social support, etc., 3) Community level is a system of influence and power of the community including the economic status of the family, community activities, different types of information, and power of the community, which affect life style of individuals such as neighbors, shops, health service systems, etc., and 4) Community belief and cultural practice is a cultural system which is derived from beliefs and knowledge of people in the community, practices, ways of life, and community resources including beliefs, ideas, norms, and laws.

Methodology

The present study was a case study. Participants were recruited from the target group of persons with severe hypertension who sought treatment and services at

Damneon Saduak Hospital, Damneon Saduak District, Ratchburi Province. The participants resided in the Damneon Saduak District. Data were collected between November 10, 2009 to January 5, 2010.

The selected cases were persons who had been diagnosed with primary hypertension by a physician who sought services at the Emergency Clinic. They were unable to control their blood pressure levels, and their hypertensive condition was considered severe. There were two cases selected in this study. One was female, and the other was male. Both of them were willing to participate in the study.

Data Collection

After the proposal had been approved by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, the researcher approached the Director of Damneon Saduak Hospital to ask for permission to collect data. The researcher then coordinated with the Head of the Emergency Department to select the two cases that met the inclusion criteria. In this study, data were collected by in-depth interview and data on health. In addition, the cases were asked to record their behaviors regarding food consumption, activities and exercises, and medication taken on a daily basis for a period of one week. After that, the researcher began collecting data by conducting in-depth interviews twice with each case, for each interview lasting about one hour. The interval between the first and the second interviews was two to four weeks. During the interviews, the researcher asked for permission to tape-record the interviews and note taking of the home environment as observed by the researcher. Then the recorded interviews were transcribed, and content analysis was conducted in congruence with the research objectives. As for the data recorded from the field note observations, as well as the data on food consumption, daily activity, exercise, and medication taking behaviors recorded by the cases, the researcher analyzed these data to present and discussed as the study findings. The findings are presented on a case by case basis with a comparison of the two cases. The findings are also discussed based on the conceptual framework of the study. The findings shed light on behaviors, problems, and obstacles in blood pressure control of persons with severe hypertension, and recommendations are made based on

these findings to promote health behavioral adjustment of persons with severe hypertension to enable them to more effectively control their blood pressure levels.

Findings

The present case study aimed to elicit in-depth data regarding behaviors, problems, and obstacles in blood pressure control of persons with severe hypertension. The findings of this study are as follows:

1. Consumption behaviors: The findings showed that the cases had behaviors, problems, and obstacles in blood pressure control as follows:

1.1 Consumption of food with high sodium content: The cases ate food with high sodium content because of their personal preference for processed food or strongly flavored food. They added seasonings into their food during cooking and eating. In addition, their neighbors suggested that they use seasonings bought from the markets, grocery stores in the neighborhood, and supermarkets.

1.2 Consumption of food with high fat content: The findings showed that the second case ate food with high fat content, while the first case did not. For the former, he liked fatty food, his family bought fatty food for the case to please him, and he felt that as he was a wage earner, eating fatty food would be nourishing. Furthermore, he preferred to be fat rather than to be thin, and he ate his food because he was hungry or because he had a great appetite. On the other hand, the first case did not eat food with high fat content because she did not like fatty food and felt that being fat was uncomfortable.

1.3 Drinking behavior: The cases drank alcohol and drinks containing caffeine such as carbonated drinks and coffee. They drank alcohol because they believed that alcohol relieved their body ache, increased their appetite, and promoted sleep. Moreover, they had economic and family problems, and that made them want to drink more. Also, the cases felt like drinking alcohol due to arousals on television, they drank as a way to socialize with others, and they drank when they attended events in the community. The findings also showed that the cases drank carbonated drinks on a daily basis because of their personal taste and because they felt that it was refreshing. Finally, it was found that the cases drank a 3-in-1 type of instant coffee everyday because it was easy and convenient to prepare.

1.4 Smoking behavior: The first case smoked cigarette, whereas the second case did not. The first case smoked cigarettes because of loneliness. She also smoked because she was gambling dens around her house, and a large number of gamblers smoked. She also smoked because she saw her neighbors smoke or because she saw people smoking on television. On the other hand, the second case did not smoke because he was nobody in his house who smoked and he did not feel lonely.

2. Exercises: The findings showed that the second case exercised, while the first case did not. The second case exercised regularly on a daily basis for 15 to 30 minutes. The first case did not exercise due to time constraints, a lack of someone to exercise with, and a belief that doing household chores and working were already a form of exercise.

3. Relaxation: According to the study findings, the cases had behaviors, problems, and obstacles in relaxation to control blood pressure levels as follows:

3.1 Insufficient sleep: The findings revealed that the second case had insufficient sleep, while the first case had sufficient sleep. The one who did not have enough sleep experienced insomnia caused by stress, but the one with sufficient sleep did not have such stress and had a rather good family relationship.

3.2 Relaxation techniques: It was found that the second cases had relaxation techniques, whereas the first case did not. As for the former case, it was not possible to set aside time for relaxation because the case had to work as a wage earner on a daily basis and taking time off work would affect the economic status of the family. On the other hand, the other case had relaxation when her children took her out to travel.

4. Medication taking: The findings indicated that the cases had behaviors, problems, and obstacles in medication intake to control blood pressure levels as follows:

4.1 Non adherence to medication: The first case had medication non adherence, whereas the second case did not. Lack of medication adherence resulted from the first case's misconception that hypertension could be completely cured without continuous medication taking. On the other hand, the second

case adhered to medication taking despite coughing that always started after taking the medicines because of advice from healthcare team members and other persons with hypertension.

4.2 Forgetting to take medication and self-adjusted dosages:

The second case forgot to take the medications and adjusted the dosages by himself, while the first case did not. The second case forgot to take his medications sometimes and took more medicines when he had a headache. This was due to lack of understanding of correct medication intake. On the other hand, the first case had correct medication taken because she had correct understanding of how her medications should be taken.

Discussion

1. Consumption behavior: The findings showed that the cases had behaviors, problems, and obstacles in food consumption to control blood pressure levels as follows:

1.1 Consumption of food with high sodium: The findings showed that the cases ate food with high sodium because of their personal preference for processed food or strongly flavorful food. They liked to add seasonings into their food during the meals until it became a habit long before they were diagnosed with hypertension, so it was difficult for them to change their behavior. In addition, their families used seasonings when they were cooking their meals, and the seasonings were also put on the dining table, making it even more difficult to avoid seasonings. This could be explained by the environmental factors at an individual and family level that personal taste, seasoning during cooking and eating, and lack of knowledge about sodium and concealed sodium in food were related to the cases' consumption of food with high sodium. The findings of this study were congruent with the findings of Dolrat Rujiwatthanakorn (B.E. 2547) who found that most of persons with hypertension received sodium through use of seasonings and inappropriate consumption behavior of sodium. This is because the Thai people generally like to add seasonings into their food while cooking and eating, especially seasonings with a salty taste. In other words, seasoning their food has become a habit of most Thai people who prefer tasty food and convenience. Likewise, a study conducted by Sirimas

Boonprasarn (B.E. 2544) showed that persons with hypertension tended to have a food consumption culture that involved seasoning of food especially with fish sauce that needed to be put on a dining table at every meal. Thus, it was difficult to avoid seasoning. Moreover, the cases in this study used seasoning because of suggestions from their neighbors and all their neighbors used seasoning due to easy availability of seasonings that were sold in neighborhood grocery stores and supermarkets. Also, the cases liked to buy cooked food from the markets. These findings could be explained with the environmental factor in the community level that having neighbors recommending use of seasoning and having nearby grocery stores, supermarkets, and markets were associated with high sodium consumption behavior of the cases.

1.2 Consumption of food with high fat: The findings revealed that one of the second case ate food with high fat, while the first case did not. The second case ate food with high fat because of his personal taste and because his family wanted to please him by buying food with high fat content for him from a market in the community, which was convenient. Also, the case worked as a wage earner which required a lot of energy, so he believed that eating fatty food gave him energy to work. In addition, he believed that being fat made him look good and being thin meant no energy to work, and he also ate food because of hunger and appetite. Therefore, he was unable to control his body weight, and his body mass index put him in a category of fat people, making him need a large amount of food. In general, control of body weight takes time and it has to be done on a continuous basis, so the case in this study may have become bored with weight control. Furthermore, he did not have enough time because he worked as a wage earner who did not have days off from work, despite the support he received from his family to lose weight. Such findings could be explained with the environmental factor on an individual and family level including working as a wage earner, eating food because of personal taste, hunger, and appetite, and family buying fatty food for the case, as well as the environmental factor on a community level of having convenience buying food, and the environmental factor on a belief level including belief in eating fatty food and belief that being fat meaning better body image. These factors were all associated with high fat food consumption behavior of the case. The findings of the present study were consistent with those of Supranee Wongpalee (B.E. 2550) who found that persons with hypertension who were

unable to control their blood pressure levels had higher means of body mass index than those who were able to control their blood pressure levels. Also, persons whose body mass index puts them in category of fat people are likely to need a large quantity of food, so they have to eat a large amount of food. A study on obstacles in blood pressure control of persons with hypertension showed that most of the subjects were wage earners, which was one of the obstacles in controlling body weight and which was associated with consumption of food with high fat (Wantana Teekaput, B.E. 2550).

However, in this study, the first case who did not have consumption behavior of food with high fat content. This was because she did not like fatty food, and she felt that being fat was not a good body image and was an obstacle in work. The case cooked her own food, so she was able to select and eat food without high fat content. Thus, it could be concluded that the environmental factor on an individual level of lack of preference for fatty food and self-cooking, and the environmental factor on a belief level of positive body image were associated with consumption behavior of food with high fat content of persons with hypertension.

1.3 Drinking beverage: According to the study findings, the case drank alcohol because it was believed that alcohol would relieve body ache from work, gave more energy to work, and increased appetite. The case obtained such information from his coworkers, and once he tried to do it, he found that his body ache was relieved and he was able to return to work. Thus, he continued the practice until it became his habit. This case bought alcohol from a grocery store near his house. He also felt like drinking alcohol when he was aroused by television, and he drank alcohol for socialization when there were different events in the community. Moreover, the case used alcohol to cope with stress caused by the family's economic problems. The case did not have a good family relationship, and even though he sometimes coped by avoiding the situation or talking to others to relieve his stress, there were things that the case did not want other people to know, so he drank alcohol instead. This could be concluded that the environmental factor on an individual and family level including using alcohol to relieve stress and economic problems of the family leading to stress, as well as the environmental factor on a interpersonal level of lack of good family relationship and drinking for socialization; the environmental factor on a community level of having

drinking neighbors and being stimulated by television; and the environmental factor on a belief and practice level of belief in alcohol drinking and serving alcohol at different community events were associated with the alcohol consumption behavior of persons with hypertension. The findings of the present study were not consistent with the findings of Tidatip Chaisri (B.E. 2541) who reported that most of the persons with hypertension in her study did not drink alcohol because most of them were in their adulthood with maturity and responsibility for family and society, they had mindful and careful problem solving methods. Moreover, a study conducted by Hatairut Thitisak (B.E. 2540) found that most of persons with hypertension did not drink alcohol on a regular basis. This may have been because the subjects were mostly females who generally do not drink alcohol. The subjects also knew that consumption of alcohol could increase the blood pressure levels, possibly leading to paralysis. However, like in the present study, this study found that most of the persons with hypertension explained that they drank alcohol when they were asked by someone or when they were participating in a social function such as a party.

The study findings also indicated that the cases drank drinks containing caffeine including carbonated drinks and coffee. The cases drank carbonated drinks on a daily basis because they liked it so much they became addicted to it and because they were wage earners who had to work outside in the sun's ray, so they felt that carbonated drinks were refreshing. Their bosses also bought them carbonated drink every day. Drinking carbonated drinks means that persons with hypertension would unnecessarily receive more sodium intake. This is because in carbonated drinks, there are 5 to 20 milligrams of sodium per serving (325 milliliters) (Chutima Sirikulchayanon, B.E. 2552). This could be explained by the environmental factor on an individual and family level of preference for carbonated drinks, drinking carbonated drinks to quench the thirst, getting carbonated drinks from the employers, and lack of knowledge about the sodium content in carbonated drinks. The findings of this study were consistent with the findings of Hatairut Thitisak (B.E. 2540) who found that females with hypertension drank drinks containing caffeine to quench their thirst, to feel refreshed, and to join others during social gatherings.

The study findings also showed that the first case drank coffee everyday. The type of coffee that the cases drank was an instant 3-in-1 type. This was because

the cases were wage earners and lived by themselves, so they drank coffee that was easy and convenient to prepare without any knowledge about the fat content in coffee. This could be explained by the environmental factor on an individual and family level of lack of knowledge of fat content in coffee and living by self. Likewise, Tidatip Chaisri (B.E. 2541) found that persons with hypertension had a bad behavior when it came to drinking coffee or tea as they liked to drink coffee or tea instead of having breakfast because it was convenient, easy to prepare, stimulating, and habitual. Also, Hatairut Thitisak (B.E. 2540) found that women with hypertension drank coffee or tea as their breakfast, for their stimulating effects, and out of a habit.

On the overall, the findings of this study showed that the cases had caffeine drinking behavior which could be conveniently bought at a grocery store in the neighborhood or a supermarket in the community. This could be explained by the environmental factor on a community level of having a nearby grocery store and supermarket which made it convenient to buy such drinks.

1.4 Cigarette smoking: The findings revealed that the first case smoked cigarettes, while the second case did not. The first case who smoked took up smoking to manage her stress and it became habitual. Even though she was not stressed at the time of data collection, she continued to smoke because she lived by herself and was lonely. She also saw people smoke on television, so she was unable to quit even though she had support from her family and felt like quitting when she saw scary pictures printed on the cigarette packs. Thus, it could be said that she did not have enough willpower to quit smoking. This could be explained by the environmental factor on an individual and family level of living alone and feeling lonely and the environmental factor on a community level of having a lot of smokers in the community and being stimulated by television. These factors stimulated the case to smoke even though she had family support and even though the Announcement of the Ministry of Public Health (B.E. 2550) required the printing of pictures and statements depicting the harms of smoking on the cigarette packs. For these reasons, the case was unable to quit smoking. Such findings were incongruent with the findings of Tidatip Chaisri (B.E. 2541) who found that most of the persons with hypertension did not smoke and the findings of Hatairut Thitisak (B.E. 2540) who found that very few women with hypertension had smoking behavior due to the Thai cultural value against

females who smoked. However, Hatairut Thitisak (B.E. 2540) also found that the persons with hypertension who smoked did so because they wanted to relieve their stress, because they were persuaded by others, and because they wanted to imitate others. However, in this study, the second case did not smoke because he lived in an extended family and had family interactions, so he did not feel lonely. Also, there was nobody who smoked in his family, so he did not imitate smoking behavior from any family member. This could be explained by the environmental factor on an individual and family level of having no family member who smoked and the environmental factor on a family interaction level of living in an extended family and having family interactions.

2. Exercises: The findings showed that the second case exercised, while the first case did not. The second case exercised appropriately even though she thought that working and doing household chores were like exercising. This was because the case received behavioral support from other persons with hypertension who shared their knowledge and experience with him, so exercise became his habit. This could be explained by the environmental factor on an individual level of perceived benefits of exercises and the environmental factor on a social interaction level of having interaction with other persons with hypertension and exchanging knowledge and experience with other persons with hypertension, which had more influence than the environmental factor on an individual level of perceiving working and doing household chores as exercising.

However, there was the first case who did not exercise. This was because she had time constraints, she had to work outside the house, and she thought that working and doing household chores that made her sweat were like exercising. In addition, the case lived by herself, so she did not have a company to exercise with. Also, there were only a couple of people in her community who exercised. Even though the case understood the benefits of exercise on blood pressure control from medical personnel and from television programs, she still did not exercise. This could be explained by the environmental factor on an individual level of occupation of persons with hypertension and time constraints, the environmental factor on a family and social interaction level of living alone and lacking somebody to exercise with, the environmental factor on community level and having few people who exercised in the

community, and the environmental factor on a belief level of thinking of working and doing household chores as exercising, which had more influence than the environmental factor on a community level of receiving information about benefits of exercises from medical staff and television programs. The findings of this study were consistent with the findings of Hatairut Thitisak (B.E. 2540) who found that working women had poor health behaviors and thought that doing household chores was like exercising. Similarly, Tidatip Chaisri (B.E. 2541) reported that obstacles that prevented persons with hypertension from exercising were lack of a proper place to exercise, having other burdens, and a belief that working was like exercising. Furthermore, Supranee Wongpalee (B.E. 2550) found that persons with hypertension who could and could not control their blood pressure had appropriate exercise behavior at a low level. Finally, Suwimon Santiwes (B.E. 2545) reported that if persons with hypertension received support in the form of exercise equipment, exercise venue, and exercise partner, they would exercise more because they would feel that they were cared for by others, and this gave them motivation to exercise.

3. Relaxation: It was found that the cases had behavior, problems, and obstacles related to relaxation to control blood pressure levels as follows:

3.1 Lack of rest: The findings revealed that the second case did not have enough rest, whereas the first case did. The second case did not have enough rest because he was under stress caused by economic problems and family problems. On top of this, he discovered that he had hypertension which was a chronic condition that required health behavioral adjustment and adjustment of daily living activities for the rest of his life. If he was sick, he would have to take leave from work, which meant that his income would be reduced. Thus, he had even more stress. This could be explained by the environmental factor on an individual and family level of stress caused by poor economic status of the family and the environmental factor on a family interaction level of lack of good family relationships which affected lack of sleep and rest of the case.

However, there was the first case who had sufficient rest. This was because she did not have any economic problems, had some savings, and had a rather good family relationship. Thus, she had no stress. This could be explained by the environmental factor on an individual and family level of good economic status

and the environmental factor on a family interaction level of good family relationship, both of which had a positive effect on rest behavior of the case. Such findings were congruent with the findings of Hatairut Thidasak (B.E. 2540) who found that persons with hypertension had appropriate rest behavior as needed by their body because most of them did not have economic problems and had some savings. Also, when they were sick, there were other people who could work on their behalf. As a result, they did not have any cause of stress and could take as much rest as they needed.

3.2 Lack of relaxation: The findings indicated that the second case did not have any relaxation activities, while the first case did. The second case did not have time for relaxation because he was a wage earner and had to work on a daily basis. He was also the leader of his family and had to earn money to take care of the family. If he stopped working, his family would be economically affected. Therefore, he could not have time to relax. This could be explained by the environmental factor on an individual and family level of occupation, economic status of the family, and family role. The findings of the present study were consistent with the findings of Supawan Pomchan (B.E. 2551) who found that most middle-aged persons with hypertension had the role of the family leader and had to earn money to support the family, so they did not have time to relax and did not appropriately set aside time off work to relax.

As for the first case who had relaxation, she was able to relax because her family did not have economic problems, so she could set aside time for relaxation without any adverse effects on her family's economy. In addition, she received support from her family members who took her out. This could be explained by the environmental factor on an individual and family level of a good economic status of the family and the environmental factor on a family interaction level of a rather good family relationship and support from family members.

4. Taking medication: It was discovered that the cases had behavior, problems, and obstacles related to medication taking to control blood pressure levels as follows:

4.1 Lack of medication adherence: The first case lacked adherence to medication, whereas the second case did not. The first case who did not have adherence to medication explained that she believed that hypertension was

completely curable without adherence to medication. This was because the case did not receive treatment at the medical department or the hypertension clinic, which reflected problems in the existing health service system. As a consequence, the case did not receive sufficient information about her condition or did not receive the treatment that best suited his condition. It was also possible that the case did receive necessary information from the medical staff, but she was unable to adjust her behavior to suit the disease because she lacked a chance to exchange knowledge and experience with other hypertensive persons receiving treatment at the medical ward or at the hypertension clinic and had a chance to exchange knowledge and experience with others and understood the risks of lack of adherence to medication. They knew well that their hypertensive symptoms would reduce after they took the medications, so they realized the significance of adherence to medication. Such problems did not occur to the second case in this study even though he would experience a bout of coughing after taking his medications. This could be explained by the environmental factor on a social interaction level of lack of interactions with other persons with hypertension, the environmental factor on a community level of problems with the health service system in which persons with hypertension did not receive needed treatment at the medical ward or at the hypertension clinic, and the environmental factor on a belief level that hypertension was curable even without adherence to medication intake. However, the positive influence of the environmental factor on a social interaction level of having a social interaction and exchange of knowledge and information with other persons with hypertension as well as the environmental factor on a community level of a good health service system ensuring that persons with hypertension were treated at the medical ward or at the hypertension clinic resulted in adherence to medication intake. The findings supported the findings of Orasa Panpakdee (B.E. 2542) who found that persons with hypertension during the risk period, during which they experience relapses of hypertension, gave more significance to medication taking to control their symptoms and reduce their blood pressure levels. However, the findings of this study were not consistent with those of Wantana Teekaput (B.E. 2550) who reported that persons with hypertension stopped taking medications without consulting their physicians because of the side effects of the medications.

4.2 Forgetting to take medications and adjusting the dosage by self: In this study, the second case forgot to take the medication and adjusted the dosage, while the first case had correct medication intake. For the former, it may be possible that the healthcare staff explained medication taking methods to the case using one-way communication, so the case did not have a correct understanding of medication taking. He also took more medications when he had hypertensive symptoms. This may have resulted from his past experience which told him that medication relieved hypertensive symptoms. This could be explained by the environmental factor on an individual level of understanding of medication taking methods and past experience of individuals, as well as the environmental factor on a community level of problems with health service systems using one-way communication. The findings yielded support to the findings of Orasa Panpakdee (B.E. 2542) who found that persons with hypertension managed their hypertensive symptoms based on past experience with medication intake, making them believe that they were able to manage their symptoms by themselves if they increased the dosage of their medications.

However, the first case in this study had correct medication without any adjustment of the dosage. This was because the case had correct understanding and perception of correct methods and dosages. This could be explained by the environmental factor on an individual level of correct understanding of medication taking.

Limitations

The limitations of the present study were as follows:

1. This study used only a method of case interview, so comprehensiveness may be limited. The family members and neighbors of the cases should have been interviewed as well.
2. The finding of the present study is limited in its scope that cover only persons with hypertension in Damneon Saduak District, Ratchburi Province and could not be generalized to the population of persons with hypertension.

3. During the initial period of data collection, the cases may not have been familiar with the interviewer. This may have prevented them from freely and openly sharing needed information with the interviewer.

Recommendation

Based on the study findings, the following recommendations can be made:

1. Knowledge dissemination: Nurses should provide knowledge about hypertension, correct and appropriate behavioral adjustment for persons with hypertension, dangers of severe hypertension, and awareness of the significance of health behavioral adjustment to promote correct knowledge and understanding of hypertension and reduce obstacles faced by persons with hypertension who want to adjust their health behavior as follows:

1.1 Knowledge should be disseminated about the type and amount of sodium, concealed sodium, and fat contents in food, seasonings, and drinks to ensure correct knowledge and understanding of persons with hypertension about the types of food and seasoning that are currently sold in the market so that they will be able to choose the food that is appropriate for their hypertensive condition. The knowledge about complications caused by excessive sodium intake should also be disseminated.

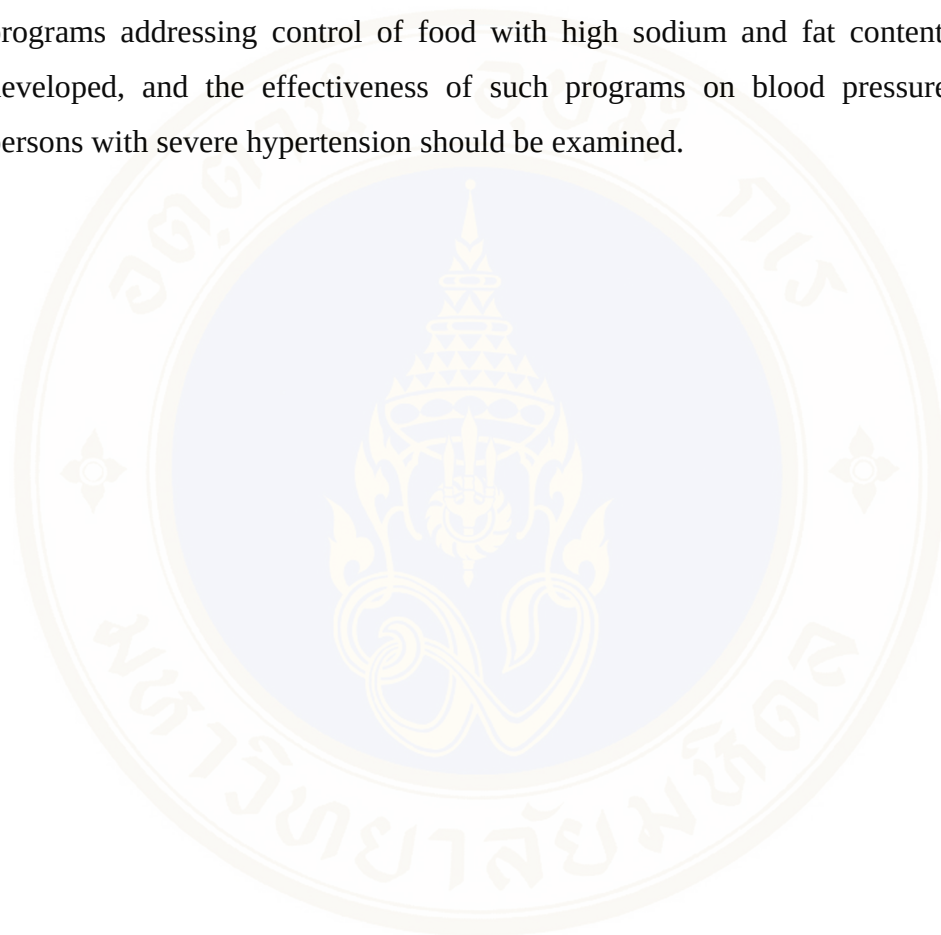
1.2 Knowledge should also be disseminated about the negative effects of drinks containing alcohol and caffeine as well as the dangers of smoking on the blood pressure level of persons with hypertension. In addition, knowledge about declining skills, methods to quit smoking, appropriate stress management strategies, and consideration of nutritional contents of different kinds of drinks should also be provided.

2. Nursing practice: Community health nurse practitioners should assess problems and obstacles on blood pressure control, especially for consumption of food containing sodium and fat, and medication adherence. The nurses could also promote healthy behaviors that reduce those problems in persons with hypertension.

3. Health service systems: The staffs in the healthcare team should adjust the service systems, especially the referral system, to refer the persons with

hypertension to medical department or hypertension clinic. They should also use two-way communication to communicate health information with the patients.

4. Nursing research: Future research should be conducted to investigate the long-term effects of food consumption behavior which causes problems and obstacles in blood pressure control of persons with severe hypertension. Furthermore, programs addressing control of food with high sodium and fat contents should be developed, and the effectiveness of such programs on blood pressure control of persons with severe hypertension should be examined.



รายการอ้างอิง

- กลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2546). *คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องความดันโลหิตสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : กราฟฟิค แมส. ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ จังหวัดสงขลา. (2550). *ทบทวนสถิติโลก ตรวจวัดความดันโลหิตสูง 7 วันกว่า 20 ล้านคนเป็นโรค 2 ล้าน*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2551, จาก <http://songkhlahealth.org/paper/959>
- พนัท ครุธกุล (2550). *ปฏิบัติการฝ่าวิกฤติ พิชิตอ้วน พิชิตพุง*. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทมีเดีย.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. (2552). *สถิติโรค 2549-2551*. ราชบุรี : งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก.
- งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. (2551). *ความดันโลหิตสูง*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2551 จาก <http://www.pt.ac.th/ptweb/digital/snet4/june22/blood.htm>
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). *โรคความดันโลหิตสูง*. ใน วิทยา ศรีมาดา (บก.), *ตำราอายุรศาสตร์ 4 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข)*. (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 175-201). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543. สถานะสุขภาพของคนไทย*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- จุฑามาศ ผดุงญาติ. (2551). *การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจริญ กระบวนรัตน์. (2551). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ : ความรู้ที่ยังต้องการความเข้าใจ*. วารสารโภชนาบำบัด, 19(2), 88-101.

- ชุดิมา ศิริกุลชยานนท์. (2552). *นำอัลดม*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2553 จาก <http://www.thaihit9.com/paper.html>.
- คลรัตน์ รุจิวัฒนากร. (2547). *การบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ รัชชา, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, และ วิทยา กาพิน. (2551). *อุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงของประชากรเขตเทศบาลเมืองจังหวัดอุดรดิตถ์*. *วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์* 23(2): 26-38.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นนทรัตน์ สถาวิระพงศ์ (2550). *ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเองต่อความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะนุช รักพานิชย์. (2542). *โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด กับ การปฏิบัติตัว*. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พิมพ์มาดา อัจฉริยพัฒนา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 22(1), 2-15.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2550). *2007 Guidelines ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2551, จาก www.thaihypertension.org.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2552). *ระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. ใน มณี รัตนไชยานนท์ และ ชีระพงษ์ ตันทวีเชียร (บก.), เวชศาสตร์ร่วมสมัย : วิชาการแพทย์ก้าวหน้า ประสานใจพัฒนาคุณภาพชีวิตไทย (หน้า 137-142)*. กรุงเทพฯ : พี.เอ. ลีฟวิ่ง.
- พึงใจ งามอุโฆษ. (2551). *โรคความดันโลหิตสูง*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน, 2551, จาก http://www.thaiheart.org/pdf/lesson4_4.pdf.

- ภัทรา อังสุวรรณ. (2541). โรคความดันโลหิตสูง. เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2552, จาก http://www.elib-online.com/doctors/med_hypertension1.html.
- มันทนา ประทีปะเสน และ วงเดือน ปันดี. (2542). อาหาร . กับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุญรัตพันธุ์. (2549). การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วันดี โภคะกุล. (2547). โรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันดี โภคะกุล และ สมจินต์ โนมวัฒน์ชัย. (2545). การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรค ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันทนา ทิมพูลิ. (2550). อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรวรรณ ลิ้มมานนท์. (2549). ประสิทธิภาพของการจำกัดปริมาณการบริโภคโซเดียมโดยใช้เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมต่ำแทนเครื่องปรุงรสปกติต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โภชนศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมาส บุญประसार. (2544). การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม, 2552, จาก <http://www.pni.go.th/pnigoth/wp-content/uploads/2009/files/stroke-nurse2007.pdf>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *อาหารเพื่อวัยสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). *การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3)*. (พิมพ์ครั้งที่ 15) (หน้า 129-162). กรุงเทพฯ : วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมพล วันตะเมธ. (2551). *การศึกษาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยตามแนวศึกษานิเวศวิทยาสังคม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาประชากรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2551, จาก http://www.thaihypertension.org/dbweb/file_attach_new/25Jan200823-AttachFile1201230443.doc
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. (2550). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐ (ข้อความคำเตือนถึงพิษภัยของยาสูบ)*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์, 2553, จาก http://thaiantitobacco.com/th/files/tc/250650_2.pdf.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชาญจิรา, และ อรสา พันธุ์ภักดี. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต*. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชาญจิรา, และ อรุณศรี เดชะหงส์ (บก.), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2* (หน้า 29-35). กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์

- สุภารัตน์ ลิขิตภูมิ. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุปราณี วงศ์ปาลี (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพรรณิษฐ์ ชีไธ. (2547). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมาลี วัชรนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล, และ ปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 539-547.
- สุริย์ เจริญมั่งคด. (2549). ยาที่ใช้ในโรคหัวใจและหลอดเลือด : ความดันโลหิตสูง. เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม, 2552, จาก http://www.pharm.chula.ac.th/clinic101_5/article/Radio77.htm
- สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ. (2548). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544 - 2547. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุวิมล สันติเวส (2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หญิงน้อย อุบลเดชประจักษ์. (2543). อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ 1. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1997).
- หทัยรัตน์ ธิดีศักดิ์ (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรสา พันธักดี. (2542). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*.
 วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อวยพร จินาวงศ์. (2547). *การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความ*
ดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิต
- วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Heart Association. (2009). *Heart Disease & Stroke Statisticals 2009 Update At-A-*
Glance. Retrieved 23 June, 2009, from <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/123783441267009Heart%20and%20Stroke%20Update.pdf>.
- Anderson, C. (2008). *Symptom of the Hypertension*. Retrieved 13 August, 2009, from <http://www.symptomsofhypertension.net/>
- Boon, N. A., Fox, K. A. A., Bloomfield, P., & Baadbury, A. (2002). Cardiovascular disease. In
 Davidson, S. (Ed.), *Principles and practice of Medicine*. Philadelphia : Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecological of Human Development : Experiments by Nature and*
design. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. In *Internation*
Encyclopedia of Education, Vol.3, 2nd Ed. Oxford : Elsevier. Reprinted in : Gauvain,
 M., Cole, M. (Eds.), *Reading on the development of children, 2nd Ed.*(1993) (pp. 37-
 43). NY: Freeman.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time : A future perspective.
 In Moen, P., Elder, GH. Jr. & Luscher, K. (Eds.), *Examining Lives in context : Perspectives on the Ecology of Human Development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The Ecological of developmental processes. In
 Damon, W. & Lerner, R.M. (Eds.), *Handbook of Child Psychology, vol 1 : Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley.
- Davey, P. (2003). *Medicine at a Glance*. Oxford : Blackwell.
- DeSimone, M. E., & Crowe, A. (2009). Nonpharmacological approaches in the management of
 hypertension. *American Academy of Nurse Practitioners*(21), 189-196.

- Eisenmann, J. c., Gentile, D. A., Welk, G. J., Callahan, R., Strickland, S., Walsh, M., et al. (2008). SWITCH : rationale, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity. *BMC Public Health*, 8(223).
- Fleury, J., & Lee, S. M. (2006). The social ecological model and physical activity in African American women. *American journal of community psychology*, 37, 129-140.
- Ford, E. S., Zhao, G., Li, C., Pearson, W. S., & Mokdad, A. H. (2008). Trends in Obesity and Abdominal Obesity Among Hypertensive and Nonhypertensive Adults in the United States. *American Journal of Hypertension*, 21(10), 1124-1128.
- Gallagher, P. J. (2004). Hypertension. In Underwood, J. C. E. (Ed.), *General And Systemtic Pathology (Fourth Edition)* (pp. 286-290). United States of American: Elsevier.
- Halperin, R. O., Gaziano, J. M., & Sesso, H. D. (2008). Smoking and the Risk of Incident Hypertension in Middle-aged and Older Men. *American Journal of Hypertension*, 21(2), 148-152.
- Harsha, D. W., & Bray, A. G. (2008). Weight Loss and Blood Pressure Control (Pro). *Hypertension*, 51(5), 1420-1425.
- Joint National Committee. (2003). *The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Retrieved December 14, 2008, from <http://nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
- Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Lynch, J. W., Cohen, R. D., & Balfour, J. L. (1996). Inequality in income and mortality in the United Stated: analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*. (312), 999-1003.
- Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K, Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*(87): 1491-1498.
- Kokkinos, P., Manolis, A., Pittaras, A et al. (2009). "Exercise Capacity and Mortality in Hypertensive Men With and Without Additional Risk Factors. *Hypertension* 53(3): 494-499.
- Kumar, P., & Clark, M. (2005). *Clinical Medicine (Sixth Edition)*. United States of American: Elsevier.

- Newton, W. P., & Ives, T. J. (2002). Hypertension. In Sloane, P. D., Slatt, L. M., Ebell, M. H. & Jacques, L. B. (Eds.), *Essential of Family Medicine (Fourth Edition)* (pp. 211-214). United States of American: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ohira, T., Tangawa, T., Tabata, M., Imano, H., Kitamura, A., Kiyama, M., et al. (2009). Effects of Habitual Alcohol Intake on Ambulatory Blood Pressure, Heart Rate, and Its Variability Among Japan Men. *Hypertension*, 53(1), 13-19.
- Ohkubo, T., Metoki, H., & Imai, Y. (2009). Hypertension. *Alcohol Intake, Circadian Blood Pressure Variation, and Stroke*, 53, 4-5.
- Podymow, T., & August, P. (2008). Update on the Use of Antihypertensive Drugs in Pregnancy. *Hypertension*, 51(4), 960-969.
- Ruixing, Y., Weixiong, L., Hanjun, Y., Dezhai, Y., Shuquan, L., Shangling, P., et al. (2008). Diet, Lifestyle, and Blood Pressure of the Middle-aged and Elderly in the Guangxi Bai Ku Yao and Han Populations. *American Journal of Hypertension*, 21(4), 382-387.
- Sylvie, N.-K., Podolski, C.-L., Ellis, D. A., Frey, M. A., & Templin, T. (2006). Social ecological model of illness management in high-risk youths with type 1 diabetes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 785-789.
- Williams, G. H. (2001). Hypertensive vascular disease. In E. Braunwald, A. S., Fanci, D., Kasper, L., & Hauser, S. L. (Eds.), *Principles of Internal medicine* (pp. 1414-1428). United States of American: McGraw-Hill.



ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี เพศ O ชาย O หญิง
2. สถานภาพสมรส จำนวนบุตร.....คน
3. ศาสนา O พุทธ O คริสต์ O อื่นๆ.....
4. อาชีพ.....รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน
ความเพียงพอของรายได้.....
5. ระดับการศึกษา.....
6. ลักษณะโครงสร้างครอบครัว.....
บุคคลในบ้านที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันมีใครบ้าง.....
.....
บทบาทหน้าที่ในครอบครัว.....
7. ลักษณะชุมชนที่อาศัย.....
8. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง.....ปี
9. โรคประจำตัวอื่นๆ.....
ยาที่รับประทานประจำ.....
.....
.....
10. ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา พี่ น้อง เป็นต้น).....
.....
.....
11. สิทธิการรักษา.....
12. การเดินทางไปรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใช้เวลา.....
โดยพาหนะ.....
13. ระยะเวลาที่รื้อพบแพทย์.....
14. บุคคลที่พาท่านไปโรงพยาบาลในการมาตรวจตามนัด.....

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกภาวะสุขภาพ

1. ระดับความดันโลหิตและยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับ
 - เมื่อแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง..... มิลลิเมตรปรอท
ยาที่ได้รับ.....
 - 6 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์.....มิลลิเมตรปรอท
ยาที่ได้รับ.....
 - ปัจจุบัน สัมภาษณ์ครั้งที่ 1.....มิลลิเมตรปรอท
สัมภาษณ์ครั้งที่ 2.....มิลลิเมตรปรอท
ยาที่ได้รับ.....
2. เส้นรอบเอว.....เซนติเมตร น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
ส่วนสูง.....เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/ตารางเมตร
3. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด (ข้อมูลจากเวชระเบียน).....
ระดับไขมันในเลือดครั้งล่าสุด (ข้อมูลจากเวชระเบียน).....

แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง บันทึกอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อ โดยระบุวันที่ เวลา ชนิดอาหาร การเติม เครื่องปรุงรส อาหารระหว่างมื้อ และปริมาณอาหารแต่ละชนิดที่รับประทานในแต่ละมื้อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

มื้ออาหาร	เวลา	ชนิดอาหาร (รายการอาหารและเครื่องปรุงรสที่ใส่เพิ่มเติมด้วยตนเอง)	ปริมาณ	หมายเหตุ
เช้า				
กลางวัน				
เย็น				
มื้ออื่นๆ นอกเหนือจาก มื้อหลัก เช่น อาหารว่าง ก่อนนอน				

แบบบันทึกกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

คำชี้แจง บันทึกกิจกรรมและการออกกำลังกาย โดยระบุวันที่ เวลา กิจกรรม/การออกกำลังกาย และระยะเวลาที่ปฏิบัติในแต่ละวัน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เวลา		ชนิดกิจกรรม/การออกกำลังกาย	ระยะเวลาที่ปฏิบัติ (นาที)	หมายเหตุ
เช้า				
กลางวัน				
เย็น				

ภาคผนวก ก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

แนวคำถามต่อไปนี้เป็นแนวคำถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต และปัญหา อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต แนวคำถามนี้สามารถยืดหยุ่นและปรับคำถามได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ตามแนวคำถามทุกข้อจะถามครอบคลุมสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ระดับ ต่อพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา ดังนี้

Microsystem ได้แก่ บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และสถานที่ทำงาน

Mesosystem ได้แก่ ความสัมพันธ์ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานและวงสังคม

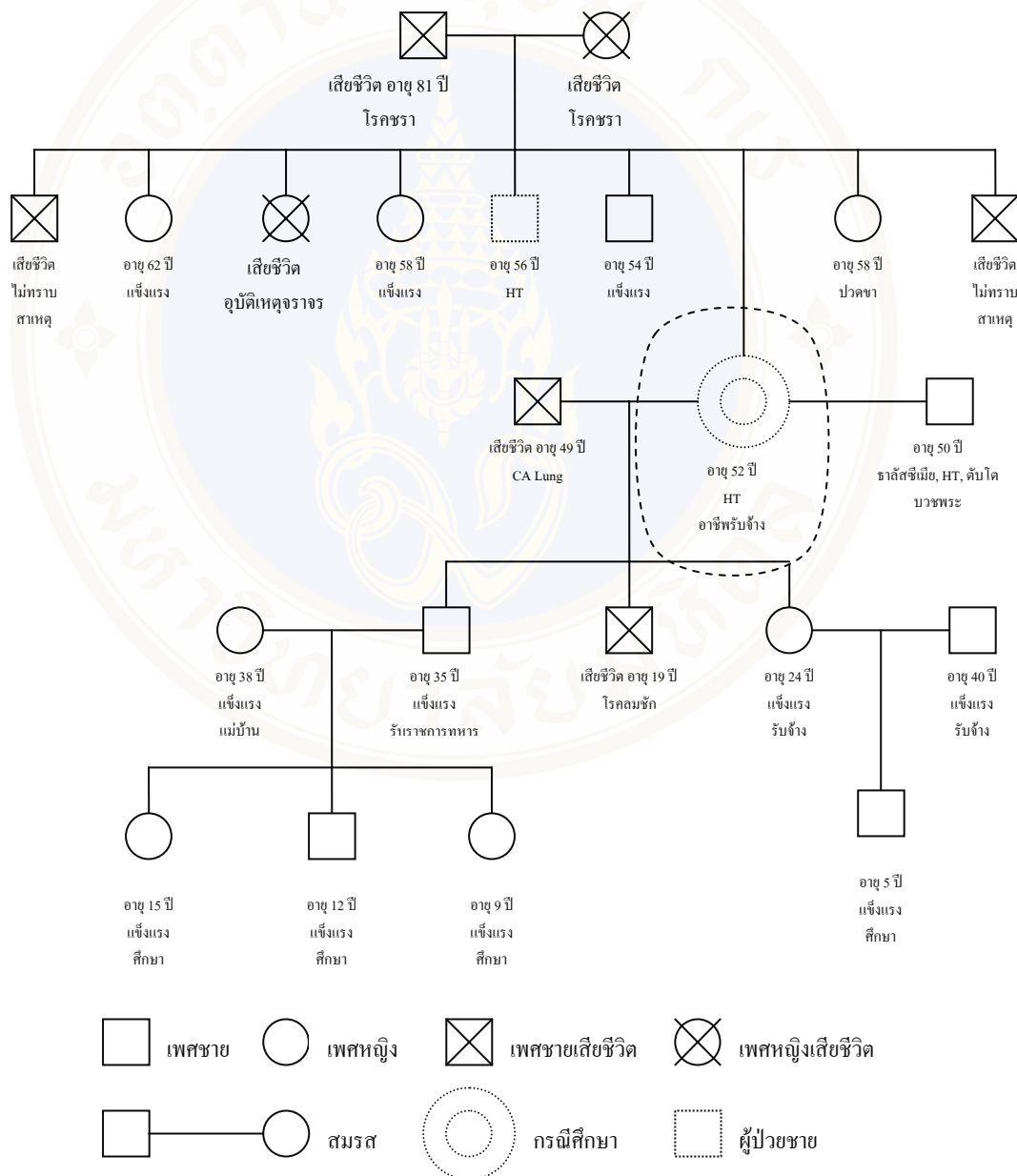
Exosystem ได้แก่ อิทธิพลของชุมชน วิธีการดำเนินชีวิต กิจกรรมในชุมชน ข้อมูลข่าวสารรูปแบบต่างๆ

Macrosystem ได้แก่ ความเชื่อของชุมชน ธรรมเนียมปฏิบัติ วัฒนธรรม นโยบายต่างๆ โดยมีแนวคำถามมีดังนี้

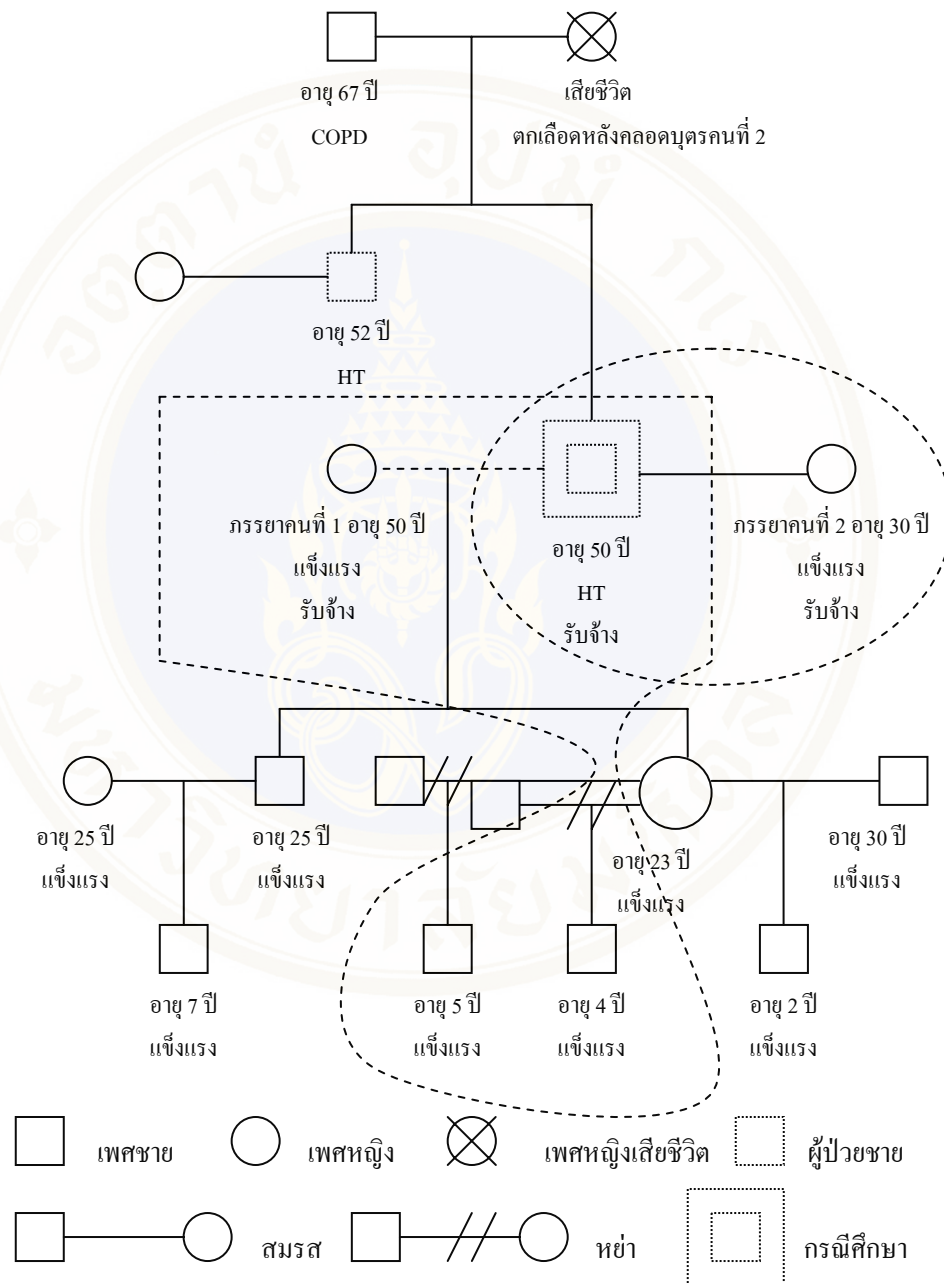
1. ท่านมีวิธีปฏิบัติอย่างไรบ้างในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยาเพื่อลดระดับความดันโลหิต
2. ท่านคิดว่ามีสาเหตุ เหตุการณ์ สิ่งกระตุ้นอะไรบ้างที่มีส่วนช่วยสนับสนุนหรือเป็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา เพื่อควบคุมความดันโลหิต
3. ท่านมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตหรือไม่อย่างไร มีข้อเสนอแนะหรือไม่ อย่างไร

ภาคผนวก ง

ผังครอบครัวกรณีศึกษา รายที่ 1 (นางหญิง)

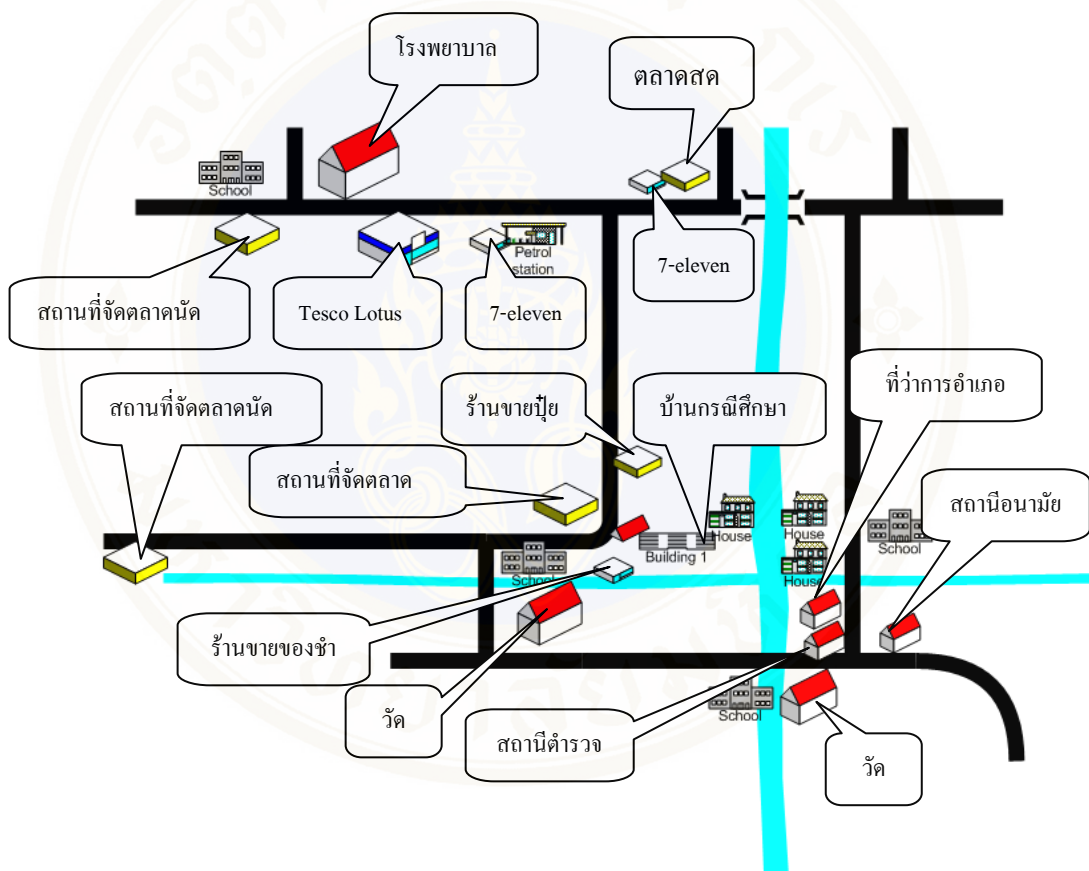


ผังครอบครัวกรณีศึกษาครั้งที่ 2 (นายชาย)

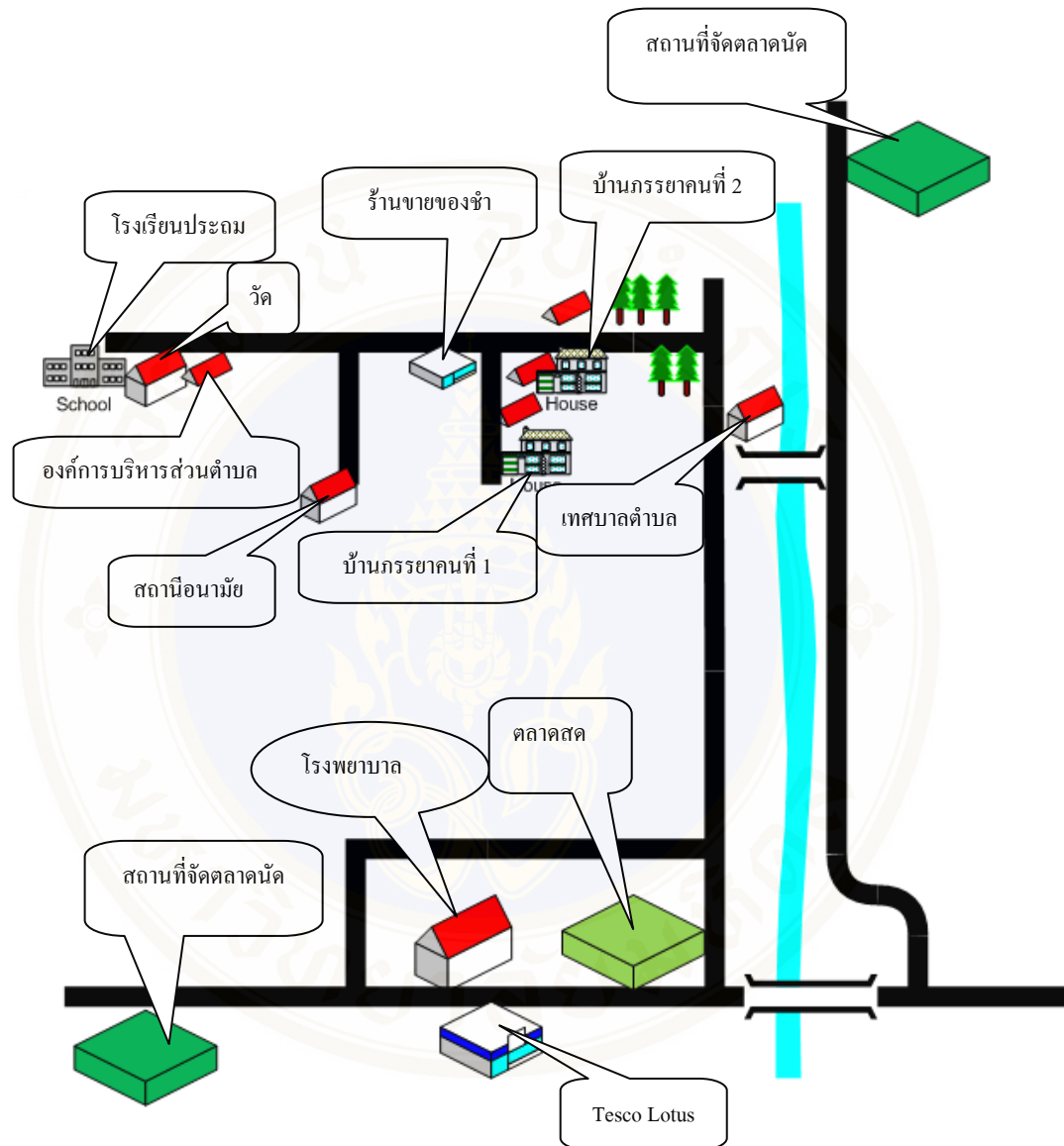


ภาคผนวก จ

แผนที่บ้านกรณีศึกษารายที่ 1 (นางหญิง)

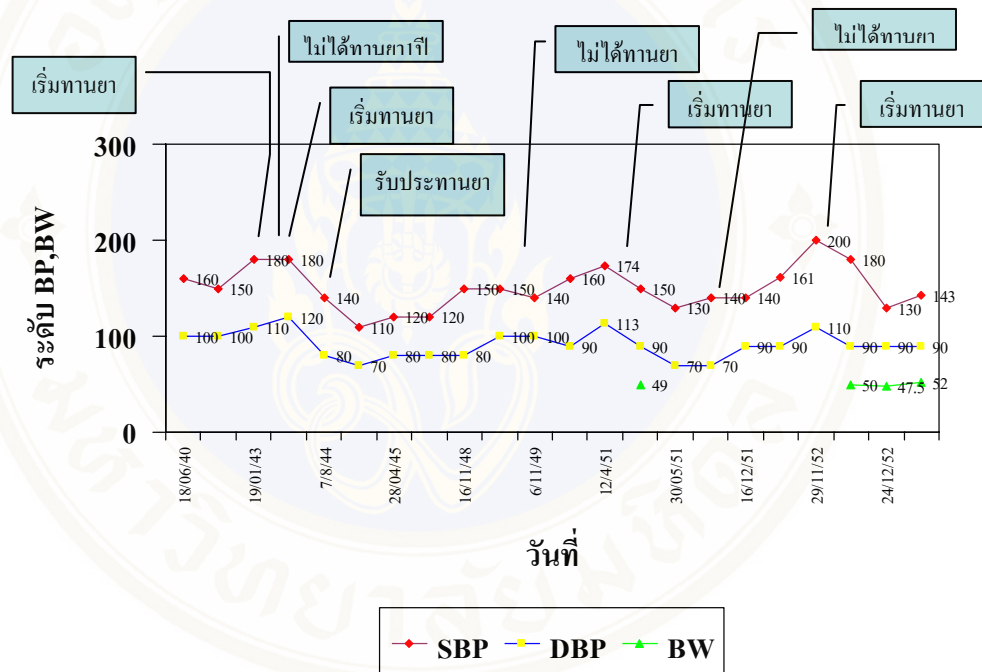


แผนที่บ้านกรณีศึกษารายที่ 2 (นายชาย)

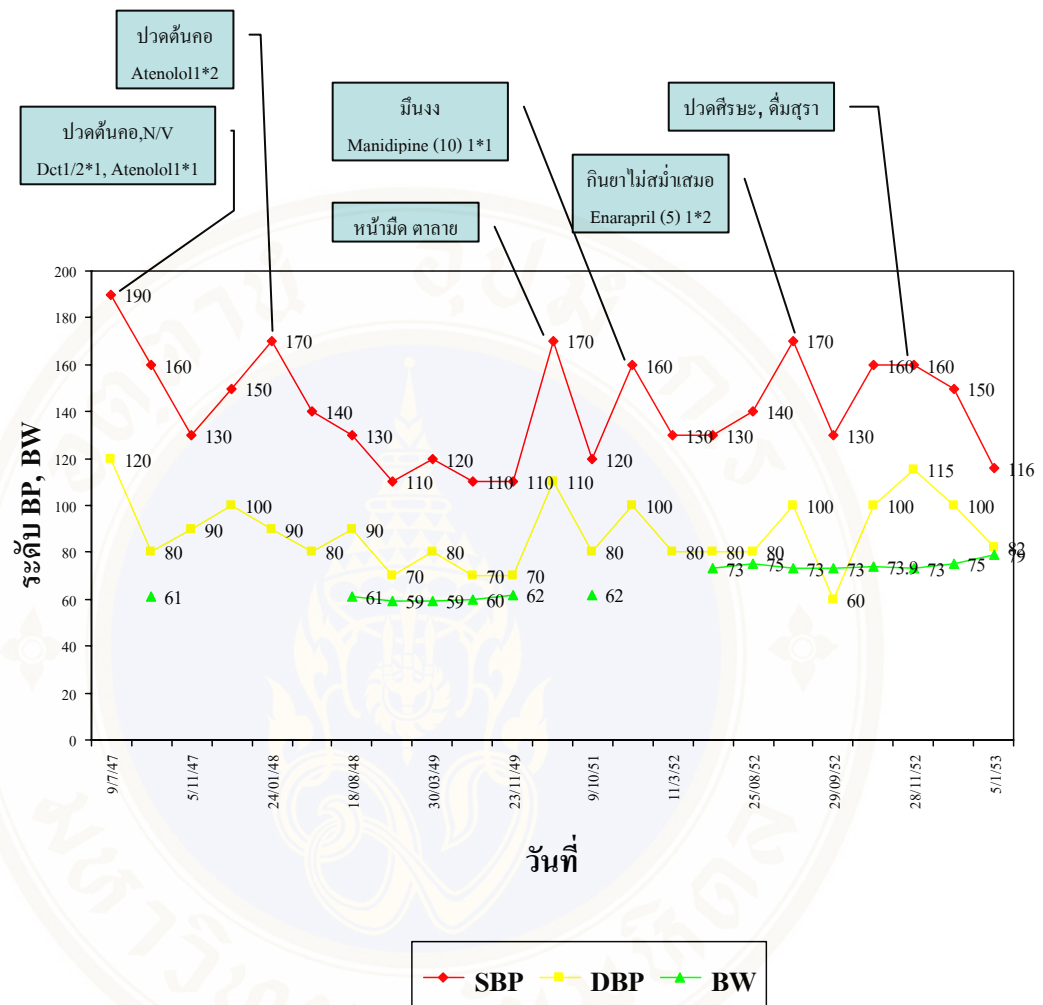


ภาคผนวก จ

กราฟระดับความดันโลหิตกรณีศึกษารายที่ 1 (นางหญิง)



กราฟระดับความดันโลหิตกรณีศึกษาครั้งที่ 2 (นายชาย)



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – สกุล

นางสมณฑา ห่วงทอง

วัน เดือน ปีเกิด

13 ตุลาคม 1972

สถานที่เกิด

สุโขทัย ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

พ.ศ. 2539 – 2541

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2543 – 2545

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 – 2553

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ที่อยู่ปัจจุบัน

299 หมู่ 8 ตำบลดำเนินสะดวก

อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี 70130

โทรศัพท์ 032 – 245724

E-mail : sumonta13@gmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

โทรศัพท์ 081- 4411713

E-mail : sumonta13@gmail.com