

กรณีศึกษา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี



กรรณิศา ตรีผล

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

กรรณ ตรีผล

นางสาวกรรณ ตรีผล

ผู้ศึกษา

อรพินธ์ เจริญผล

รองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล,

คม. (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

สุภาณี เสนาดีสัย

รองศาสตราจารย์สุภาณี เสนาดีสัย,

M.S.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ม.ไพจิตร

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อรสา พันธักดี

รองศาสตราจารย์อรสา พันธักดี,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2554

กรรณ ตรีผล

นางสาวกรรณ ตรีผล
ผู้ศึกษา

จิระดา ประจักษ์

รองศาสตราจารย์กัญญา ประจักษ์,
Ph.D. (Maternity Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

พริศรา วัฒน

รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ,
คม. (การบริหารการพยาบาล)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

รุ่งโรจน์ เรณู

รองศาสตราจารย์สุภาณี เสนาดี,
M.S.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

อรพินธ์ เจริญผล

รองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล,
คม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ลพวิทย์ วัฒน

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิฑูรย์ วัฒน

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผลและรองศาสตราจารย์สุภาณี เสนาดีสัย ประธานและประธานร่วมที่ปรึกษาสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติและรองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาให้คำแนะนำที่มีคุณค่าและกรุณาตรวจสอบแก้ไขสารนิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ขึ้น ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาและให้ความรัก ความเข้าใจพร้อมทั้งให้คำแนะนำด้วยความเมตตาตลอด

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณนายแพทย์สุวัฒน์ ธนกรนิววัฒน์ ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาที่เป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนอนุญาตให้มาศึกษาในช่วงวันราชการที่จำเป็นทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาทุกท่านที่ได้ปฏิบัติงานบริการประชาชนและงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยความเสียสละในระหว่างที่ข้าพเจ้ากำลังศึกษา

ขอขอบพระคุณ คุณศิริรัตน์ ปิ่นโพชา และเจ้าหน้าที่ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่ได้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำสารนิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ คุณสมบัติ ทองม่วง เพื่อนที่คอยให้คำปรึกษา คำแนะนำและเป็นกำลังใจ ตั้งแต่ต้นจนจบการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนและน้องๆ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาเวชปฏิบัติชุมชนรุ่น 50) ที่เป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาครั้งนี้จะสำเร็จลงไปไม่ได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

ท้ายสุดผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และพี่น้องพร้อมทั้งหลานๆ ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง

กรุณา ตรีผล

กรณีศึกษา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

CASE STUDY : FACTORS RELATED HYPERTENSIVE PATIENT UNDER AGE 35 YEARS

กรุณา ศรีพล 5037842 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อรพินธ์ เจริญผล, คม. (การบริหารการพยาบาล),
สุภาณี เสนาคิสัย, M.S.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในเขตอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ศึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งนำเอากรอบแนวคิดของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter ซึ่งได้วิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปีประกอบด้วย 3 กลุ่มคือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี จำนวน 6 ราย ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในปัจจัยนำประกอบด้วย 1. ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นด้านบุคลิกภาพแบบเอและ 3. ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ ปัจจัยเอื้อจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนของครอบครัว และสังคมที่ดีมีสถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแต่ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ยังมีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง เช่นเดียวกับปัจจัยเสริมที่พบว่าปัจจัยด้านการใช้ยาบางประเภทที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คำสำคัญ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง / ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง / ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

CASE STUDY: FACTORS RELATED HYPERTENSIVE PATIENT UNDER AGE THIRTY-FIVE YEARS

KARUNA THREEPHOL 5037842 RACN/M

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

**THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ORAPIN CHAROENPOL, M.ED.
(NURSING ADMINISTRATION), SUPANEE SENADISAI, B.SC. M.S.**

ABSTRACT

This is a case study aimed at finding the factors related to the occurrence of hypertension in people aged under 35 years in Saohai District, Saraburi Province, by the interview method. The concept of Lawrence W. Green and Marshall W. Kreutes was implemented, and data analysis was conducted to find the factors related to the occurrence of hypertension in people aged under 35 years. The following three groups, i.e., predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors, were used as the conceptual framework of the study. The sample group comprised 6 essential hypertensive patients aged between 18-35 years. The data was analyzed with descriptive statistics.

The study findings indicated that predisposing factors were related to the occurrence of hypertension and included factors concerned with 1. erroneous and unsuitable lifestyle plans, 2. environmental factors which were all related to type A personality traits, and 3. genetic factors. For enabling factors, although the patients had good familial and social support, there were and other factors that supported healthy behaviors, the patients failed to consider the significance of these factors and continued to maintain erroneous and unsuitable lifestyles. The reinforcing factors were those with certain types of hypertension-inducing medications. Although the patients had received sufficient information about hypertension, they did not change their behavior.

**KEY WORDS: RELATED FACTORS / ESSENTIAL HYPERTENSION PATIENTS /
PEOPLE AGED UNDER 35 YEARS**

101 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	12
โรคความดันโลหิตสูง	12
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	22
ความดันโลหิตสูงในคนอายุน้อย	29
พฤติกรรมของผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปีที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	30
บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	32
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	35
บทที่ 4 ผลการศึกษา	40
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	50
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	54
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	57
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	70
รายการอ้างอิง	84
ภาคผนวก	89
ประวัติผู้ศึกษา	101

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	การจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป	13
2	ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	42
3	ตารางแสดงผลการทดสอบบุคลิกภาพแบบเอ	47

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

- 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

หน้า

11



บทที่ 1

บทนำ

ที่มา และความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง จัดอยู่ในกลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นปัญหาสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก ซึ่งปัจจุบันนี้เป็นปัญหามากในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังจะเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา

องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากวิถีชีวิต 35 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด 58 ล้านคน และหากไม่เร่งแก้ไขคาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 หรือ 41 ล้านคน (WHO: อ้างใน นิธิมา โกศลวัฒน์, 2549) การเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัย หรือร่วมกันมากกว่า 1 ปัจจัย จากการใช้วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง กินผักผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และความเครียด ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกกำลังพบปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับฉายาว่าเป็นฆาตกรเงียบ (Silent sickness) ที่ค่อย ๆ คุกคามชีวิตผู้ป่วย โดยไม่รู้สึกรู้สเพราะเป็นโรคที่ไม่มีการเจ็บป่วยให้เห็นชัดเจน จากรายงานของมหาวิทยาลัยสเทยูนีเวอร์ซิตีออฟนิวยอร์ก และมหาวิทยาลัยคาโรลินสกา กรุงสต็อกโฮล์ม ระบุว่าชาวโลกจำนวน 1 ใน 4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงปีละมากกว่า 1 ล้านกว่าราย และรายงานยังระบุว่าถ้าไม่ดำเนินการแก้ไขจะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอีกประมาณหนึ่งพันห้าร้อยล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568 (<http://www.voanews.com> จากฐานข้อมูล Global Hypertension, 2007) สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างเช่น สหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 1999-2000 พบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะพบอยู่ในช่วงอายุ 20 ปี จนถึงวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรที่ป่วย และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตจากสาเหตุโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับ 1 และอันดับ 3 มีค่าเท่ากับร้อยละ 29.6 และ ร้อยละ 7 ตามลำดับของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2000 (สุภาพร แนวบุตร, 2548)

ในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากร ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเรียงตามลำดับจากมาก

ไปน้อยดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง (อัตรา 782.38) โรคเบาหวาน (อัตรา 654.44) โรคหัวใจขาดเลือด (อัตรา 262.32) โรคหลอดเลือดสมอง (อัตรา 206.34) โดยพบว่าโรคดังกล่าวมีอัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2540 ทุกโรคดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 4.95 เท่า โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 4.40 เท่า โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 5.35 เท่าและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่า จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2551 ของสถาบันประสาทวิทยาพบว่าภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะโรคความดันโลหิตสูง พบได้ถึงร้อยละ 43 จากข้อมูลของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2551) ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 พบว่าอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยทั่วประเทศไทย เท่ากับ 302.64, 427.38 และ 528.73 ต่อประชากรพันคน จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้านโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และไม่สามารถรักษาหายขาดได้ มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ต้องทุพพลภาพ หรือมีชีวิตไม่ยืนยาวเท่าที่ควรเพราะคนส่วนมากที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มักไม่รู้ตัวว่าป่วย และไม่ได้รับการรักษา และเมื่อได้รับการรักษามักจะไม่ได้ผลเท่าที่ควร เพราะส่วนหนึ่งของคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูงอาจไม่มีอาการ จึงทำให้โรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร และอีกประการหนึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาหาย ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่างตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย หรือเกิดภาวะเลือดเกาะเข้าในผนังหลอดเลือดใหญ่ทำให้แตกได้ ดังนั้นการค้นพบได้เร็วและการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้นตลอดจนการเรียนรู้ข้อปฏิบัติและมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันไม่ให้อวัยวะอื่นถูกทำลาย (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542)โรคความดันโลหิตสูงนอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้วยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากผลกระทบทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถปฏิบัติงานได้เหมือนเดิม ซึ่งเป็นภาระต่อครอบครัวและยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมตามมา (บัณฑิตา คำโสม, 2550) กล่าวคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จึงเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาก็ทำให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต หากผู้ป่วยยังอยู่ในวัยทำงาน ทำให้ครอบครัวขาดผู้ที่เป็นกำลังสำคัญในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ประเทศชาติยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก

นอกจากความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สูงขึ้น ยังพบว่าอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงก็พบสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ดังการศึกษาพบว่าผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีระดับความดันโลหิต

ซิสโตลิก 130-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตในระดับต่ำกว่านี้ถึง 2 เท่า แม้ผู้ที่มียา 50 ปีที่มีความดันโลหิตปกติก็ยังมีโอกาสป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90 (Vasan RS, Beiser A, Seshachi S, & et al, 2002)

จากสถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ปีพ.ศ.2550 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยเป็นอันดับที่ 3 มีอัตราป่วย 26.10 ต่อประชากรพันคน และการตายเป็นอันดับที่ 5 คือมีอัตราการตาย 10.09 ต่อประชากรแสนคน

สำหรับโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ.เสาไห้ จ.สระบุรี เป็นโรงพยาบาล 30 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ และพื้นที่ใกล้เคียงโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา คือ โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ในปี พ.ศ. 2548 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 35 ปี จำนวน 7 คนจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,450 คน คิดเป็นร้อยละ 0.48 ในปี พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 35 ปี จำนวน 11 คนจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,565 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2550 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 35 ปี จำนวน 16 คน จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,731 คน คิดเป็นร้อยละ 0.92 (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลเสาไห้ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดสระบุรี, 2551) จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ถึงแม้จะเห็นเป็นตัวเลขจำนวนไม่มากแต่เมื่อเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอายุน้อยจะเป็นปัญหาที่สำคัญของครอบครัว สังคมและประเทศชาติต่อไป

ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุน้อยถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มแรก และมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ ส่งผลทำให้เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย และไตวาย ขึ้นได้ทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้นลงอีกประมาณ 10-20 ปี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)ภาวะความดันโลหิตสูงจะมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ประเทศชาติดังต่อไปนี้

ผลกระทบต่อบุคคลและคุณภาพชีวิตของบุคคล ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะคิดว่าสุขภาพของตนเองดียกว่คนปกติ และกังวลเรื่องสุขภาพมากกว่าคนปกติที่มีอายุ และเพศเดียวกัน จะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกชีวิตมีอันตรายและสูญเสียการมีสุขภาพดี จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกในชีวิต ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วย มีอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าความดัน

โลหิตสูงมาก ๆ อาจเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง และอาจมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัวได้ในเพศชาย และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่อาจเสียชีวิต หรือผู้ป่วยอาจพิการจากภาวะสมองขาดเลือดได้ ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป้าหมายที่เห็นชัดคือการที่ลดความดันโลหิตลงถึงระดับปกติ และควบคุมให้คงระดับปกติตลอดไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย สมศักดิ์ศรี และมีความสุข การบรรลุเป้าหมายนั้นต้องได้รับความร่วมมือระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติในครอบครัว (ศรีนภัสร์ เนตรณรงค์พร, 2551) แต่ความร่วมมือในการรักษานั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ยาที่ใช้ในการรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยาแล้วเกิดอาการไม่สุขสบาย ส่งผลกระทบต่อความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ทนรับประทานยาต่อไปไม่ได้ ผู้ป่วยก็อาจจะถูกประเมินว่าไม่ร่วมมือในการรักษา เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธภักดี, 2542) ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน สำหรับครอบครัวจะมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัวทั้งทางด้านการใช้จ่ายของครอบครัว ค่ารักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปตรวจรักษาตลอดชีวิต อีกทั้งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลอีกด้วย ในกรณีที่ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแล ผู้ดูแลจะรู้สึกหนักใจกับภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย ภาระที่เรื้อรังนี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด โกรธวิตกกังวล ท้อใจในสภาพชีวิตของตน จนอาจเกิดภาวะเครียดกับผู้ดูแลได้ ส่วนผลกระทบต่อชุมชน ถ้าประชาชนในชุมชนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากทำให้ห้องครัวหรือคนในชุมชนต้องมีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่การใช้แรงงานหรือการทำงานได้น้อยทำให้ชุมชนนั้น ๆ อ่อนแอลง

ผลกระทบต่อประเทศชาติ เนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล รัฐบาลจึงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน เนื่องจากต้องเป็นการรักษาตลอดชีวิต และถ้าเกิดโรคแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลต้องใช้ยาและเครื่องมือราคาแพง จะต้องจัดให้มีบุคลากรในการดูแลเพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงต้องใช้งบประมาณสูงขึ้น ในด้านของประสิทธิภาพของแรงงาน (Productivity) เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้คิดว่าตนเองมีภาวะความเจ็บป่วย มีสุขภาพไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ทำให้ทัศนคติการทำงานเปลี่ยนไป ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีผลกระทบต่อภาระงานทำให้รายได้ลดลง (Bolander, 2002)

เป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติให้นานที่สุด การควบคุมระดับความดันโลหิตต้องให้ได้น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท และการรักษาตามอาการเพื่อยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงของอาการ และภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย (Hart & Barkris, 2004) การควบคุมโรคความดัน

โลหิตสูงให้บรรลุนั้นต้องประกอบด้วยวิธีการรักษาพยาบาลสองประการ ประการแรกคือการปรับเปลี่ยนแผนในการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) และประการที่สองเป็นการรักษาโดยการให้ยา (Chobanain, et al., 2003) สำหรับการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตจะส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิต เช่น การจำกัดอาหารที่มีรสเค็ม และไขมันสูง การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดความตึงเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ผลดีของการลดระดับความดันโลหิตคือลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 35-40 ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจวายได้ร้อยละ 50 และการลดระดับความดันซิสโตลิกลง 12 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก 10 ปี (Cakir & Pinar, 2006)

สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูง พบในเพศชาย 23% และเพศหญิง 21% ในกลุ่มนี้ 71% ไม่เคยรู้ตัวมาก่อน และ 24% ได้รับการรักษา ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี มีโอกาสทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจระยะยาว และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมาก ดังนั้นควรมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อช่วยป้องกันคนที่ยังไม่เป็นโรคได้ทันเวลา และในกรณีที่เป็นโรคแล้วก็สามารถควบคุมได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา

ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ต้องร่วมรับผิดชอบภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในระดับปฐมภูมิ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มนี้มาก่อนเพื่อเป็นประโยชน์นำไปปรับใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในกรณีกลุ่มประชากรเสี่ยงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี และกรณีกลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า 35 ปีที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วก็จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในเขตอำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในคนอายุน้อยกว่า 35 ปี
2. เป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และทีมสุขภาพได้นำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่มีโรคประจำตัวอื่น และต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในเขตอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรีนี้ ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบจำลอง Precede-Proceed Model ของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter (Green, et al., 1999) เป็นแบบจำลองที่มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกัน ซึ่งได้จำแนกการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้นกรอบแนวคิดทฤษฎี มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) ที่มีแนวคิดว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual causal Assumption) ที่มีแนวคิดว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และสภาพทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) ที่มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคองค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม ความรู้ องค์ประกอบด้านประชาชน ได้แก่ การศึกษา ทักษะคิด ความเชื่อเบื้องต้น

Precede-Proceed Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผน และประเมินผล โครงการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพ โดยเฉพาะ Precede Model (ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 - ระยะที่ 5) ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป ส่วน Proceed Model (ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 6 - ระยะที่ 9) เป้าประสงค์หลักของ Precede-Proceed Model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (outcomes) มากกว่าที่ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการวิเคราะห์ Precede-Proceed Model เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 9 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม

จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุปัจจัยและประเมินปัญหาด้านสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : Q O L) ของประชากรเป้าหมาย ระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภคบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา

การวินิจฉัยระยะนี้ จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุชี้ว่ามีปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจุดเน้นของระยะนี้ ก็เพื่อจะระบุชี้สาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพ และไม่ใช่มิปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย

(1) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

(2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานโครงการและการใช้ทรัพยากร

(3) มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงานร่วมกัน

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ อย่างเป็นระบบ ระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านี้สามารถรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญ ของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้นๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้านการศึกษาได้โดยสรุป การวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม ที่ได้ระบุไว้ในระยะที่ 1 - 2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไปซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา

ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องฟังลงไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้น ๆ

ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย

ในระยะนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กร ซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่างๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ

เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ

เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานโครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง (predisposing, enabling, and reinforcing factors)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย

เป็นการประเมินผลรวมยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปีๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้

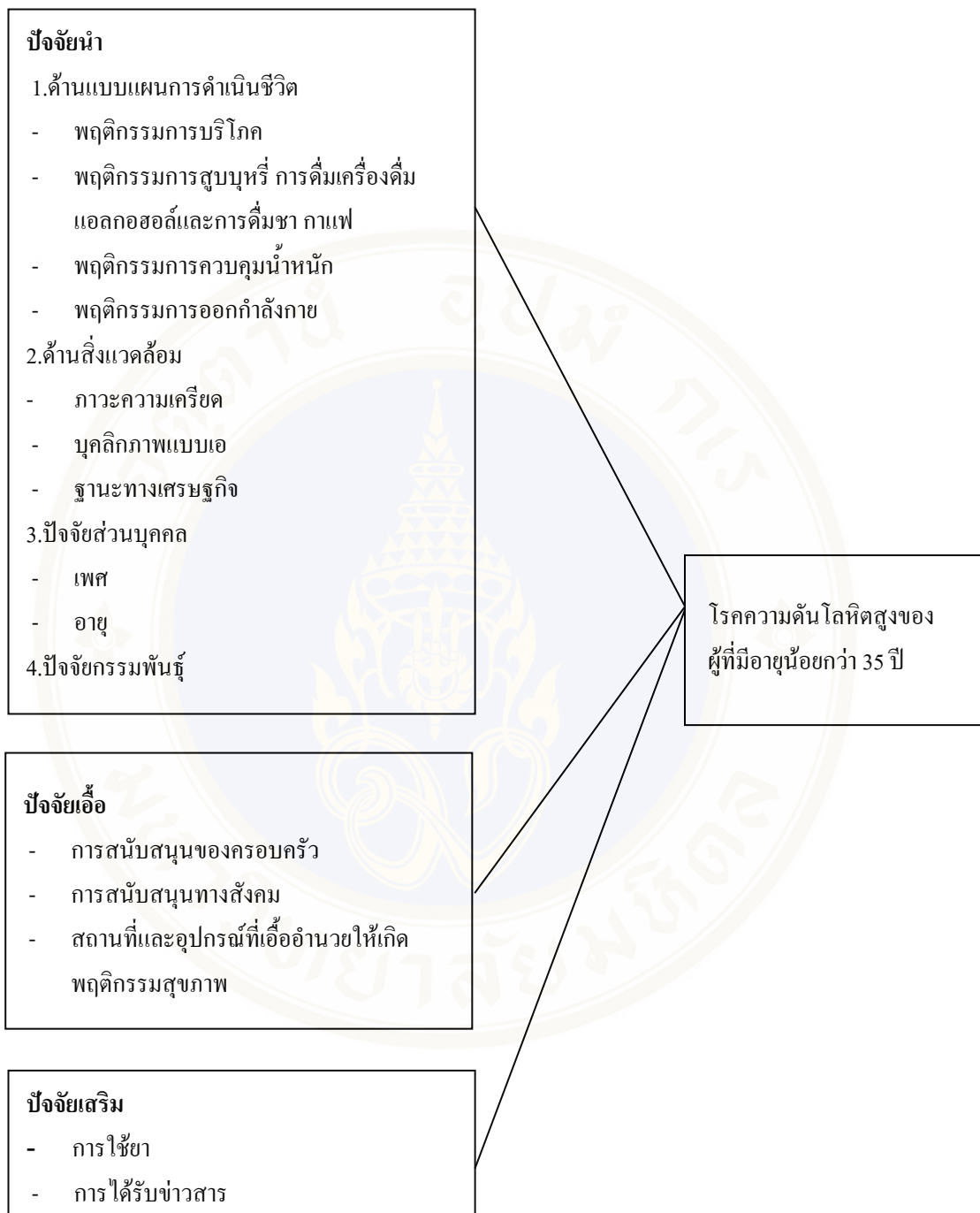
การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ซึ่งตรงกับกรอบแนวคิดในระยะที่ 3 คือ การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม และระยะที่ 4 คือเป็นขั้นตอนการวินิจฉัยด้านการศึกษา และการจัดองค์กร/ บริการ เพื่อเป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้ศึกษานำขั้นตอนนี้มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อเป็นการค้นหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค และเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรค กรีนและครูเตอร์ (Green, et al., 1999) ได้จำแนกการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมซึ่งผู้ศึกษานำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจมีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งประกอบประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุ เพศ กรรมพันธุ์และปัจจัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ได้แก่ การสนับสนุนทางครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม สถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับ หรือคาดว่าจะได้รับ อันเป็นผลมาจากการกระทำหรือพฤติกรรมของตนเช่นการใช้ยา การเสริมแรงที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ได้แก่ การได้รับข่าวสาร ซึ่งบุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

กรีนและคณะ (Green, et al., 1999) ได้นำปัจจัยทั้งสามมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกับปัจจัยดังกล่าว และจากการทบทวนแนวคิดของกรีนและคณะ (Green, et al., 1999) สามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ดังแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ได้มีการทบทวนองค์ความรู้ หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ โรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค โดยใช้ทฤษฎี Precede-Proceed Model (Green, Lawrence, Kruter, & Manshall, 1999) เพื่อสรุปผลการศึกษา และเอื้อต่อการนำผลการศึกษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในบทนี้จะครอบคลุมการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
 - ความหมาย
 - ระบาดวิทยา/ อุบัติการณ์
 - พยาธิสรีรวิทยา
 - อาการ และอาการแสดง
 - ภาวะแทรกซ้อน
 - การรักษา
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
3. ความดันโลหิตสูงในคนอายุน้อย
4. พฤติกรรมของผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูง
5. บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันในหลอดเลือด ขณะที่มีการบีบและคลายตัวของหัวใจ ความดันโลหิตมี 2 ค่า คือค่าความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่าง โดยมีหน่วยวัดเป็น มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน (Sphygmomanometer) วัดที่แขน

1. ค่าความดันโลหิตตัวบน หรือความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) คือ ค่าของแรงดันเลือดขณะที่หัวใจมีการบีบตัว เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย จะมีค่าสูง ซึ่งอาจจะสูงขึ้นตามอายุ ความดันช่วงบนในคน ๆ เดียวกัน อาจมีค่าแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลังกาย

2. ค่าความดันโลหิตตัวล่าง หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) คือค่าของแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจมีการคลายตัว เพื่อรับเลือดที่กลับจากไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมาแล้วจะมีค่าต่ำ

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตซิสโตลิกมีค่าเท่ากับ หรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถจำแนกระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. จำแนกตามเกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2009)

ตาราง 1 การจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ประเภท	ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)		ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)
ความดันโลหิตปกติ	< 120	และ	< 80
ภาวะก่อนเป็นความดันโลหิตสูง	120-139	หรือ	80-89
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	140-159	หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	≥ 160	หรือ	≥ 100

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในคนที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ตามเกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2009) กำหนดให้ระดับของความดันโลหิตที่ปกติมีความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตก่อนเป็นความดันโลหิตสูง (Pre hypertension) คือผู้ที่มีระดับความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงระดับ 1 คือผู้ที่มีระดับความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90-99 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 คือ ผู้ที่มีระดับความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หลักการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญคือ ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายให้นานที่สุด

2. จำแนกระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงร่วมกับความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลายจากภาวะแทรกซ้อน (World Health Organization, 2003 อ้างในประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2546) ซึ่งความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลายจากภาวะแทรกซ้อน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

2.2 ตรวจพบอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ อย่างน้อย 1 อย่าง

ต่อไปนี้

2.2.1 หลอดเลือดแดงบริเวณเรตินามีการตีบทั่วไป หรือ

เฉพาะส่วน

2.2.2 หัวใจห้องล่างซ้ายโต

2.2.3 ตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์หรือตรวจรังสี พบแผ่น

คราบไขมัน เกาะในผนังหลอดเลือดแดง

2.2.4 มีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน

หรือระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชาย และมากกว่า 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้หญิง (ปณิศา ลิ้มประวัณณะ และ กิตติศักดิ์ สุวรรณวิสุทธิ, 2546)

2.3 ตรวจพบทั้งอาการ และอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ได้แก่

2.3.1 สมอง เช่น สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โรค

หลอดเลือดสมอง สมองบวม

2.3.2 หัวใจ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจขาดเลือด หัวใจ

ล้มเหลว

2.3.3 ตา มีเลือดออกในเรตินา และอาจมีหรือไม่มีประสาท

ตาบวม

2.3.4 ไต ระดับของครีเอตินินในเลือดมากกว่า 20 มิลลิกรัม

ต่อเดซิลิตร

3. จำแนกตามค่าของความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้น

(National Heart, Lung, Blood pressure Institute, & National Institute of Health, 1997) แบ่งได้เป็น

3 ชนิด คือ

3.1 ความดันโลหิตสูงเฉพาะเมื่อหัวใจบีบตัว (isolated systolic hypertension) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท แต่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

3.2 ความดันโลหิตสูงเฉพาะเมื่อหัวใจคลายตัว (isolated diastolic hypertension) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท แต่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

3.3 ความดันโลหิตสูงทั้งเมื่อหัวใจบีบตัว และหัวใจคลายตัว (combined hypertension) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

4. จำแนกความดันโลหิตสูงตามสาเหตุ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

- ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential or idiopathic hypertension) พบมากถึงร้อยละ 90 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแม้ว่าจะยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่ก็มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ ภาวะเครียด อาชีพ แบบแผนการดำเนินชีวิต(สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

- ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวมาก่อน ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติที่ไต ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หลอดเลือด ระบบประสาท การใช้สารเคมีและยาบางชนิดซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ขาดความอ้วน ยาแก้ปวด ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาสเตียรอยด์ และภาวะการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

ระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูง

ประเทศไทย เป็นประเทศที่กำลังพัฒนาจากการเป็นประเทศเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรม มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านเศรษฐกิจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ วิธีการดำเนินชีวิตเลียนแบบประเทศทางตะวันตก พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดไขมันในเลือดสูงขึ้นเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แต่ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการ ผู้ที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงจึงมาพบแพทย์ช้า จึงได้รับการวินิจฉัยช้าก่อให้เกิดผลเสียต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุเกิน 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,606 คน มีเพียงร้อยละ 10.2 ที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 71.3 ของผู้ที่ทราบว่ามิฉะนั้นได้รับการรักษา และร้อยละ 61.5 ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาสามารถที่จะทำให้มีความดันโลหิตต่ำกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท (<http://www.followhissteps.com>, จากฐานข้อมูลของชมรมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2550) ซึ่งจากการศึกษาของรัตนภรณ์ เรืองทิพย์ (2543) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพทั้งในด้านการค้นพบเพื่อรักษา และการควบคุมให้ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปกติ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงเสี่ยงต่อการเกิด

พิการจากภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ซึ่งค่าความดันโลหิตปกติไม่ให้เกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอท (Hart & Barkris, 2004)

สำหรับประเทศไทยสำนักงานระบาดวิทยาได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในปี พ.ศ. 2550 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,047,153 ราย เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 114,115 ราย (ร้อยละ 10.9) ในจำนวนนี้มี ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ 30,350 ราย ภาวะแทรกซ้อนหลาย ๆ อย่างรวมกัน 9,201 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางไต 7,781 ราย และมีภาวะแทรกซ้อนจากอัมพฤกษ์-อัมพาต 6,525 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 26.60, 8.06, 6.82 และ 5.72 ของภาวะแทรกซ้อนตามลำดับ (สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

อุบัติการณ์

โรคความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณ 5-10% ของคนทั่วไป ส่วนมากจะเริ่มเป็นในคนที่มียาอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และเป็นความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิพบมากถึงร้อยละ 90 และ ร้อยละ 10 ที่อาจพบในคนอายุต่ำกว่า 30 ปี ซึ่งอาจเป็นความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิร่วมด้วย (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2551)

พยาธิสรีรวิทยาโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่ทราบสาเหตุ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นมาทีละน้อย มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่เป็นโรคก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง ๆ มีทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุและกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยมักมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลไกการเกิดอาจเกี่ยวข้องกับการที่ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) มีการทำงานมากขึ้น การสร้างฮอร์โมนบางชนิดที่มีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมากผิดปกติ การรับประทานเกลือโซเดียมมากผิดปกติหรือมากเป็นเวลานาน การรับประทานโปแตสเซียมและแคลเซียมไม่เพียงพอ การหลั่งเร็นนินมากผิดปกติ การขาดสารขยายหลอดเลือด เช่น โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ความผิดปกติแต่กำเนิดของเส้นเลือด ความอ้วน และการเปลี่ยนแปลงในการขนส่งไอออนผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อความดันโลหิตโดยการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที (Cardiac output) และหรือการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด (Peripheral resistance) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) จึงทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นเนื่องจาก $Blood\ pressure\ (BP) = Cardiac\ output\ (Co) \times Peripheral\ resistance\ (PR)$ ดังนั้นถ้ามีสาเหตุใดทำให้ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งในสมการนี้เปลี่ยนแปลงไปก็จะทำให้ค่า Cardiac Output เปลี่ยนแปลงไปด้วย ทั้งนี้ถ้า Cardiac Output มากขึ้นจะทำให้ความดันโลหิตสูงตามไปด้วย

นอกจากนั้นระบบประสาทก็มีความเกี่ยวข้องในการเกิดโรคเช่นกัน โดยระบบประสาทส่วนกลางนั้นถ้ากระตุ้นบริเวณ Hypothalamus ความดันโลหิตจะสูงขึ้น เพราะเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ซึ่งจะส่งผลต่อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และส่งผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัวมากขึ้นเป็นการเพิ่ม Total Resistance ถ้าการกระตุ้นนี้เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ๆ จะมีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวร ภาวะไตบกพร่องไม่สามารถขับโซเดียมออกได้ในปริมาณที่เพียงพอ (Williams, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) โซเดียมที่เหลือยู่มากจะทำให้เกิดการเพิ่ม Plasma และ Extracellular Fluid และจะส่งผลทำให้เกิด Cardiac output เพิ่มขึ้นจนเป็นความดันโลหิตสูง

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงมักไม่ชัดเจน ความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือระดับปานกลางมักจะไม่มีอาการใดๆ แต่อวัยวะจะถูกทำลายไปทีละน้อย จนเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตเสื่อมสมรรถภาพ อัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ความดันโลหิตสูงจึงได้รับการขนานนามว่า “ฆาตกรเงียบ” ถ้าความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงผู้ป่วยอาจเกิดอาการเหล่านี้ เช่น เลือดกำเดาออก ตามองไม่เห็น เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ปวดศีรษะตุบๆ เป็นต้น แต่อาการเหล่านี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่นก็ได้ เช่น ไข้ เครียด หรือไมเกรน (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง อาจพบได้ที่อวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

หัวใจ ความดันโลหิตสูงส่งผลทำให้หลอดเลือดหัวใจหนาตัว และแข็ง ทำให้หัวใจโตหรือหัวใจล้มเหลว จึงทำให้เกิดอาการเหล่านี้ได้ หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือหายใจเหนื่อยหอบ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549)

สมอง ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุอัมพาต อัมพฤกษ์ ที่พบบ่อยเกิดจากเกร็ดเลือดอุดตันหลอดเลือดเล็กๆ หรือเกิดจากหลอดเลือดในสมองแตกทำให้เลือดออกในสมอง (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549)

ไต เป็นอวัยวะที่มีหลอดเลือดมากที่สุดในร่างกาย ทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือด ความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อหลอดเลือดไต คือทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ไตจึงเสื่อมสมรรถภาพจนถึงขั้นไตวายเรื้อรัง อาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง คือปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขาบวมตอนสาย หากเป็นมากจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรงจากภาวะซีด ซึ่งมักพบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และคลื่นไส้ อาเจียน ชีบลงในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายๆ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549)

ตา ความดันโลหิตสูงมีผลต่อหลอดเลือดที่ตา เช่น เลือดออกที่จอตา หลอดเลือดเล็กๆ ที่จอตาอุดตันหรือทำให้จอตาหลุดลอกออกมาได้ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใดๆ หรือตามัวจนถึงตาบอดได้ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549)

ผลกระทบของความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่าง ๆ มีดังนี้

- หัวใจ จะทำงานชดเชยต่อภาวะความดันโลหิตสูงโดยการเพิ่มความหนาของผนังหัวใจเวนตริเคิลซ้ายโต การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลง ห้องหัวใจซ้ายขยายขึ้น และปรากฏอาการของภาวะหัวใจวายตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)
- ระบบประสาท การเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอตา และระบบประสาทส่วนกลาง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือตามัว หรืออาจทำให้ตาบอดได้ และในส่วนของระบบประสาทส่วนกลางเสื่อมหน้าที่นั้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย มึนงง เวียนศีรษะ รู้สึกบ้านหมุน หูอื้อ ตาพร่ามัว หรือเป็นลม ถ้าอาการรุนแรงจะมีอาการของเส้นเลือดอุดตัน ตีบ แดก เป็นอัมพฤกษ์ – อัมพาตได้
- ไต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้อัตราการกรองที่ไตลดลง จะมีภาวะไตวายตามมา

การรักษา

เป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูงคือการลดความดันโลหิตให้ลงมาสู่ปกติและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การรักษาความดันโลหิตจึงมีทั้งการรักษาที่ไม่ใช้ยา และการรักษาที่ใช้ยา ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

1. การรักษาความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacologic treatment) ใช้ได้ทั้งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย และผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลางและความรุนแรงโดยใช้ควบคู่ไปกับการใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นการปฏิบัติตนนอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตสูง แล้วยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

การรักษาโดยวิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่

1. การลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10-20 ของน้ำหนักมาตรฐานในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยลดน้ำหนักได้ > 4.5 กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในระดับปกติได้ การลดน้ำหนักต้องปรับเปลี่ยนแบบแผน นิสัยการ

รับประทานอาหาร ผู้ป่วยจึงควรได้รับการแนะนำเรื่องชนิดของอาหาร การเลือกแคลอรี และแคลอรีที่ตนเองควรจะได้รับ การเรียนรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีแคลอรีต่ำและอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ

2. การลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ การจำกัดอาหารเค็มจะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ ปริมาณโซเดียมที่รับประทานในวันหนึ่งๆ ให้ประมาณ 2,000 มิลลิกรัมหรือต่ำกว่า โดยผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ตระหนักและคำนึงถึงการเลือกรับประทานอาหารและควรพบนักโภชนาการ เพื่อปรึกษาอาหาร

3. การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เนื่องจากการที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูงส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรต้องเรียนรู้เรื่องอาหารจากนักโภชนาการเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลให้น้อยกว่า 200 มิลลิกรัม/ดล. ลด Low density lipoprotein น้อยกว่า 140 มิลลิกรัม/ดล. และเพิ่ม high density lipoprotein มากกว่า 40 มิลลิกรัม/ดล.

4. ลดการดื่มแอลกอฮอล์ คนที่ดื่มสุรามากจะทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงขึ้นและถ้าดื่มเป็นประจำจะทำให้ขาดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกิน 1 ออนซ์/วัน ในผู้ป่วยชายและไม่เกินครึ่งออนซ์/วัน ในผู้หญิง

5. การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดหดตัวทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยลง รวมทั้งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้อย่างกันเบต้าและสูบบุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยา

6. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีผลทำให้ลดความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายทำให้ระดับ Catecholamine ลดลง จึงลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ช่วยเพิ่มการเผาผลาญไขมัน จึงช่วยเสริมการลดน้ำหนักในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีรูปร่างอ้วนด้วย

7. การจัดการกับความเครียด เนื่องจากความเครียดซึ่งพบได้ในบุคคลที่มีบุคลิกภาพชนิดเอ (Type A Personality) ส่งผลทำให้เพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้ ดังนั้นการเรียนรู้ทักษะในการเผชิญหรือจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. การรักษาความดันโลหิตสูง โดยการใช้ยา (Pharmacologic treatment) กลุ่มยาที่ควบคุมความดันโลหิตที่ใช้กันบ่อยมีดังนี้

กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics drugs) ตัวอย่างเช่น ฟูโรซีไมด์ (Furosemide), สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) และ ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) (Mycek,

Harvey, Champe & Fisher, 2000) จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยการลดการทำหน้าที่ของไตในการดูดกลับ เกลือโซเดียม และน้ำ ดังนั้นจึงมีผลทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง มีการออกฤทธิ์ค่อนข้างเร็ว แต่ไม่เจ็บพลัน นิยมใช้ในขนาดน้อยที่สุดจะได้ผล ไทอะไซด์ ไดยูเรติก (Thiazide-type diuretics) เป็นยาตัวแรกที่ใช้ในโรคความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปยาขับปัสสาวะจะเพิ่มประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิตเมื่อใช้ร่วมกับยาหลายตัว ดังนั้น ไทอะไซด์ ไดยูเรติก (Thiazide-type diuretics) จึงควรใช้ในการเริ่มต้นการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยอาจใช้เดี่ยว ๆ หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น ได้แก่ ยากันเบต้า (Beta-blocker) แองจิโอเทนซิน รีเซปเตอร์ บล็อกเกอร์ (Angiotensin receptor blocker) แคลเซียมแชนเนล บล็อกเกอร์ (Calcium channel blocker)

กลุ่มยาปิดกั้นเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta Adrenergic Receptor Blocking

Drugs: ARBs) ตัวอย่างเช่น เอทีโนลอล (Atenolol) เบต้าโซล (Betaxole) และโพรพานอลอล (Propranolol) เป็นต้น จะออกฤทธิ์โดยไปรวมกับตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta adrenergic receptors) ที่มีอยู่ในหัวใจ และหลอดเลือดแดงเพื่อที่จะหยุดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (Cardiac output) มีการออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตทันที แต่กว่าจะได้ผลเต็มที่อาจใช้เวลานานเป็นสัปดาห์ ในผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยากลุ่มนี้ อาจมีอาการข้างเคียง เช่น ชีพจรเต้นช้า เหนื่อยล้า หรือนอนไม่หลับ (Mycek et al., 2000) ยาในกลุ่มนี้มีข้อห้ามสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง และมีหอบหืดรวมด้วย (Asthma) เนื่องจากยากันเบต้า (Beta-blockers) จะทำให้ภาวะหอบหืดรุนแรงขึ้น และยาในกลุ่มนี้อาจทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง ยากลุ่มนี้ควรรับประทานในช่วงเย็นเพื่อความสะดวก และเหมาะสมสำหรับผู้มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ

กลุ่มยาด้านแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme : ACE – Is)

หรือเอสอินฮิบิเตอร์ ตัวอย่างเช่น แคปโทพริล (Captopril) อีนาลาพริล (Enalapril) และไลซีนอพริล (Lisinnopril) เป็นต้น จะลดความดันโลหิต โดยยับยั้งเอนไซม์ ACEI ในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน วัน (angiotensin I) ให้เป็นแองจิโอเทนซิน ทู (angiotensin II) ซึ่งเป็นตัวการทำให้หลอดเลือดหดตัว และหนาตัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การลดลงของแองจิโอเทนซิน ทู (angiotensin II) ยังทำให้การสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ลดลง ลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม ทำให้ความดันลดลงอีกทางหนึ่ง กลุ่มนี้มีทั้งออกฤทธิ์ค่อนข้างสั้นต้องให้อย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง และออกฤทธิ์ระยะยาวสามารถให้ได้เพียงวันละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ไอแห้ง มีผื่นขึ้น ยากลุ่มนี้ถูกนำมาใช้รักษาผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง หรือภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent) โดยอาจให้การรักษาพร้อมกับยากลุ่ม Calcium Channel blockers (Mycek, Harvey, Champe, & Fisher, 2000)

กลุ่มยาด้านแคลเซียม (Calcium Channel blockers: CCBS) ตัวอย่างเช่น แอมโลดิปีน (Amlodipine) และดิทไทอะเซม (Diltiazem) เป็นต้น จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือดส่งผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง เนื่องจากแรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือดลดลง มีการออกฤทธิ์ค่อนข้างนาน 12-24 ชั่วโมง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า ท้องผูก (Mycek, et al., 2000) ยากลุ่มนี้ใช้รักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง หอบหืด หรือภาวะของโรคปอดเรื้อรัง โดยอาจให้ร่วมกับยากลุ่มขับปัสสาวะ หรือยากลุ่มเอสอินฮิบิเตอร์ (Mycek, et al., 2000)

ยากลุ่มต้านแองจิโอเทนซินวัน (Angiotensin I antagonists) ตัวอย่างเช่น โลซาแทน (Losartan) และวาลซาแทน (Valsartan) ยากลุ่มนี้สามารถใช้แทนกลุ่มยาเอสอินฮิบิเตอร์ เนื่องจากไม่มีอาการข้างเคียงของอาการไอแห้ง ๆ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น เวียนศีรษะ บวมตามมือ และเท้า (Mycek, et al., 2000)

กลุ่มยาปิดกั้นแอลฟาอะดรีเนอร์จิก (Alpha-adrenergic blocking agents) ตัวอย่างเช่น พร่าโซซิน (Prazosin) ออกซาโซซิน (Oxazocin) และเทอราโซซิน (Therazosin) ฤทธิ์ของยายังไม่ทราบแน่ชัด แต่จะไปทำให้หลอดเลือดฝอยขยายตัว ก็อาจจะมีผลโดยตรงต่อหลอดเลือดแดง ลดความต้านทานของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ส่วนมากใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะจะลดความดันโลหิตได้ดีพอสมควร

กลุ่มยาเบต้าบล็อกเกอร์ (Beta-blockers) หรือ กลุ่มยาขับปัสสาวะเพื่อเสริมฤทธิ์ในการควบคุมระดับความดันโลหิต อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน ง่วง อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย แต่มีอาการอื่นที่พบได้บ้าง ได้แก่ บวม หายใจหอบ เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว หงุดหงิด ผื่นคัน ถ้าขับปัสสาวะบ่อย ตามัว เลือดกำเดาออก เหงื่อออกมาก ปวดข้อ เม็ดเลือดขาวต่ำ กรดยูริก และกรดยูเรีย มีระดับสูงในเลือด

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) พบมากได้ถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

องค์การอนามัยโลกระบุสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุว่ามีหลายปัจจัยซึ่งคาดว่าความสัมพันธ์กับกรรมพันธุ์ และการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม และไขมันสูง การมีน้ำหนักตัวเกิน การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และความเครียด (World Health Organization, 2003) และสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2551)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า มี 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style)

1.1 พฤติกรรมการบริโภค

การรับประทานอาหารเค็ม กลไกยังไม่ชัดเจนแต่เชื่อว่าเกลือมีผลเพิ่มปริมาตรเลือดในร่างกาย ทำให้กลไกการตอบสนองของระบบหัวใจหลอดเลือดและไต ต่อระบบประสาทซิมพาเทติกสูงขึ้น รวมทั้งกลไกของระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Rennin angiotensin-aldosterone system) ด้วย (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2543)

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่บริโภคโซเดียมน้อยมักไม่ค่อยพบความดันโลหิตสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งต่างจากชีวิตในปัจจุบันที่บริโภคโซเดียมเพิ่มมากขึ้น จึงมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (Vikrant & Tiwari, 2001)

จากการศึกษาของ นิภา จรูญเวสม์ (2548) พบว่าการรับประทานอาหารรสเค็มที่มีเกลือโซเดียมสูง จะไปเพิ่มการดูดซึมกลับของน้ำในหลอดเลือดแดงทำให้ผนังหลอดเลือดตึงตัว ความดันโลหิตจึงสูงขึ้นได้

จากการศึกษาของแซค (Sack, 2001 อ้างใน วิมลนิจ สิงหะ และประไพ กิตติบุญถวัลย์, 2548) พบว่าการจำกัดการรับประทานเกลือประมาณ 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัม หรือ โซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท ส่วนการรับประทานอาหารเฉพาะผักและผลไม้จำนวนมากสามารถลดความดันโลหิตได้น้อยกว่าการลดอาหารเค็ม

จากการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (2545) พบว่า ถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัมต่อวัน จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 10 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท ในทางปฏิบัติควรแนะนำให้เพิ่มรสเค็ม พยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น ของดอง ของเค็ม หรือของที่มีปริมาณเกลือสูง เช่น กะปิ น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น และระมัดระวังการใช้สารอาหารที่มีจำนวนโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส

จากการศึกษาโครงการลดเค็ม ลดความดัน ป้องกันอัมพฤกษ์-อัมพาต ปี พ.ศ. 2549 พบว่าขณะนี้คนไทยนิยมบริโภคอาหารรสเค็ม ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของอาหารรสจัด เช่น อาหารประเภทยำ ก๋วยเตี๋ยวต้มยำ ซึ่งจะต้องใส่เครื่องปรุงมากกว่าปกติ รวมทั้งยังมีขนมขบเคี้ยว ทำให้ปริมาณเกลือมีมากกว่าจำเป็นของร่างกายถึง 3 เท่า ทั้งที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ควร

ได้รับเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน แต่ค่าเฉลี่ยอาหารที่คนไทยบริโภคมีเกลือสูงถึง 3 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งการรับประทานเค็มจะส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงต่อไป (อ้างอิงใน <http://www.thainn.com>)

การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตมีหลักการที่สำคัญ คือ ลดการบริโภคโซเดียมให้เหลือ 2,400 มิลลิกรัม/วัน หรือ โซเดียมคลอไรด์ 5 กรัมต่อวัน (เกลือแกง 1 ช้อนชา) จะทำให้ ความดันซิสโตลิกลดลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian, et al., 2003) หลักเกี่ยวกับการรับประทานอาหารแปรรูป และกึ่งสำเร็จรูปต่าง ๆ อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง และอาหารอบแห้ง แซลิม (ครุณีวัลย์ วโรดมวิจิตร, 2548) แนวทางการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ควร จะเน้นให้ได้พลังงานที่เพียงพอ เลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การรับประทานอาหารสำหรับ ความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to stop Hypertension (DASH)) คือการรับประทานผัก และ ผลไม้มากขึ้น และลดอาหารประเภทแป้ง รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ จำกัดอาหารที่มีกรดไขมัน อิ่มตัวสูง เช่น ไขมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว โปแตสเซียม และแคลเซียมสูง (Elmer, et al., 2006) พบว่าผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง สามารถลดความดัน โลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับประทานอาหาร ไขมัน ทอด อาหารปรุงด้วยกะทิ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความดันไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (อัญชลี ศรีสวัสดิ์, 2544)

1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มกาแฟ

1.2.1 การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และ ความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่คนสูบบุหรี่ในระยะแรกมักจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดหดตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ แต่คนที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานอาจไม่ สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ซึ่งยังอธิบายไม่ได้ชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) การลดหรือเลิก บุหรี่มีผลดีต่อการแข็งตัวของเลือด ระดับไขมันในเลือด และคนที่สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ สูบพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่า เช่น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่า โรค หลอดเลือดโคโรนารี 2 เท่า การลดภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง และถือเป็นหนึ่ง ในวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในที่เริ่มมีความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์, 2545)

จากการศึกษา พบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (พูนรัตน์ ลิขิตกุล, 2543) และพบว่าการสูบบุหรี่ 2 มวนต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น 8 มิลลิเมตรปรอท (นิภา จรูญเวสร์, 2548)

1.2.2 การดื่มแอลกอฮอล์ เชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผล ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการศึกษาเพิ่มเติมได้ยืนยันว่าการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักจะเพิ่มความ

ดันโลหิตสูงได้จริง โดยบุคคลที่ดื่มเอทานอลแอลกอฮอล์ (ethanol alcohol) ประมาณ 2 ออนซ์/วัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มม.ปรอท แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนนักว่ากลไกเป็นอย่างไร อาจจะมีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ เพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคลเซียมอิสระในเซลล์ เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัว หรือเส้นเลือดสมองส่วนกระดูก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

จากการศึกษา พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (พูนรัตน์ ลียติกุล, 2543) และพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นหรือมากกว่า 1 แก้ว หรือ 14 กรัมของเอทานอลแอลกอฮอล์ต่อวัน มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น และยังดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นระดับความดันโลหิตจะยิ่งสูงขึ้น การลดการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยกว่า 14 กรัมต่อวัน จะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ 1 มิลลิเมตรปรอท (Cushman, 2003 อ้างใน ริริ์ พิมมานุรักษ์, 2550) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกวันในปริมาณ 20.0-39.9 กรัมของแอลกอฮอล์บริโภคสุราหรือเทียบได้กับเบียร์ 1-2 ขวดต่อวัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนไม่ดื่มถึง 2 เท่า (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2549) และพบว่าการดื่มสุรามีผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยพบว่าอัตราการดื่มสุรา/ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของเพศชายมีมากกว่าเพศหญิงเกือบ 3 เท่าโดยแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ตามกลุ่มอายุพบว่าวัยรุ่นชายมีอัตราการดื่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2547 และเพิ่มเป็น 2 เท่าในวัยผู้ใหญ่ ผลของการดื่มสุราทำให้เพศชายที่ดื่มสุราเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.7 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ดื่มสุรา (กุศล สุนทรธาดา, 2550) นอกจากนั้นการดื่มแอลกอฮอล์ยังมีผลด้านยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทำให้ยาออกฤทธิ์ได้น้อยลง ดังนั้นการลดหรือการเลิกการดื่มแอลกอฮอล์ ควรอยู่ในแผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Cushman, 2003 อ้างใน ริริ์ พิมมานุรักษ์, 2550)

1.2.3 การดื่มกาแฟ ในการดำเนินชีวิตประจำวันการดื่ม

เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ผลของคาเฟอีนอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (บรรหาร กอนันตกุล, 2546) การดื่มกาแฟมากกว่า 10 ถ้วย/วัน อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน มีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็กระตุ้นศูนย์ประสาททากัส ซึ่งมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดด้วย การมีฤทธิ์ที่ส่งผลต้านกันทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยการวิเคราะห์ผลงานวิจัย (meta-analysis) เกี่ยวกับผลของการดื่มกาแฟต่อระดับความดันโลหิต โดยให้กลุ่มตัวอย่างดื่มกาแฟประมาณ 5 ถ้วยต่อวัน เป็นระยะเวลาประมาณ 56 วัน พบว่ากลุ่มที่ดื่มกาแฟมีความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 2.4 และ 1.2

มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ (Jee, et al, 1999 อ้างใน วิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญถวัลย์, 2548) ดังนั้นการจำกัดการดื่มกาแฟมีผลดีต่อการลดระดับความดันโลหิต

1.3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ความอ้วน เนื่องจากคนอ้วนคือคนที่มีความดัชนีมวลกาย (Body mass index) เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² การลดน้ำหนักลงประมาณ 2-4 กิโลกรัม จะทำให้ปริมาณเลือดที่สูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง ความดันโลหิตลดลง ทำให้ไขมันในหลอดเลือดลดลง หรือผู้หญิงที่มีเส้นรอบเอวขนาด 35 นิ้วหรือ 89 เซนติเมตรขึ้นไปและผู้ชายที่มีเส้นรอบเอวขนาด 40 นิ้วหรือ 102 เซนติเมตรขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม 5-10 เท่า ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและหลอดเลือดหัวใจ (Chobanian, et al., 2003; บัณฑิตา คำโสม, 2550) แต่เกณฑ์รอบเอวมาตรฐานของ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้เกณฑ์รอบเอวมาตรฐานของรอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 32 นิ้ว รอบเอวผู้ชายไม่เกิน 36 นิ้ว มีการศึกษาพบว่าการลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัมของคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูงจะช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003)

จากการศึกษาของรณชัย สิทธิเลิศ (2546) พบว่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าในคนที่มีความดันโลหิตสูงระหว่าง 20-39 ปี ถ้ามีน้ำหนักตัวเกินจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนน้ำหนักปกติถึง 2 เท่า คนกลุ่มนี้มักได้รับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้มีระดับอินซูลินในเลือดสูง (hyperinsulinemia) ตามมาด้วย ภาวะอ้วนจะทำให้การขับถ่ายโซเดียมออกจากร่างกายลดลงและยังทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกผิดปกติไปด้วย คนอ้วนมักมีระดับไขมันในเลือดสูงซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้หลอดเลือดตีบแข็ง และเกิดความดันโลหิตสูงได้ (ฉวีวรรณ อุณาภิรักษ์, 2543)

1.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน ผลดีของการออกกำลังกายคือจะมีการหลั่งสารเอนโดर्फิน (endorphins) ซึ่งทำให้นึกคลนั้นรู้สึกมีความสุข และเพิ่ม high density lipoproteins (HDL) ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการที่ลดความเครียดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) การออกกำลังกายที่ถูกต้องควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้งๆ ละ 30 นาที โดยการเดินหรือวิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เล่นกีฬาเป็นต้น ควรเริ่มแต่น้อยก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย อย่าออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงเบ่งเป็นการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม เช่น ยกน้ำหนัก วิดพื้นเป็นการออกกำลังกายอย่างหนัก ร่างกายต้องการเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น โดย

เฉพาะที่กล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจ จึงทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นขณะที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อันเนื่องมาจากอัตราการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น (อรสา พันธักดี, 2542) จากการศึกษาของสมาคมฮาวาร์ด พบว่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย และพบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มอร์ตัน (Morton, 2003 อ้างในริร์ พิมมานุรักษ์, 2550) นอกจากนี้การศึกษาของกมลรัตน์ ปานทอง (2548) ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การขี่จักรยาน การเดิน การรำไม้พลอง มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เพราะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายโดยใช้ออกซิเจน ทำให้ระดับแคทีโอรามีน (catecholamine) ลดลง จึงลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและช่วยเพิ่มการเผาผลาญไขมัน

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental Background) ประกอบด้วย

2.1 อิทธิพลทางจิตวิทยา และสังคม การเปลี่ยนแปลง และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นผลต่อกระบวนการทางจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มความดันโลหิต โดยเฉพาะความเครียดในชีวิตประจำวัน ความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เชื่อว่าความเครียดมีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก โดยไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลั่งทั้งอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตขึ้นในทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นบางครั้ง และกลับสู่ระดับปกติได้ ถ้าร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดเป็นเวลานานก็จะทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2543)

จากอุบัติการณ์ทางระบาดวิทยา ทำให้มีหลักฐานแน่ชัดในความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความดันโลหิตสูง ความเครียดด้านจิตใจจึงถูกพิจารณาเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Linden, Leng., & Pdon, 2001)

ในงานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ทำการวิจัยระดับความดันโลหิตของผู้ประสบเคราะห์ที่เป็นความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์ไม่สงบในเมืองนิวยอร์ก พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ประสบเคราะห์ที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากเหตุการณ์ไม่สงบเกิดขึ้น 2 เดือนไปแล้ว โดยเทียบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ประสบเคราะห์ในกลุ่มเดิมก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่สงบ 2 เดือน (Gerin et al, 2005 อ้างใน สิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2550)

จากการศึกษาพบว่าความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พูนรัตน์ ลีขัติกุล, 2543) และพบว่าภาวะความเครียดติดต่อกันเป็นเวลานานจะร่วมกับการมีกรรมพันธุ์ของความดันโลหิตสูงหรือไม่ก็ตามจะทำให้ความดันโลหิตสูงได้ (นิภา จรูญเวสน์, 2548) นอกจากนี้สกอตต์ (Scott, 2007) ยังเสนอแนะว่า

การจัดการกับความเครียดเพื่อลดความดันโลหิต 5 วิธีซึ่งเป็นวิถีธรรมชาติไม่มีผลข้างเคียง ได้แก่ การทำสมาธิ การฝึกโยคะ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจลึก การฝึกหายใจ และดนตรีบำบัด พบว่ากิจกรรมทั้ง 5 ชนิดสามารถลดความดันโลหิตได้

สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเฉพาะด้านจิตใจของครอบครัวที่มีความสุขจะช่วยลดความเครียด ทำให้บุคคลสามารถเผชิญต่อปัญหาได้มากขึ้น และสามารถช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้ การขาดคู่สมรสจะทำให้รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ขาดที่ปรึกษาและขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอบโยนและให้กำลังใจ (Caplan, 1974 Cited in Wortman & Conway, 1985 อ้างใน สมจิตร สุทชนะ, 2543)

จากการศึกษาของสุภารัตน์ ลิขิตภูมิ (2544) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพในครอบครัว ในกรณีที่ เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบหลายด้านทั้งการหารายได้ และการเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัวซึ่งมีผลให้เกิดความเครียดและส่งผลให้มีความดันโลหิตสูงได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลภัก ลำราญจิตร (2538) พบว่าบุคคลที่เป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งเป็นหลักของครอบครัวมีภาระต้องรับผิดชอบ ต้องทำงานเพื่อให้ได้เงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.2 บุคลิกภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (Type A Personality) หมายถึง คนที่แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง ทะเยอทะยานมักไม่พึงพอใจในสิ่งต่างๆ ชอบทำงานตลอดเวลาและชอบทำงานภายใต้ความกดดันหรือเงื่อนไขต่างๆ ทุ่มเตในการทำงานมักจะรู้สึกว่าไม่มีเวลาไม่พอต้องเอางานกลับไปทำที่บ้านหรือในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ ชอบที่จะแข่งขันกับตัวเองและตั้งมาตรฐานต่างๆ ไว้อย่างสูง มักจะมีความหงุดหงิดไม่สบายใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงานและมักจะอารมณ์เสียเกี่ยวกับการทำงานของผู้อื่น มักจะมีความเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมีรายงานว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะมีระดับของความโกรธสูงกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

2.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่าการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความคับข้องใจหรือความไม่พอใจในฐานะความเป็นอยู่ (Beare Myers, 1990 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

ความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนที่มียาได้น้อยและการศึกษาคำ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากมีความเครียดและการจัดการกับความเครียดแบบไม่ถูกวิธี การเคลื่อนย้ายจากชนบท ไปสู่เขตเมืองพบว่ามีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (เยาเวส วิสูตร โยธินและคณะ, 2548) ซึ่งขัดแย้ง กับการศึกษาของรัตนารักษ์ เรื่องทิพย์ (2543) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโรค ความดันโลหิตสูงดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ และยังพบว่าอาชีพที่ต่างกันทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มที่มีบ้านานามีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่องโรคความดันโลหิตสูงดีกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพรับจ้าง นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุรชาติพิญ รุ่งเรืองอนันต์, 2544 อ้างในบัณฑิตา คำโฮม, 2550)

3. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factor) ประกอบด้วย

3.1 กรรมพันธุ์ การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ไม่ชัดเจน ยังอธิบายไม่ได้ แต่พบว่าถ้าครอบครัวใดมีพ่อแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งคู่ จะทำให้รุ่นลูกพบได้ 1 ใน 2 คน แต่ ถ้าพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็น โอกาสในรุ่นลูกจะพบ 1 ใน 3 คน ในขณะที่ครอบครัวปกติโอกาส เกิดโรคความดันโลหิตสูงในรุ่นลูกจะพบเพียง 1 ใน 20 คน (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2543) และยัง พบว่าผู้ที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เคยมีความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (Tozawa et al.2001 อ้างใน สิริรัตน์ ธิลาจารัส, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าพบประวัติคนใน ครอบครัวมีภาวะความดันโลหิตสูง บุคคลในครอบครัวนั้นจะมีภาวะความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น (รณชัย สิทธิเลิศ, 2546)

3.2 เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศ หญิงในช่วงที่อายุน้อยกว่า 60 ปี และพบว่าเพศชายมีอัตราการตายหรือพิการจากโรคหัวใจและ หลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง แต่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามากกว่าเพศหญิง (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542) และในระดับอายุที่มากกว่า 60 ปี เพศหญิงจะมีอัตราการมีภาวะความดัน โลหิตสูงกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน โดยเพศหญิงมากกว่า 60 เปอร์เซ็นต์จะมีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของเรนินในกระแสโลหิต ทำให้มีผลต่อ การควบแน่นกลับสู่ร่างกายมากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน (Olson JP, 2000)

จากการศึกษาของชุตินา อัดถการ โกวิท (2543) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 เชื้อชาติ พบว่าชาวผิวดำในสหรัฐอเมริกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวผิวขาวทั้งเพศชายและเพศหญิง (American Heart Association, 2006) และพบว่าเริ่มเป็นในอายุน้อยกว่า และมีความรุนแรงของโรคเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนผิวขาว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

3.4 อายุ พบว่าอายุมากขึ้นเท่าไร ยังมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของชาวอเมริกาที่อายุ 60 ปีหรือมากกว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Appel, 1999) จากการศึกษาพบว่าความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยในเพศชายจะมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตตามอายุเร็วกว่าเพศหญิง แต่ความสัมพันธ์นี้จะค่อย ๆ ลดลงเมื่ออายุเข้าสู่ 50 ปี ซึ่งผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไปจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น 2 เท่า (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนภรณ์ เรืองทิพย์ (2543) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความดันโลหิตสูงในคนอายุน้อย

โรคความดันโลหิตสูงยังเกิดในคนอายุน้อยเท่าไร เมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีอันตรายต่อร่างกายมากขึ้น เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ยากมาก และยังสัมพันธ์กับอีกหลายโรคที่ตามมา เช่น อัมพฤกษ์-อัมพาต โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำอันตรายหลอดเลือด เนื่องจากคนอายุน้อยโดยปกติจะมีความยืดหยุ่นของหลอดเลือดดีกว่าคนสูงอายุ ซึ่งมีหลอดเลือดเปราะบาง และแตกง่าย ถ้าเริ่มเป็นความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุน้อย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะน้อยลง หลอดเลือดได้รับความเสียหายมากขึ้นเรื่อย ๆ และถ้าเสียหายจนถึงขั้นที่หลอดเลือดตีบก็จะทำให้การลำเลียงออกซิเจน เลือดหรือสารอาหารต่าง ๆ ไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ หรือถ้าเป็นมากขึ้น ความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะทำให้หลอดเลือดเปราะบางและแตก กระทั่งนำไปสู่ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก และนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร และจากสภาพชีวิตและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การดำเนินชีวิตที่ต้องเร่งรีบ สภาพปัญหาการจราจร ฯลฯ ได้ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ในขณะที่การรับประทานอาหารที่มีการเปลี่ยนแปลงจากอาหารแบบไทย ๆ มานิยมเป็นอาหารจานด่วนที่เต็มไปด้วยไขมัน โปรตีน คาร์โบไฮเดรต เป็นหลัก ทำให้ร่างกายขาดความสมดุล ส่งผลให้เกิดภาวะโรคความดันโลหิตสูงในคนอายุน้อย (อ้างใน <http://www.dtam.moph.go.th> จาก กองการแพทย์ทางเลือก) และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.3 ของประชากรชาย และร้อยละ 76.8 ของประชากรหญิง บริโภคผัก และผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งการ

บริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอ คือไม่ต่ำกว่า 400 กรัม หรือ 5 ถ้วยมาตรฐานต่อวัน และจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548 ของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ พบว่าร้อยละ 89.85 มีการรับประทานผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 41.29 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

ความดันโลหิตสูงในคนอายุน้อยถือเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นจึงต้องตรวจหาสาเหตุให้อย่างจริงจัง เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมีมากกว่า 10 โรค ส่วนหนึ่งจะตรวจหาสาเหตุพบ ซึ่งถ้าพบแล้วแก้ไขได้ก็สามารถหายขาดได้ เช่น เส้นเลือดที่ไตตีบ ภาวะไตอักเสบหรือภาวะโปรตีนรั่วทางปัสสาวะจากไตทำงานผิดปกติ หรือมีการทำงานของต่อมหมวกไตมากเกินไป หรือมีเนื้องอกทำให้มีฮอร์โมนบางตัวสูงผิดปกติ เป็นต้น บางโรคต้องรักษาเพื่อเป็นการควบคุมอาการของโรคให้ดีขึ้น แต่บางโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จำเป็นต้องรักษาตลอดชีวิตเหมือนความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การไม่รักษาทำให้มีอายุขัยต่ำกว่าคนทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมามากมาย รวมถึงคุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำงานที่ลดลง ซึ่งก็ต้องขึ้นกับสาเหตุของโรคและความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลด้วย ส่วนการรักษาและการดูแลตัวเองนั้นควรพบอายุรแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป (<http://www.thaiclinic.com>)

พฤติกรรมของผู้ที่มีอายุระหว่าง 18 - 35 ปีที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูง

บริบทของชุมชนเสาไห้ ด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เดิมซึ่งเป็นวิถีชุมชนชนบทมีอาชีพเกษตรกรรมมีเวลาในการทำอาหารรับประทานเอง มีวัตถุดิบในการประกอบอาหารที่ได้จากแหล่งธรรมชาติที่หาได้ในชุมชน มีพืชผักสวนครัวปลูกเอง ด้วยภาวะสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปทำให้วิถีชุมชนเปลี่ยนไป จากชุมชนชนบทมาสู่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีร้านอาหารแบบตะวันตกเข้ามามีบทบาทในชุมชนมากยิ่งขึ้น ทำให้ประชาชนในชุมชนบางส่วนเกิดค่านิยมและยึดติดในรสชาติของอาหาร เนื่องจากอาหารจำพวกนี้มีเครื่องปรุงมาก ซึ่งประกอบด้วยพวกแป้ง น้ำมัน น้ำตาล เครื่องปรุงรสเค็ม รสชาติอาหารจะเค็มและมันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งใช้น้ำมันในการประกอบอาหารมากยิ่งขึ้น ส่วนการประกอบอาชีพก็จะมีเปลี่ยนจากอาชีพเกษตรกรรมมาเป็นอาชีพอุตสาหกรรม มีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ พ่อแม่ต้องรีบไปทำงาน ลูกๆ ต้องรีบไปโรงเรียน ทำให้ไม่มีเวลาในการประกอบอาหารจึงซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน เพราะค่านิยมที่สะดวกสบายชอบรับประทานอาหารนอกบ้านตามร้านอาหาร ยึดติดในรสชาติอาหารหวาน มัน เค็ม และเนื่องจากกลับจากทำงานก็เหน็ดเหนื่อยทำให้ขาดการออกกำลังกาย กลับมาถึงบ้านรับประทานอาหารแล้วก็นอนพักผ่อน ส่วนเด็กและวัยรุ่นบางส่วนถ้ามีเวลาว่างก็จะชอบนั่งเล่นเกมส์ ดูโทรทัศน์และชอบกินอาหารจำพวกกรอบกรอบ

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยที่ได้รับการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ของสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พบว่าคนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นถ้าย้อนไปปี พ.ศ. 2532 การสำรวจประชากรไทยทั้งหมดพบว่าคนไทยไม่ค่อยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่าไรนัก นับได้แค่ 5% เท่านั้น แต่มาปี พ.ศ. 2546-2547 คนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 22.1% หมายถึงคนไทย 100 คนมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูง 22 คน และจากผลการสำรวจนี้จะพบว่าแต่ก่อนความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ใกล้ ๆ เกษียณและหลังเกษียณ ถัดมาเริ่มพบในวัยเลขห้าต้น ๆ แต่เวลานี้เริ่มพบมากขึ้นในวัยรุ่น และวัยทำงานตอนต้น สาเหตุส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป มีการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงสูงเป็นประจำ โดยเฉพาะอาหารรสจัด อาหารหมักดอง อาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็ม อาหารที่มีแป้งและน้ำตาล รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของผักและผลไม้ น้อย และพฤติกรรมการอยู่แบบนั่งๆ นอนๆ ไม่ออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น และมีความเครียดเรื้อรังประกอบกับการหาความเสี่ยงเข้าหาตัว บริโภคแอลกอฮอล์ ปริมาณที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การดื่มสุราและสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้นเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2548-2549 เพื่อนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยงของการบริโภคเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อการคาดการณ์การเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน โดยแบ่งอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็ก อายุตั้งแต่ 6-19.9 ปี กลุ่มวัยทำงาน ตั้งแต่ 20-64.9 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีการบริโภคอาหารใน 5 หมวด ประกอบด้วยหมวดผัก หมวดผลไม้ หมวดเนื้อสัตว์และปลา หมวดเบเกอรี่ และหมวดขนมหวานที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ซึ่งแบ่งออกเป็น เขตชนบท เขตเทศบาลเมือง และพื้นที่กรุงเทพฯ พบว่าหมวดเบเกอรี่และ ขนมหวานมีการบริโภคมากที่สุด โดยเฉพาะคนกรุงเทพฯ บริโภคขนมเบเกอรี่สูงถึงวันละ 40 กรัม ในเพศชาย และ 39 กรัมในเพศหญิง ขณะที่เทศบาลเมืองพบวันละ 26 กรัม และ 35 กรัม ในเพศชาย และเพศหญิงตามลำดับ ส่วนพื้นที่ชนบทพบเพียงวันละ 15 กรัมในเพศชาย และ 23 กรัมในเพศหญิง สำหรับหมวดขนมหวานในพื้นที่กรุงเทพฯ พบบริโภคสูงถึงวันละ 225 กรัมในเพศชาย และ 282 กรัมในเพศหญิง ขณะที่พื้นที่เขตเทศบาลพบบริโภควันละ 156 กรัมในเพศชาย และ 210 กรัมในเพศหญิง พื้นที่ชนบทพบวันละ 112 กรัมในเพศชาย และ 139 กรัมในเพศหญิง ส่วนหมวดเนื้อสัตว์และปลามีการบริโภคน้อยที่สุดในเขตชนบท เขตเทศบาลเมือง และกรุงเทพฯ ขณะที่ผัก และผลไม้มีการบริโภคที่หลากหลายขึ้น โดยคนกรุงเทพฯ บริโภคผักเฉลี่ยวันละ 207 กรัมในเพศชาย และ 244 กรัมในเพศหญิง ส่วนผลไม้วันละ 250 กรัมในเพศชาย และ 278 กรัมในเพศหญิง สำหรับพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มอายุตั้งแต่ 6-19.9 ปีมีปัญหามากส่วนใหญ่คือ

ไม่นิยมบริโภคผัก โดยสัดส่วนยังน้อยมาก ส่วนใหญ่นิยมกินผักประดับแต่ในจานอาหาร โดยเฉพาะแตงกวาส่งเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือถั่วฝักยาว ผักกาดเขียว ผักกาดขาว แตกกลับไปบริโภคอาหารประเภทขนมขบเคี้ยวสูง โดยอันดับหนึ่งคือผลิตภัณฑ์มันฝรั่ง รองลงมาเป็นผลิตภัณฑ์จากแป้งสาลี ซึ่งล้วนมีส่วนผสมของผงชูรส นอกจากนี้ยังนิยมดื่มน้ำอัดลมสูงถึงวันละ 64.56 กรัม หรือคิดเป็นร้อยละ 81.40 ส่วนพวกถั่วเมล็ด และเมล็ดพืชที่มีคุณค่าทางสารอาหารบริโภคน้อยมากไม่ถึงวันละ 7.5 กรัม จากการศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา (2550) พบว่าการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงสูงเป็นประจำ บริโภคผักและผลไม้ น้อย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ รับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่า ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะอ้วน/ น้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย การกินอาหารเค็ม และอาหารไขมันสูง ความเครียดในจิตใจที่ไม่รู้จักปล่อยวาง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชาและ กาแฟ ก็ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงอีกด้วย

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สมจิต หนูเจริญกุล (2546) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิต้องสะท้อนถึงความหลากหลายตามสภาพปัญหาของชุมชน และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ ต้องรับและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ มีความเป็นผู้นำมีความสามารถในการจัดการโดยใช้แหล่งประโยชน์อย่างคุ้มค่าและพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องสามารถทำงานกับประชาชนได้ดีในเรื่องการให้ความรู้ การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การค้นหาบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงและหาทางป้องกัน การเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ยากถิ่น มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และปัญหาทางจิตสังคม พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้ทักษะได้อย่างกว้างขวาง ในการให้คำปรึกษา การสอน การส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง การประสานงานและการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน รวมถึงการดูแลสุขภาพที่บ้าน

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งสังคมยังให้คุณค่ากับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังน้อย เนื่องจากธรรมชาติของโรคเรื้อรังเป็น “ภัยเงียบ” ไม่ได้คุกคามชีวิตชัดเจนเหมือนโรคเฉียบพลัน หรือภาวะวิกฤต การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ทำเท่าเทียมเท่ากับการดูแลผู้ป่วยในหน่วยฉุกเฉิน

หรือหน่วยบำบัดพิเศษผู้ป่วยวิกฤต สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2551) จึงเรียกร้องให้สถาบันการศึกษา สมาคมพยาบาล รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้มีการเตรียมบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะที่จะรับมือทั้งในด้านการป้องกัน และการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สำหรับบทบาทของพยาบาลมีดังนี้

1. การป้องกันในระดับปฐมภูมิ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ และสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 120/80 มม.ปรอท) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง สิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบการทำงานในระดับปฐมภูมิคือการส่งเสริมการทำงานของเครือข่ายภาคี เช่น เครือข่ายพยาบาล แพทย์ หมออนามัยให้เข้ามาดูแลในเรื่องที่ถนัดและสร้างความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายในการจัดบริการ

2. การป้องกันในระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันและดูแลเมื่อเกิดโรคแล้ว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้สุขศึกษาและกระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในสถานพยาบาลและกับเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นวิธีการที่สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ในหลายประเทศพยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และมีงานวิจัยสนับสนุนประสิทธิภาพของการใช้พยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้โดยพยาบาลเวชปฏิบัติทำหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้ป่วยพบว่าสามารถลดค่าเฉลี่ยของน้ำตาลที่เกาะกับเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ลดไขมันชนิด LDL และความดันโลหิตลงได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Krein, 2002) ในประเทศไทยมีพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญได้ดำเนินโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถดูแลได้ในระดับชุมชน

3. การป้องกันในระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันความพิการที่เกิดจากโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ต้องการผู้จัดการให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ผู้ป่วยต้องการการเฝ้าระวังปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การสอนชี้แนะและให้คำปรึกษาในการดำเนินชีวิต ต้องการการรักษาพยาบาลที่บ้าน ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีทักษะในการประเมิน การสอน การสื่อสาร การทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การต่อรองกับระบบสุขภาพ การติดต่อกับแพทย์ ตลอดจนต้องมีความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะของผู้ป่วย

งานวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิภาพของการใช้ผู้ปฏิบัติการพยาบาล/ผู้เชี่ยวชาญในการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ เป็นต้น ได้ผลลัพธ์ที่ดีคือ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกลับเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่าย (Brooten, 2003)

งานวิจัยติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2550) พบว่านอกจากการรักษาโรคเบื้องต้นแล้ว การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติ และพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ และทักษะ รวมทั้งพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลร่วมกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในปัจจุบัน สาเหตุของโรคในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น พันธุกรรม การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานาน การลั้่นเร็นนิมาก ผิดปกติ ผนังหลอดเลือดหดตัวขึ้น ภาวะอินซูลินในเลือดสูงมากเกินไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ ความอ้วน การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การดื่มชา กาแฟ ความเครียดและภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญ ที่นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและโรคไตระยะสุดท้าย ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตคือไม่ให้ความดันโลหิตเกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายให้นานที่สุด ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรค จึงจะสามารถควบคุมภาวะโรคและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (บัณฑิตา คำโสม, 2550)

นอกจากนี้ ยังสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปีมี 3 ปัจจัย คือปัจจัยนำประกอบด้วยปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่มชา กาแฟ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักไม่ดี พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกประกอบด้วยอิทธิพลทางจิตวิทยาและสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคลิกภาพแบบเอ สุณาทาง เศรษฐกิจที่ไม่ดี ปัจจัยทางพันธุกรรมประกอบด้วยกรรมพันธุ์ที่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อประกอบด้วยแรงสนับสนุนของครอบครัวและสังคมดีแต่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญสถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสริมประกอบด้วยการใช้ยาบางประเภทที่อาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง การได้รับข่าวสารดีแต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Precede-Proceed Model ของกรีนและครูเตอร์ (Green, et al., 1999)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี โดยการทำกรณีศึกษาใช้วิธีการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์

ลักษณะประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสาไห้ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสายไห้ จังหวัดสระบุรี โดยไม่จำกัดเพศ และระดับการศึกษา

การเลือกประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 6 ราย คัดเฉพาะกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุ 18-35 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างน้อย 1 ปี
3. รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง
4. มีความสามารถในการได้ยินปกติ สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
5. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำการการศึกษา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาลเสาไห้ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสายไห้ จังหวัดสระบุรีมีคลินิกตรวจโรคความดันโลหิตสูงทุกวันพฤหัสบดี ช่วงเวลา 8.30 - 16.00 น. แพทย์จะนัดวันให้ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา และรับยาทุก 1-2 เดือน ก่อนเข้าพบแพทย์ จะมีการชั่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิต แพทย์จะให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในขณะตรวจรักษา หลังตรวจรักษาพยาบาลจะให้ความรู้และคำแนะนำเป็นรายบุคคลตามปัญหาของผู้ป่วย และแจ้งกำหนดวันนัดตรวจครั้งต่อไป ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้ห้องตรวจโรคเป็นห้องสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะโครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระดับความดันโลหิต ปัจจุบัน ส่วนยาที่ได้รับการรักษาได้ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา บางส่วนของข้อคำถามได้ดัดแปลงมาจากแบบคัดกรองความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีทั้งหมด 11 ข้อ ได้นำมาจำนวน 2 ข้อเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัวและข้อคำถามเกี่ยวกับการตรวจร่างกายดังรายละเอียดในภาคผนวก

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบบุคลิกภาพแบบเอ (Type A Personality Test) ได้มาจากการจัดการความเครียดของกรมสุขภาพจิต (<http://www.healthcorners.com>) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) ให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามโดยใส่ตัวเลขหน้าข้อความที่เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลตอบมากที่สุด การตอบให้พิจารณาจากอุปนิสัย และความรู้สึกส่วนตัว คำตอบที่ให้จะไม่ มีถูก หรือ ผิด

ลักษณะคำตอบเป็น Rating scale 3 ระดับคือ

- 3 คะแนน สำหรับข้อความที่รู้สึกว่าเป็น “ฉันเป็นเช่นนี้เสมอ”
- 2 คะแนน สำหรับข้อความที่รู้สึกว่าเป็น “ฉันเป็นเช่นนี้ในบางครั้ง”
- 1 คะแนน สำหรับข้อความที่รู้สึกว่าเป็น “ฉันไม่เป็นเช่นนี้”

การแปลผล

บุคลิกภาพแบบ A ประกอบด้วยทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ชอบการแข่งขัน ไม่มีความสมดุลในชีวิต อารมณ์เสียว่าย และใจร้อนไม่อดทน ดังนั้นให้รวมคะแนนของแต่ละด้านดังนี้

- ชอบการแข่งขัน ได้แก่ว 1 5 9 13 17 21
- ไม่มีความสมดุลในชีวิต ได้แก่ว 2 6 10 14 18 22
- อารมณ์เสียว่าย ได้แก่ว 3 7 11 15 19 23
- ใจร้อน ไม่อดทน ได้แก่ว 4 8 12 16 20 24

คะแนนที่มากกว่า 12 คะแนน ในแต่ละด้านแสดงว่าบุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบ A ในด้านนั้น และถ้าคะแนนรวมเกิน 48 คะแนน แสดงว่าโดยรวมแล้ว ผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบ A

ส่วนที่ 3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยกรอบแนวคิดแบบจำลอง Precede-Proceed Model ของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter (Green, et al., 1999) โดยใช้คำถามแบบเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความรู้สึกรู้สึกนึกคิด หรือความคิดเห็นได้อย่างอิสระโดยไม่ถูกชักนำด้วยความคิด หรือความรู้ของผู้ศึกษา

การตรวจสอบความตรงของข้อมูล

ตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์และบันทึกสิ่งที่ได้จากการศึกษาตามสภาพความเป็นจริง และผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเองทุกขั้นตอน โดยได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปริญญานิพนธ์ และอาจารย์ผู้มีประสบการณ์เชี่ยวชาญในด้านการศึกษาเชิงคุณภาพ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ที่โรงพยาบาลเสาไห้ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

การตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

ผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ถ้ามีประเด็นที่ขัดแย้ง ผู้ศึกษาจะซักถามเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจตรงกัน ซึ่งจะติดตามสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ กรณีที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลไม่มีโทรศัพท์ ผู้ศึกษาขออนุญาตติดตามไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน โดยใช้คำถามเดิมเพื่อความแม่นยำ และสอดคล้องกับคำบอกเล่าในคำตอบที่ได้รับในครั้งแรก การไปสัมภาษณ์ที่บ้าน ผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูลโดยการสังเกตบริบท สิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพเพื่อเข้าใจบริบทของผู้ให้ข้อมูลมากยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในลักษณะของการสอน การเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์และเป็นผู้ที่มีผลงานด้านการวิจัย เช่น เขียนตำราหรือทำการวิจัยมาก่อน รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิผู้ศึกษาได้รวบรวมไว้ในภาคผนวก

การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และวิธีการรวบรวมข้อมูล

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล เมื่อโครงร่างสารนิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ศึกษาส่งหนังสือถึงบัณฑิต วิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และเมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้ศึกษานำหนังสือแนะนำ ตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสืบให้ จังหวัดสระบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา ผู้ศึกษาขออนุญาตหัวหน้าพยาบาลผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ประจำ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสืบให้ จังหวัด สระบุรี เพื่อเลือกผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามลักษณะที่ผู้ศึกษากำหนดไว้ เมื่อได้ชื่อผู้ที่จะเป็น ผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษาจะขออนุญาตให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ศึกษาพบผู้ให้ข้อมูล ผู้ศึกษาแนะนำตัวพร้อมชี้แจงให้ ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้ ข้อมูล และขอบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ด้วย ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษาให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน ข้อความในใบพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ความร่วมมือในการศึกษา (ภาคผนวก ก) อีกครั้งหนึ่งพร้อมแจ้ง ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าผู้ศึกษาจะปกปิดชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ใส่ชื่อหรือชื่อย่อของผู้ให้ข้อมูลในการ คัดลอกคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงในรายงานการศึกษา ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อ สงสัย จนผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ และแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าการให้สัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการ รักษาหรือการรับบริการที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับในครั้งต่อไป ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกเลิกการให้ สัมภาษณ์ได้ทุกขณะ และผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อยินยอมเป็นผู้ให้ความร่วมมือในการศึกษา

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์รายบุคคลดำเนินการดังนี้

1. เข้าพบและประสานงานเพื่อขอสัมภาษณ์และนัดหมายวันเวลาและสถานที่
2. จัดเตรียมแบบสัมภาษณ์และอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์
3. ดำเนินการสัมภาษณ์
4. เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1.30 ชั่วโมง

การสัมภาษณ์รายบุคคลทำโดยไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย เพื่อเป็นการป้องกันการบิดเบือน ของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ และยังทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจคำตอบของผู้ให้ข้อมูลดีขึ้น ผู้ศึกษา ได้แนะนำตัวต่อผู้ให้ข้อมูล ใช้ห้องตรวจโรคเป็นสถานที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นสถานที่ ก่อนข้างเป็นส่วนตัวและเงียบ ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลังจากการตรวจและรับยาเรียบร้อยแล้ว ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพียงผู้เดียว ระยะแรกของการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาสัมภาษณ์ใน ลักษณะเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยใช้คำถามกว้าง ๆ เพื่อผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สึกถูก

คุกคาม มีความเป็นกันเอง และไว้วางใจผู้ศึกษา ผู้ศึกษาต้องระมัดระวังกิริยาท่าทาง พยายามแสดงออกด้วยการใช้คำพูดที่เป็นการยอมรับ ให้เกียรติ และมีความจริงใจ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเริ่มจากใน ส่วนที่ 2 คือ แบบทดสอบบุคลิกภาพแบบเอ ผู้ศึกษาจะให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นจะทำการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ 1 คือสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในการสัมภาษณ์จะมีการจดบันทึกย่อ และบันทึกแถบเสียงตามที่ได้รับอนุญาตพร้อม ๆ กับสังเกตในประเด็นที่กำหนดไว้ การเก็บข้อมูลทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล 2-3 ราย/สัปดาห์ จากนั้นผู้ศึกษากลับมาบันทึกข้อมูลในแต่ละส่วน รวมทั้งวิเคราะห์และตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลไม่ชัดเจนผู้ศึกษาจะจดคำถาม เพื่อติดตามสัมภาษณ์เฉพาะในเรื่องนั้น ๆ เพิ่มเติม ผู้ศึกษาได้มีการติดตามสัมภาษณ์ที่บ้านผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 6 รายเพื่อที่จะได้สังเกตลักษณะของครอบครัวและความเป็นอยู่ด้านต่างๆ เช่น สังเกตในเรื่องการประกอบอาหาร การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยมีการบันทึกที่ได้จากการสังเกตจะกระทำทันทีภายหลังการติดตามสัมภาษณ์ที่บ้าน พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเมื่อไม่มีข้อมูลเกิดใหม่จึงยุติการสังเกต

นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบประวัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ค่า FBS จากที่มีการบันทึกอยู่ในเวชระเบียนของผู้ให้ข้อมูลใน 3 ระยะ คือ ครั้งแรกที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 2 ในระยะ 6 เดือนก่อนผู้ศึกษาเก็บข้อมูล และครั้งที่ 3 คือปัจจุบันขณะผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการคัดกรองในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุระหว่าง 18 - 35 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสนาให้ จังหวัดสระบุรี ข้อมูลที่ต้องการศึกษาได้มาจากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล และศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษามีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมี 6 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย และเพศหญิง 5 ราย อายุระหว่าง 18-35 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ 5 ราย โสด 1 ราย กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มละ 2 ราย ประกอบอาชีพ ค้าขาย 1 ราย รับจ้าง และเป็นแม่บ้านกลุ่มละ 2 ราย ค้าขายและไม่ได้ทำงานกลุ่มละ 1 ราย ลักษณะโครงสร้างครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว 5 ราย และครอบครัวขยาย 1 ราย จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 2-3 คน ทุกคนเป็นสมาชิกของครอบครัว อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร 5 ราย มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน 4 ราย มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 5 ราย สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 4 ราย ประกันสังคมและข้าราชการกลุ่มละ 1 ราย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 - 2 ปี 3 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี กลุ่มละ 2 ราย ทุกรายมีประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน กลุ่มตัวอย่างทุกคนอยู่ในภาวะอ้วน โดยที่ 5 ราย มีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตปกติหลังจากได้รับการตรวจรักษาแล้ว ดังแสดงในตาราง 2

การรักษาความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง

เมื่อแรกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีกลุ่มตัวอย่าง 2 รายที่รับประทานยาความดันโลหิตสูงชนิดเดียวคือ HCTZ กลุ่มตัวอย่างอีก 4 ราย รับประทานยาความดันโลหิตสูง 2 ชนิด คือ HCTZ, Atenolol

เมื่อ 6 เดือนก่อนทำการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาความดันโลหิตสูงชนิดเดียวคือ HCTZ มี 1 ราย อีก 5 รายรับประทานยาความดันโลหิตสูง 2 ชนิดขึ้นไป คือยา Atenolol, HCTZ, Norvasc

ปัจจุบันขณะทำการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาความดันโลหิตสูงชนิดเดียวคือ HCTZ มี 1 ราย อีก 5 รายรับประทานยาความดันโลหิตสูง 2 ชนิดขึ้นไป คือยา Atenolol, HCTZ, Norvasc

ตาราง 2 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n = 6)

ลักษณะ	จำนวน	ลักษณะ	จำนวน
เพศ		ลักษณะโครงสร้างครอบครัว	
ชาย	1	ครอบครัวเดี่ยว	5
หญิง	5	ครอบครัวขยาย	1
อายุ (ปี)		จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
18	1	2-3 คน	4
28	1	4-5 คน	1
31	1	มากกว่า 5 คน	1
32	1		
33	1		
35	1		
สถานภาพสมรส		ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย	
โสด	1	อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	5
คู่	5	อาศัยอยู่กับบิดามารดาและไม่ได้ทำงาน	1
สถานภาพครอบครัว		รายได้ครัวร้วต่อเดือน (บาท)	
เป็นสมาชิกในครัวร้ว	6	น้อยกว่า 5,000	4
		5,001 – 10,000	1
		> 10,000	1
การศึกษา		การเปรียบเทียบรายรับต่อรายจ่าย	
ประถมศึกษา	2	ไม่เพียงพอ	1
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	เพียงพอ	5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2		
อาชีพ		การจ่ายค่ารักษาใช้สิทธิ	
ค้าขาย	1	ข้าราชการ	1
รับจ้าง	2	ประกันสังคม	1
แม่บ้าน	2	บัตรประกันสุขภาพ	4
ไม่ได้ทำงาน	1		

ตาราง 2 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n = 6) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน
ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง (ปี)	
1-2	2
3-5	2
6-10	2
ประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว	
ญาติสายตรง	6
ความอ้วน (BMI > 25 กก/ ม ²)	6
เส้นรอบเอว	
(หญิง ≥ 32 " , ชาย ≥ 36 ")	
เกินมาตรฐาน	5
ปกติ	1
ค่าน้ำตาลในเลือด (< 120 mg%)	6
ค่าความดันโลหิต (< 120/80 mmHg)	6

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า

ปัจจัยนำ

1. ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.1 พฤติกรรมการบริโภค พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็ม ชอบรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมัน อาหารทอด หมักดองและขนมหวาน ดังจากการสัมภาษณ์

รายชื่อที่ 1 ชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาดเค็ม และเผ็ด

รายชื่อที่ 2 ชอบรสชาดของอาหารที่มีรสเปรี้ยว หวาน มัน แต่ไม่เค็ม

รายชื่อที่ 3 รับประทานอาหารที่ทำเอง พวกหน่อไม้ดองใส่หมู หมูกรอบ
อาทิตย์ละครั้ง

รายชื่อที่ 4 ชอบอาหารรสจัดพวกเปรี้ยว หวาน เค็ม เผ็ด พวกกากหมู
แกงหมู ส่วนขนมหวานชอบรับประทานตลอดทั้งวัน

รายชื่อ 5 ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ชอบรับประทานผัก ผลไม้
มะม่วงคงจะรับประทานอาทิตย์ละครั้ง

รายชื่อ 6 ชอบรับประทานน้ำพริกแกงป่า ชอบรับประทานกล้วยเตี๋ย ชอบ
อาหารรสจัดทุกอย่าง

1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่มชา กาแฟ

1.2.1 การสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายไม่สูบบุหรี่
จากการสัมภาษณ์

“ไม่สูบบุหรี่ ไม่รู้จะสูบทาไม มันไม่มีประโยชน์”

1.2.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าใน 6 รายมี 2 ราย
ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีก 4 รายไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสัมภาษณ์

รายชื่อ 1 ดื่มเบียร์เดือนละครั้ง ๆ ละ 1-2 แก้ว ดื่มมาประมาณ 3 ปี แต่ก็
เลิกดื่มมาประมาณ 1 ปีแล้ว

รายชื่อ 2 ก่อนที่จะเป็นความดันโลหิตสูง เคยดื่มสุราและมิงงานสังสรรค์
ดื่มประมาณครึ่งละครึ่งขวด ดื่มมานานประมาณ 15 ปี แต่พอรู้ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เวลา
ดื่มสุราแล้วจะรู้สึกปวดมึนศีรษะ เลยหยุดดื่มมา 2 ปี

1.2.3 การดื่มชา กาแฟ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายดื่ม
เครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน จากการสัมภาษณ์

รายชื่อ 1 ดื่มน้ำกาแฟของเดือนละ 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชง ส่วนชาจะ
ดื่มเป็นชาอัดแข็ง ดื่มแล้วจะระบายดี

รายชื่อ 2 ดื่มน้ำกาแฟทุกวัน ๆ ละ 1 แก้ว ผสมกาแฟ 2 ช้อน คอฟฟี่เมต 3
ช้อน น้ำตาล 3 ช้อน ดื่มมานาน 10 ปี และดื่มน้ำกาแฟ เชา 1 ชง เย็น 1 ชง ดื่มมา 3 เดือน

รายชื่อ 3 ดื่มน้ำชาและกาแฟถ้ามีคนอื่นซื้อให้

รายชื่อ 4 ดื่มน้ำกาแฟ 5 วัน ดื่ม 1 ชง

รายชื่อ 5 ดื่มน้ำกาแฟวันละ 2 ชง

รายชื่อ 6 ดื่มน้ำกาแฟวันละ 1 ชง ชาจะดื่มมานานๆ ครั้ง

1.3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีค่า
ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ($BMI > 25$ กก/ม²) และมีรอบเอวระหว่าง 30 นิ้ว - 50 นิ้ว โดย 1 รายค่า

รอบเอวปกติ อีก 5 รายมีค่ารอบเอวเกินมาตรฐาน ซึ่งทั้ง 5 รายนี้รับรู้ว่าคุณเองมีเอวใหญ่/อ้วน ดังจากการสัมภาษณ์

รายที่ 1 รอบเอว 50 นิ้ว รอบเอวใหญ่จึง มีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคได้ง่าย และยังทำให้เหนื่อยงาน ไม่สบายบ่อย

รายที่ 2 รอบเอว 34 นิ้ว รอบเอวหนาจึงเลย มันทำให้ดูอ้วน สุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคแทรกซ้อนง่าย

รายที่ 3 รอบเอว 55 นิ้ว รู้สึกว่าเอวใหญ่ ทำอะไรก็จะเหนื่อยง่าย

รายที่ 4 รอบเอว 30 นิ้ว ก็ยังปกติอยู่ แต่ถ้าเอวเกินปกติมันจะทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง

รายที่ 5 รอบเอว 38 นิ้ว เอวเกินมาตรฐาน ทำให้ไม่กระฉับกระเฉง ไม่คล่องตัว

รายที่ 6 รอบเอว 36 นิ้ว เอวใหญ่ก็อ้วนนี้ มันทำให้ปวดขา ไขข้อกระดูกไม่ดี

1.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายคิดว่าการทำงานประจำถือเป็นการออกกำลังกาย และบางรายไม่สนใจที่จะออกกำลังกาย เนื่องจากเหนื่อยจากการทำงาน ดังจากการสัมภาษณ์

รายที่ 1 ออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิคตามสถานที่ออกกำลังกายในหมู่บ้าน บางครั้งแต่เหนื่อยมาก

รายที่ 2 ออกกำลังกายโดยการทำงานเกี่ยวกับการปั๊มพระผง เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา มีอาการปวดศีรษะบ่อย กินพาราเซตามอล 4 เม็ดต่อวัน หลังจากรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ๆ รอบบ้าน นาน 30 นาที ทำ 4 วัน/สัปดาห์ แต่หลังจากออกกำลังกายแล้วเหนื่อยจึงเลย แต่ก็รู้สึกว่าร่ากายแข็งแรงดี

รายที่ 3 เคยเล่นฟุตบอล และเล่นสนุกเกอร์บางครั้ง แต่หลังจากรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ไม่ได้ออกกำลังกายเลย จะเล่นแต่เกมส์คอมพิวเตอร์ ดูทีวี กินแล้วก็นอน ไม่ได้ไปไหนเลย

รายที่ 4 ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะกลับจากทำงานก็เหนื่อยแล้ว เลยขี้เกียจออกกำลังกาย

รายที่ 5 ไม่ได้ออกกำลังกาย เวลาทำงานส่วนใหญ่จะนั่งทำงานอยู่กับโต๊ะ ไม่ได้ลุกไปไหน

รายที่ 6 จะเดินวิ่งเล่น และกระโดดเชือกบางครั้ง

2. ด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 ภาวะเครียด จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 6 รายพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีความเครียดเป็นประจำ ดังจากการสัมภาษณ์

รายที่ 1 เป็นคนจีโมโห จุนเจียว หงุดหงิดง่าย และขี้บ่นง่าย เวลาเป็นเรื่องเครียด ๆ จะหาทางออกโดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง

รายที่ 2 บางครั้งเวลาใช้ลูกแล้วไม่ได้ตั้งใจ หรือบางครั้งมีปัญหาครอบครัวก็จะขึ้นเสียงดัง แล้วก็ตวาด

รายที่ 3 จีโมโห อารมณ์ร้อน อย่างเวลาอากาศร้อนจะรู้สึกหงุดหงิดรำคาญ

รายที่ 4 จีโมโห หงุดหงิดบ่อย ยิ่งเวลาที่ลูกมาพูดจาจน เวลาที่จะพักผ่อนก็จะยิ่งหงุดหงิด

รายที่ 5 เป็นคนอารมณ์ร้อน เก็บอารมณ์ไม่อยู่ รำคาญ

รายที่ 6 จีโมโหบ่อย และค่อนข้างวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตส่วนตัว

2.2 บุคลิกภาพแบบเอ

2.2.1 แบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบเอ (Type A Personality)

จากการทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบเอ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า บุคลิกภาพโดยรวมได้คะแนนอยู่ระหว่าง 36-51 คะแนน $\bar{X} = 43.5$ คะแนน

บุคลิกภาพรายด้านมี 4 ด้าน

- ชอบการแข่งขัน คะแนนต่ำสุด-คะแนนสูงสุด = 8-12 คะแนน $\bar{X} = 10$ คะแนน

- ไม่มีความสมดุลในชีวิต คะแนนต่ำสุด – คะแนนสูงสุด = 6-12 คะแนน $\bar{X} = 9$ คะแนน

- อารมณ์เสียบ่อย คะแนนต่ำสุด – คะแนนสูงสุด = 6-13 คะแนน $\bar{X} = 9.5$ คะแนน

- ใจร้อน, ไม่อดทน คะแนนต่ำสุด – คะแนนสูงสุด = 10 – 15 คะแนน $\bar{X} = 12.5$ คะแนน

สรุปได้ว่า บุคลิกภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง 6 รายมี 1 รายที่มีคะแนนบุคลิกภาพโดยรวมเกิน 48 คะแนน ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอ

นอกจากนี้ยังมีอีก 2 รายที่มีคะแนนด้านอารมณ์เสี้ง่าย ใจร้อน ไม่อดทนเกิน 12 คะแนน ซึ่งแสดงว่าบุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอในดานนั้น (ดังแสดงในตาราง 3)

ตาราง 3 ตารางแสดงผลการทดสอบบุคลิกภาพแบบเอของผู้ให้ข้อมูลรายด้านและโดยรวม (n=6)

บุคลิกภาพ	ผู้ให้ ข้อมูล คนที่1	ผู้ให้ ข้อมูล คนที่2	ผู้ให้ ข้อมูล คนที่3	ผู้ให้ ข้อมูล คนที่4	ผู้ให้ ข้อมูล คนที่5	ผู้ให้ ข้อมูล คนที่6	$\bar{X}$
ชอบการแข่งขัน (ข้อ1,5,9,13,17,21)	12	8	9	8	10	11	10
ไม่มีความสุขในชีวิต (ข้อ2,6,10,14,18,22)	10	12	11	12	6	12	9
อารมณ์เสี้ง่าย (ข้อ3,7,11,15,19,23)	13	8	6	8	9	13	9.5
ใจร้อน, ไม่อดทน (ข้อ4,8,12,16,20,24)	11	10	13	13	11	15	12.5
คะแนนรวม	46	38	39	41	36	51	43.5

3. ด้านกรรมพันธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 6 รายทั้งหมดมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังจากการสัมภาษณ์

รายที่ 1 มีพ่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

รายที่ 2 มีแม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

รายที่ 3 มีพ่อและลุงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

รายที่ 4 พ่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีแม่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง เป็นอัมพฤกษ์ และอัมพาต และมีพี่สาวเป็นความดันโลหิตสูง

รายที่ 5 มีแม่ และยาย และน้ำชาย ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

รายที่ 6 มีแม่ และพี่สาว เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

ปัจจัยอื่น

- การสนับสนุนของครอบครัวและสังคม สถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีการสนับสนุนของครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดี มีสถานที่ในหมู่บ้านและที่ทำงานให้ออกกำลังกาย แต่มีเพียง 1 รายที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ส่วนอีก 5 รายไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังจากการสัมภาษณ์

รายที่ 1 ในหมู่บ้านมีสถานที่เดินแอโรบิค เพื่อเป็นการออกกำลังกาย ไปบางครั้ง เพราะเวลาเดินแล้วเหนื่อยจัง

รายที่ 2 มีสามีและลูก และมีพี่น้องคอยให้กำลังใจ จะมารับและส่งเวลาที่ต้องมา ตรวจที่โรงพยาบาล

รายที่ 3 มีแม่ทำอาหารให้รับประทานทุกวัน แต่ผมว่ารสชาติอาหารมันจืด ไม่อร่อย ผม ก็เติมน้ำปลาทุกครั้งที่ได้รับประทาน อร่อยดี

รายที่ 4 มีสามีคอยดูแล เช่นคำพูดที่ว่ากินเคมีอีกแล้วนะ หรือสามีจะบอกว่าอ้วนแล้ว นะ พยายามดูแลสุขภาพหน่อย

รายที่ 5 มีโครงการลดพุง ซึ่งเป็นโครงการของบริษัทที่ทำงาน ได้เข้าโครงการลดพุง เดิมเอา 40 นิ้ว ตอนนี้อยู่ลดลงเหลือ 38 นิ้ว

รายที่ 6 มีสามีคอยช่วยเหลือ และพามาตรวจที่โรงพยาบาล

ปัจจัยเสริม

- ด้านการใช้ยาบางประเภท ได้แก่ ยาแก้หวัด ยาคุมกำเนิด ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาลด ความอ้วน ยารักษาหอบหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยรับประทานยาแก้หวัด มี 3 ราย รับประทานยาคุมกำเนิด มี 2 รายรับประทานยาลดความอ้วน และมี 1 รายที่รับประทานทั้งยาแก้ หวัด ยาคุมกำเนิดและยารักษาโรคซึมเศร้า ดังจากการสัมภาษณ์

รายที่ 1 เมื่อเดือนที่แล้วไปนอนโรงพยาบาลหมอบอกว่าเป็นหวัด ให้รับประทานยา ด้านไวรัส ยาลดความอ้วนเคยซื้อจากคลินิกมากิน 5 ปี แต่ตอนนี้เลิกแล้ว

รายที่ 2 เวลาเป็นหวัด จะซื้อยาแก้หวัดจากร้านขายยามากิน ยาคุมกำเนิดซื้อ รับประทานมา 15 ปี ยาลดความอ้วนเคยฝากเพื่อซื้อมา รับประทาน 1 เดือน น้ำหนักลดลงประมาณ 10 กิโลกรัม แต่พอหยุดรับประทานก็อ้วนเหมือนเดิมเลยหยุดกินยา

รายที่ 3 รับประทานยาแก้หวัดครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนที่แล้ว แต่ยาอื่นไม่เคย รับประทาน

รายที่ 4 รับประทานยาคุมกำเนิดมา 10 ปี ยาอื่น ๆ ไม่เคยรับประทาน

รายที่ 5 เวลาเป็นหวัดจะไปตรวจที่คลินิก รับประทานยาแก้หวัดครั้งสุดท้ายเมื่อ อาทิตย์ที่แล้ว ยาคุมกำเนิดไม่ได้รับประทานเพราะทำหมันแล้ว ยาลดความอ้วนเคย รับประทาน 1 กระปุก มี 30 เม็ด ซื้อจากเพื่อน แต่ตอนนี้หยุดรับประทานแล้ว

รายที่ 6 เมื่อเดือน เม.ย. 52 เป็นหวัดซื้อยาทิฟี่มารับประทาน จะซื้อยารับประทาน เองทุกครั้งที่มีอาการหวัด ส่วนยาคุมกำเนิดรับประทาน 1 ปี ยารักษาโรคซึมเศร้ารับประทานมา ประมาณ 10 ปี ยาลดความอ้วน และยารักษาโรคหืดไม่เคยรับประทาน

- ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงมีความเชื่อว่าโรคนี้ควรจะเกิดกับผู้สูงอายุ จึงไม่สนใจที่จะนำความรู้หรือคำแนะนำไปปฏิบัติ ดังจากการสัมภาษณ์

“ได้เห็นจากแผ่นพับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของที่ทางสถานี
อนามัยแจก และได้ฟังจากวิทยุ และดูจากโทรทัศน์ แต่ก็ไม่ได้สนใจ
มากมายเพราะคิดว่าโรคนี้น่าจะเกิดกับผู้สูงอายุมากกว่า”



บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 6 รายที่มารักษาที่โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสายไห้ จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้ป่วย 5 ใน 6 รายต้องได้รับยาลดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1 ชนิดเป็น 2 - 3 ชนิด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีดังนี้

ปัจจัยนำ

1. ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.1 พฤติกรรมการบริโภค จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดชอบรับประทานอาหารรสเค็มและรสจัดเป็นประจำ ชอบรับประทานอาหารประเภทไขมัน จำพวกอาหารทอดและหมักดอง ซึ่งการรับประทานอาหารดังกล่าวอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ศรีสวัสดิ์(2544) ที่พบว่า การรับประทานอาหารมันทุกวันนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (2545) ที่พบว่าถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัมต่อวันจะสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลง

1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่มกาแฟ

1.2.1 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 4 รายไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีเพียง 2 รายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูนรัตน์ สัยติกุล (2543) ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้

1.2.2 เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ประเภทชา กาแฟ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนเป็นประจำทุกวัน ผลของคาเฟอีนอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของจีและคณะ (Jee, et al, 1999 อ้างในวิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญญวัฒน์, 2548) ที่พบว่า การดื่มกาแฟมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้

1.3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานคือเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรณชัย สิทธิเลิศ (2546) ที่พบว่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนในด้านของรอบเอวจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 5 ใน 6 รายมีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานของแบบคัดกรองความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้เกณฑ์รอบเอวมาตรฐานของรอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 32 นิ้ว รอบเอวผู้ชายไม่เกิน 36 นิ้ว

1.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 5 รายไม่ได้ออกกำลังกายนอกเหนือจากงานประจำ โดย 2 รายคิดว่าการทำงานประจำเป็นการออกกำลังกาย และมี 3 รายไม่สนใจที่จะออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยจากการทำงานซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุน้อยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Morton (2003) อ้างในริรร์ พิมมานุรักษ์ (2550) ที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดระดับความดันโลหิตได้และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ ปานทอง (2548) ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง

จากการศึกษาสรุปได้ว่าในด้านของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ก่อให้เกิดปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความอ้วน การกินอาหารรสจัดและเค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มชา กาแฟ ขาดการออกกำลังกายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพนา พรพัฒน์กุล (2540) พบว่าลักษณะการดำเนินชีวิตที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน และความอ้วน มีผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (สุรเกียรติ์ อาษานุกาภ , 2551)

2. ด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 ภาวะเครียด จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายมีภาวะเครียดเป็นประจำซึ่งภาวะเครียดนี้ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ(2543) ที่พบว่าภาวะเครียดเป็นเวลานานก็จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้

2.2 บุคลิกภาพแบบเอ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 6 รายมี 1 รายที่มีคะแนนบุคลิกภาพโดยรวมเกิน 48 คะแนน ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอ นอกจากนี้ยังมีอีก 2 รายที่มีคะแนนด้านอารมณ์เสียบ่าย ใจร้อน ไม่อดทนเกิน 12 คะแนน ซึ่งแสดงว่าบุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอในด้านนั้น บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้(สมจิต หนูเจริญกุล ,2545)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายอาจ เนื่องจากมาจากเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องยังยึดติดรสชาติของอาหารหวาน มัน เค็มและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจามา (JAMA,2009 สืบค้นจาก <http://www.Medicthai.com>) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพโดยรับประทานอาหารและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีความเสี่ยงต่ำสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในสตรีได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงช่วงอายุ 31-35 ปีมี 4 ราย ช่วงอายุ 28 ปีมี 1 ราย จากการที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ เรืองทิพย์ (2543) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ด้านกรรมพันธุ์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายมีบิดา มารดาหรือทั้งบิดา และมารดา และมีคนในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรอนนาภิรักษ์และคณะ(2543) ที่พบว่าครอบครัวที่มีพ่อแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งคู่ จะทำให้พบได้ในรุ่นลูก 1 ใน 2 คน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรณชัย สิทธิเลิศ (2546) ที่พบว่าประวัติคนในครอบครัวมีภาวะความดันโลหิตสูง บุคคลในครอบครัวนั้นจะมีภาวะความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น

ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ด้านปัจจัยเอื้อที่พบคือการสนับสนุนของครอบครัวและสังคม ตลอดจนสถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดี มีสถานที่ออกกำลังกายในหมู่บ้านและที่ทำงาน แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่อาจส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุน้อยได้ ถึงแม้จะมีแรงสนับสนุนของครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยทุกรายไม่ตระหนักยังยึดติดรสชาติอาหารและความสบายทำให้ยังมีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา อัครากรโกวิท (2543) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและขัดแย้งกับ

การศึกษาของอรุณี เสงยศมาก (2543) ที่พบว่าสถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยด้านการใช้ยาบางประเภท จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ทั้งหมดเคยรับประทานยาแก้หวัด มี 3 รายรับประทานยาคุมกำเนิด ยาลดความอ้วน 2 ราย มี 1 รายที่รับประทานทั้งยาแก้หวัด ยาคุมกำเนิดและยารักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งการได้รับยาบางชนิดอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น ยามีดคุมกำเนิด ยาสเดียรอยด์ ยาแก้หวัด ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาลดความอ้วน(สมจิต หนูเจริญกุล ,2545)

2. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย แผ่นพับ วิทยุและทีวีซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างดี แต่จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้นำไปปฏิบัติตามเพื่อปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราะเข้าใจว่าเป็นโรคของผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี น้อยศิริและอรพิน ศรีสมบัติ (2540) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับปัจจัยนำในด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และไม่ถูกต้อง ด้านบุคลิกภาพแบบเอ ด้านกรรมพันธุ์ที่พบว่าทุกคนมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อถึงแม้จะมีแรงสนับสนุนของครอบครัวและสังคมที่มีแรงสนับสนุนแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ยังมีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง ปัจจัยเสริม ด้านการใช้ยาบางประเภทที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และถึงแม้จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดีแต่ผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสนาให้ จังหวัดสระบุรี เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 6 ราย คือเฉพาะกลุ่มความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบบุคลิกภาพแบบเอแนวคำถามในการสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และนำเครื่องมือรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 18 - 35 ปี ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย สรุปผลได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 18 - 35 ปี เป็นเพศหญิง 5 คน เพศชาย 1 คน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเป็นระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายกลุ่มละเท่าๆ กัน มีอาชีพรับจ้างและเป็นแม่บ้านกลุ่มละ 2 คน ส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยนำ พบว่า

1. ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของพฤติกรรม การรับประทานอาหารรสจัด และอาหารเค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน (ชา กาแฟ) การควบคุมน้ำหนักตัวและขาดการออกกำลังกาย

2. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพแบบเอ บุคลิกภาพโดยรวมมีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอ ส่วนบุคลิกภาพรายด้านมีกลุ่มตัวอย่างอีก 2 ราย มีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอด้านอารมณ์เสียง่ายและใจร้อน ไม่อดทน จึงอาจส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้
3. ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่ามีญาติสายตรง คือ พ่อ แม่ หรือ ทั้ง พ่อและแม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเอื้อพบว่า

การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดี มีสถานที่ออกกำลังกาย แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญจึงไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

ปัจจัยเสริมพบว่า

1. ด้านการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เคยรับประทานยาแก้หวัด บางรายรับประทานยาคุมกำเนิด ยาลดความอ้วน และมี 1 ราย ที่รับประทานทั้งยาแก้หวัด ยาคุมกำเนิดและยารักษาโรคซึมเศร้าซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับประทานยาบางประเภทดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่สนใจที่จะนำไปปฏิบัติ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. ควรมีแบบแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ อาจทำได้ตั้งแต่ก่อนเกิด โดยในขณะตั้งครรภ์พยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับอาหารเสริมแก่ทารกในครรภ์และการปฏิบัติตัว ส่วนในวัยเด็กและเยาวชน พยาบาลเวชปฏิบัติควรเข้าไปให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาแก่คุณครูและผู้ปกครอง ควรมีการเฝ้าระวังภาวะอ้วนในเด็กและเยาวชน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในโรงเรียน พร้อมทั้งเป็นผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและเพิ่มความสามารถในการเผชิญและจัดการความเสี่ยงสำคัญ ซึ่งในเด็กและเยาวชนมีความสำคัญอย่างมาก ควรจัดให้แนวทางในการพัฒนานิสัย การออกกำลังกายไปตลอดช่วงชีวิตในหลายชุมชน เด็กๆ จะมีวิถีชีวิต

ที่นั่นๆ นอนๆ มากขึ้นจากโทรทัศน์ วีดีโอเกมส์ คอมพิวเตอร์และการขาดการเรียนการสอนการออกกำลังกายในโรงเรียน โดยเฉพาะในระดับประถมศึกษารวมทั้งควรปลูกฝังการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตั้งแต่ในครอบครัว โดยพยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการประกอบอาหารเลี้ยงอาหารทอด อาหารมัน เค็ม หวาน เน้นรับประทานผักผลไม้มากขึ้น

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรทบทวนเนื้อหาวิธีการ และช่องทางในการสื่อสารตลอดจนการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติควรจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กิจกรรม 3 อ. โดยหลังจากให้ความรู้แล้วติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อดูพฤติกรรมสุขภาพว่ามีการปรับเปลี่ยนไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร

3. ในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว เจ้าหน้าที่ควรเพิ่มคุณภาพการจัดบริการการดูแลสนับสนุน เพื่อลดหรือชะลอการดำเนินโรคและควบคุมกลุ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งผลให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยช่วยส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อภาวะควบคุมโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติควรมีบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณี มีการเชื่อมโยงสร้างเครือข่ายในการจัดบริการ มีการดูแลแบบเอาใจใส่ในกรณีที่ต้องรับและส่งต่อผู้ป่วยเช่นระบบส่งต่อผู้ป่วยในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจไร้รอยต่อ เพื่อเป็นการป้องกันโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีที่เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและมีขนาดเล็กเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสนาให้ จังหวัดสระบุรีเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีคุณสมบัติที่แตกต่างจากชุมชนนี้ได้

กรณีศึกษา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี
CASE STUDY: FACTORS RELATED HYPERTENSIVE PATIENT UNDER AGE 35 YEARS

กรรณา ตรีผล 5037842 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อรพินธ์ เจริญผล, คม. (การบริหารการพยาบาล),
สุภาณี เสนาดิสัย, M.S.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง จัดอยู่ในกลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นปัญหาสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากวิถีชีวิต 35 ล้านคน หรือร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด 58 ล้านคน และหากไม่เร่งแก้ไขคาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 หรือ 41 ล้านคน (WHO: อ้างในฐิติมา โกศลวัฒน์, 2549) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากร ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง (อัตรา 782.38) โรคเบาหวาน (อัตรา 654.44) โรคหัวใจขาดเลือด (อัตรา 262.32) โรคหลอดเลือดสมอง (อัตรา 206.34) โดยพบว่าโรคดังกล่าวมีอัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2540 ทุกโรคดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 4.95 เท่า โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 4.40 เท่า โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 5.35 เท่าและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และไม่สามารถรักษาหายขาดได้ มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ต้องทุพพลภาพ หรือมีชีวิตไม่ยืนยาวเท่าที่ควรเพราะคนส่วนมากที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมักไม่รู้ตัวว่าป่วย และไม่ได้รับการรักษาดังนั้นการค้นพบได้เร็วและการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้นตลอดจนการเรียนรู้ข้อปฏิบัติและมีการดูแล

ตนเองอย่างถูกต้องจึงเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันไม่ให้โรควะอื่นถูกทำลาย (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดี, 2542)

จากสถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ปีพ.ศ.2550 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยเป็นอันดับที่ 3 มีอัตราป่วย 26.10 ต่อประชากรพันคน และการตายเป็นอันดับที่ 5 คือมีอัตราการตาย 10.09 ต่อประชากรแสนคน โรคที่ติดอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ.เสาไห้ จ.สระบุรี คือ โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ.เสาไห้ จ.สระบุรี ในปี พ.ศ. 2548 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 35 ปี จำนวน 7 คนจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,450 คน คิดเป็นร้อยละ 0.48 ในปี พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 35 ปี จำนวน 11 คนจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,565 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2550 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 35 ปี จำนวน 16 คน จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,731 คน คิดเป็นร้อยละ 0.92 (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลเสาไห้ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดสระบุรี, 2551) จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ถึงแม้จะเห็นเป็นตัวเลขจำนวนไม่มากแต่เมื่อเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอายุน้อยจะเป็นปัญหาที่สำคัญของครอบครัว สังคมและประเทศชาติต่อไป

เป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติให้นานที่สุด การควบคุมระดับความดันโลหิตต้องให้ได้น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท และการรักษาตามอาการเพื่อยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงของอาการ และภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย (Hart & Bakris, 2004) การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้บรรลุเป้าหมายนั้นต้องประกอบด้วยวิธีการรักษาพยาบาลสองประการ ประการแรกคือ การปรับเปลี่ยนแผนในการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) และประการที่สองเป็นการรักษาโดยใช้ยา (Chobanian et al., 2003)

สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูง พบในเพศชาย 23% และเพศหญิง 21% ในกลุ่มนี้ 71% ไม่เคยรู้ตัวมาก่อน และ 24% ได้รับการรักษา ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี มีโอกาสทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจระยะยาว และเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างมาก ดังนั้นควรมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อช่วยป้องกันคนที่ยังไม่เป็นโรคได้ทันเวลา และในกรณีคนที่ เป็นโรคแล้วก็สามารถควบคุมได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดตามมา

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในปัจจุบัน สาเหตุของโรคในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น พันธุกรรม การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานาน การลั่งเร็นนินมากผิดปกติ ผนังหลอดเลือดหดตัวขึ้น ภาวะอินซูลินในเลือดสูงมากเกินไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ ความอ้วน การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การดื่มชา กาแฟ ความเครียดและภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ โรคไตระยะสุดท้าย ดังนั้น การควบคุมความดันโลหิตเป้าหมายสำคัญคือ ไม่ให้ความดันโลหิตเกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายให้นานที่สุด ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรค จึงจะสามารถควบคุมภาวะโรคและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (บัณฑิตา คำโสม, 2550)

ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ต้องร่วมรับผิดชอบภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในระดับปฐมภูมิ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเสวให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มนี้มาก่อนเพื่อเป็นประโยชน์นำไปปรับใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในกรณีกลุ่มประชากรเสี่ยงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี และกรณีกลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า 35 ปีที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วก็จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในเขตอำเภอเสวให้ จังหวัดสระบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในคนอายุน้อยกว่า 35 ปี
2. เป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และทีมสุขภาพได้นำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่มีโรคประจำตัวอื่น และต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ในเขตอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรีนี้ ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบจำลอง Precede-Proceed Model ของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter (Green, et al, 1999) ซึ่งได้จำแนกการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่มคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดในระยะที่ 4 ของกระบวนการ Precede-Proceed Model เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจมีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุ เพศ กรรมพันธุ์และปัจจัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ได้แก่ การสนับสนุนทางครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม สถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับ หรือคาดว่าจะได้รับ อันเป็นผลมาจากการกระทำหรือพฤติกรรมของตนเช่นการใช้ยา การเสริมแรงที่ได้รับจากบุคลากร

ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ได้แก่ การได้รับข่าวสาร ซึ่งบุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี โดยการทำกรณีศึกษาใช้วิธีการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

ลักษณะประชากร

ประชากรในการศึกษานี้ คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนาให้ เณิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดสระบุรี โดยไม่จำกัดเพศ และระดับการศึกษา

การเลือกประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 6 ราย คัดเฉพาะกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างน้อย 1 ปี
3. รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง
4. มีความสามารถในการได้ยินปกติ สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
5. มีความสนใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำการการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะโครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระดับความดันโลหิตปัจจุบัน ส่วนยาที่ได้รับการรักษาได้ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลเสนาให้ เณิม

พระเกียรติ ๘๐ พรรษา บางส่วนของข้อความได้ดัดแปลงมาจากแบบคัดกรองความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบบุคลิกภาพแบบเอ (Type A Personality Test) แบบทดสอบบุคลิกภาพแบบเอ (Type A Personality Test) ได้มาจากการจัดการความเครียดของกรมสุขภาพจิต ([http:// www.healthcorners.com](http://www.healthcorners.com))

ส่วนที่ 3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยกรอบแนวคิดแบบจำลอง Precede-Proceed Model ของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter (Green, et al., 1999) โดยใช้คำถามแบบเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความรู้สึนึกคิด หรือความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยไม่ถูกชักนำด้วยความคิดหรือความรู้ของผู้ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยการตีความในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษาข้อมูลที่ต้องการศึกษาได้มาจากการรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล และศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษามีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมี 6 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย และเพศหญิง 5 ราย อายุระหว่าง 18-35 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ 5 ราย โสด 1 ราย กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มละ 2 ราย ประกอบอาชีพ ค้าขาย 1 ราย รับจ้าง และเป็นแม่บ้านกลุ่มละ 2 ราย ค้าขายและไม่ได้ทำงานกลุ่มละ 1 ราย ลักษณะโครงสร้างครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว 5 ราย และครอบครัวขยาย 1 ราย จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 2-3 คน ทุกคนเป็นสมาชิกของครอบครัว อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร 5 ราย มีรายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน 4 ราย มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 5 ราย สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 4 ราย ประกันสังคมและข้าราชการกลุ่มละ 1 ราย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1-2 ปี 3-5 ปี และ 6-10 ปี กลุ่มละ 2 ราย ทุกรายมีประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนกลุ่มตัวอย่างทุกคนอยู่ในภาวะอ้วน โดยที่ 5 ราย มีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีค่า

ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตปกติหลังจากได้รับการตรวจรักษาแล้ว ดังแสดงในตาราง 2

การรักษาความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง ตั้งแต่เมื่อแรกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ได้รับยาความดันโลหิตสูงชนิดเดียวคือ HCTZ มี 2 ราย อีก 4 รายได้รับยาความดันโลหิตสูง 2 ชนิดคือ HCTZ และ Atenolol แต่เมื่อ 6 เดือนก่อนและปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างได้รับยาความดันโลหิตสูงชนิดเดียวคือ HCTZ มี 1 ราย อีก 5 รายได้รับยาความดันโลหิตสูง 2 ชนิดขึ้นไป คือยา Atenolol, HCTZ, Norvasc

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า

ปัจจัยนำ

1. ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.1 พฤติกรรมการบริโภค พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็ม ชอบรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมัน อาหารทอด หมักดองและขนมหวาน

1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่มชา กาแฟ

1.2.1 การสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ไม่สูบบุหรี่

1.2.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าใน 6 รายมี 2 รายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีก 4 รายไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.2.3 เครื่องดื่มชา กาแฟ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน

1.3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ($BMI > 25 \text{ กก./ม}^2$) และมีรอบเอวระหว่าง 30 นิ้ว-50 นิ้ว โดย 1 รายค่ารอบเอวปกติ อีก 5 รายมีค่ารอบเอวเกินมาตรฐาน

1.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (5 ราย) ไม่ได้ออกกำลังกายโดยที่กลุ่มตัวอย่างบางรายคิดว่าการทำงานประจำถือเป็นการออกกำลังกาย และบางรายไม่สนใจที่จะออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยจากการทำงาน

2. ด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 ภาวะเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายมีความเครียดเป็นประจำ

2.2 บุคลิกภาพแบบเอ

2.2.1 การทดสอบบุคลิกภาพ แบบเอ (Type A Personality)

จากการทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบเอ ของกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย พบว่ามี 1 ราย ที่มีคะแนนบุคลิกภาพโดยรวมเกิน 48 คะแนน ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอ

นอกจากนี้ยังมีอีก 2 รายที่มีคะแนนด้านอารมณ์เสีง่าย ใจร้อน ไม่อดทนเกิน 12 คะแนน ซึ่งแสดงว่าบุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอในด้านนั้น

3. ด้านกรรมพันธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 6 รายทั้งหมดมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเอื้อ

- **การสนับสนุนของครอบครัวและสังคม** สถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีการสนับสนุนของครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดี มีสถานที่ในหมู่บ้านและที่ทำงานให้ออกกำลังกาย แต่มีเพียง 1 ราย ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ส่วนอีก 5 ราย ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปัจจัยเสริม

- **ด้านการใช้ยาบางประเภท** ได้แก่ ยาแก้หวัด ยาคุมกำเนิด ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาลดความอ้วน ยารักษาหอบหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยรับประทานยาแก้หวัดมี 3 รายรับประทานยาคุมกำเนิด มี 2 รายรับประทานยาลดความอ้วน และมี 1 รายที่รับประทานทั้งยาแก้หวัด ยาคุมกำเนิด และยารักษาโรคซึมเศร้า

- **ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร** ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงมีความเชื่อว่าโรคนี้ควรจะเกิดกับผู้สูงอายุ จึงไม่สนใจที่จะนำความรู้และคำแนะนำไปปฏิบัติ

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 6 ราย ที่มารักษาที่โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสายบุรี จังหวัดสระบุรี พบว่าพบผู้ป่วย 5 ใน 6 รายต้องได้รับยาลดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1 ชนิดเป็น 2-3 ชนิด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีดังนี้

ปัจจัยนำ

1. ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.1 พฤติกรรมการบริโภค จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดชอบรับประทานอาหารรสเค็มและรสจัดเป็นประจำ ชอบรับประทานอาหารประเภทไขมัน จำพวก

อาหารทอด ผัด และหมักดอง ซึ่งการรับประทานอาหารดังกล่าวอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2544) ที่พบว่าการรับประทานอาหารมันทุกวันนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (2545) ที่พบว่าถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัมต่อวันจะสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลง

1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่มชา กาแฟ

1.2.1 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 4 ราย ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีเพียง 2 รายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูนรัตน์ ลียติกุล (2543) ที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้

1.2.2 เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ประเภทชา กาแฟ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนประจำวัน ผลของคาเฟอีนอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจีและคณะ (Jee, et al, 1999 อ้างในวิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญญวัฒน์, 2548) ที่พบว่า การดื่มกาแฟมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้

1.3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานคือเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธณชัย สิทธิเลิศ (2546) ที่พบว่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนในด้านของรอบเอวจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 5 ใน 6 ราย มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานของแบบคัดกรองความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรัง ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้เกณฑ์รอบเอวมาตรฐานของรอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 32 นิ้ว รอบเอวผู้ชายไม่เกิน 36 นิ้ว

1.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ไม่ได้ออกกำลังกายนอกเหนือจากงานประจำ โดย 2 ราย คิดว่าการทำงานประจำเป็นการออกกำลังกาย และมี 3 ราย ไม่สนใจที่จะออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยจากการทำงานซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุน้อยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Morton (2003) อ้างในริรร์ พิมมานุรักษ์ (2550) ที่พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดระดับความดันโลหิตได้และสอดคล้อง

กับการศึกษาของกมลรัตน์ ปานทอง (2548) ที่พบว่าผู้ที่มิภาวะความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง

จากการศึกษาสรุปได้ว่าในด้านของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ก่อให้เกิดปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความอ้วน การกินอาหารรสจัดและเค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มชา กาแฟ ขาดการออกกำลังกายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพนา พรพัฒน์กุล (2540) พบว่า ลักษณะการดำเนินชีวิตที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มี สารคาเฟอีน และความอ้วน มีผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ ,2551)

2. ด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 ภาวะเครียด จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีภาวะเครียด เป็นประจำซึ่งภาวะเครียดนี้ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรพร อุนนาภิรักษ์ และคณะ (2543) ที่พบว่าภาวะเครียดเป็นเวลานาน ก็จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้

2.2 บุคลิกภาพแบบเอ จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 6 รายมี 1 รายที่มีคะแนนบุคลิกภาพโดยรวมเกิน 48 คะแนน ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอ นอกจากนี้ยังมีอีก 2 รายที่มีคะแนนด้านอารมณ์เสียง่าย ใจร้อน ไม่อดทนเกิน 12 คะแนน ซึ่งแสดงว่าบุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบเอในด้านนั้น บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้(สมจิต หนูเจริญกุล ,2545)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายเป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชายอาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ยังยึดติดรสชาติของอาหารหวาน มัน เค็มและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจามา (JAMA,2009 สืบค้นจาก <http://www.Medicthai.com>) ที่พบว่าการศึกษาสุขภาพโดยรับประทานอาหารและปรับรูปแบบวิถีชีวิต ที่มีความเสี่ยงต่ำสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตสูงในสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงช่วงอายุ 31-35 ปีมี 4 ราย ช่วงอายุ 28 ปีมี 1 ราย จากการที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้นซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ เรืองทิพย์ (2543) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ด้านกรรมพันธุ์ จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย มีบิดา มารดาหรือทั้ง บิดาและมารดา และมีคนในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลิวรรณ อุนนารักษ์และคณะ (2543) ที่พบว่าครอบครัวที่มีพ่อแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งคู่ จะทำให้พบได้ในรุ่นลูก 1 ใน 2 คน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรณชัย สัทธิลีส (2546) ที่พบว่าประวัติคนในครอบครัวมีภาวะความดันโลหิตสูง บุคคลในครอบครัวนั้นจะมีภาวะความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น

ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ด้านปัจจัยเอื้อที่พบคือการสนับสนุนของครอบครัวและสังคม ตลอดจนสถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดี มีสถานที่ออกกำลังกายในหมู่บ้านและที่ทำงาน แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็อาจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุน้อยได้ ถึงแม้จะมีแรงสนับสนุนของครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยทุกรายไม่ตระหนักยังยึดติดรสอาหารและความสบายทำให้ยังมีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุตติมา อรรถากร โกวิท (2543) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขัดแย้งกับการศึกษาของอรุณี เสงยสมาก (2543) ที่พบว่าสถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยด้านการใช้ยาบางประเภท จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ทั้งหมดเคยรับประทานยาแก้หวัด มี 3 รายรับประทานยากุมก้านิด ขาลดความอ้วน 2 ราย มี 1 รายที่รับประทานทั้งยาแก้หวัด ยากุมก้านิดและยารักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งการได้รับยาบางชนิดอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ ยาแก้หวัด ยารักษาโรคซึมเศร้า ขาลดความอ้วน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

2. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ราย ได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย แผ่นพับ วิทยูและทีวี ซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างดี แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้นำไปปฏิบัติตาม เพื่อปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราะเข้าใจว่าเป็นโรคของผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี น้อยศิริและอรพิน ศรีสมบัติ (2540) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับปัจจัยนำในด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง ด้านบุคลิกภาพแบบเอ ด้านกรรมพันธุ์ที่พบว่าทุกคนมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อถึงแม้จะมีแรงสนับสนุนของครอบครัวและสังคมที่มีแรงสนับสนุนดีแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ยังมีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง ปัจจัยเสริม ด้านการใช้ยาบางประเภทที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และถึงแม้จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดีแต่ผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. ควรมีแบบแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้จากทำตั้งแต่ก่อนเกิด โดยในขณะตั้งครรภ์พยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับอาหารเสริมแก่ทารกในครรภ์และการปฏิบัติตัว ส่วนในวัยเด็กและเยาวชน พยาบาลเวชปฏิบัติควรเข้าไปให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาแก่คุณครูและผู้ปกครอง ควรมีการเฝ้าระวังภาวะอ้วนในเด็กและเยาวชน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในโรงเรียน พร้อมทั้งเป็นผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและเพิ่มความสามารถในการเผชิญและจัดการความเสี่ยงสำคัญ ซึ่งในเด็กและเยาวชนมีความสำคัญอย่างมาก ควรจัดให้แนวทางในการพัฒนานิสัย การออกกำลังกายไปตลอดช่วงชีวิตในหลายชุมชน เด็กๆ จะมีวิถีชีวิตที่แน่นๆ นอนๆ มากขึ้นจากโทรทัศน์ วิดีโอเกมส์ คอมพิวเตอร์และการขาดการเรียนการสอนการออกกำลังกายในโรงเรียน โดยเฉพาะในระดับประถมศึกษาควรปลูกฝังการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตั้งแต่ในครอบครัว โดยพยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการประกอบอาหารเลี้ยงอาหารทอด อาหารมัน เค็ม หวาน เน้นรับประทานผักผลไม้มากขึ้น

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรทบทวนเนื้อหาวิธีการ และช่องทางในการสื่อสารตลอดจนการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติควรจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กิจกรรม 3 อ. โดยหลังจากให้ความรู้แล้วติดตามประเมินผลเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูพฤติกรรมสุขภาพว่ามีการปรับเปลี่ยนไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร

3. ในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว เจ้าหน้าที่ควรเพิ่มคุณภาพการจัดบริการ การดูแลสนับสนุน เพื่อลดหรือชะลอการดำเนินโรคและควบคุมกลุ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น ได้แก่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งผลให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยช่วยส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและลดปัจจัยที่เป็น

อุปสรรคต่อภาวะควบคุมโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติควรมีบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณี มีการเชื่อมโยงสร้างเครือข่ายในการจัดบริการ มีการดูแลแบบเอาใจใส่ในกรณีที่ต้องรับและส่งต่อผู้ป่วยเช่นระบบส่งต่อผู้ป่วยในโครงการใกล้บ้านใกล้ใจไว้รอคอยเพื่อเป็นการป้องกันโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและมีขนาดเล็ก เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอสนาให้ จังหวัดสระบุรีเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีคุณสมบัติที่แตกต่างจากชุมชนนี้ได้

CASE STUDY: FACTORS RELATED HYPERTENSIVE PATIENT UNDER
AGE THIRTY-FIVE YEARS

KARUNA THREEPHOL 5037842 RACN/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ORAPIN CHAROENPOL,
M.ED. (NURSING ADMINISTRATION), SUPANEE SENADISAI, B.SC. M.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

A health issue with national and global impacts, hypertension is a chronic disease in the cardiovascular group. In 2005, the WHO reported 35 million, or 60% out of 58 million, deaths resulting from lifestyle-related diseases. If this problem is left unresolved, the WHO anticipates another 17%, or 41 million deaths due to the aforementioned disease (WHO: referred in Titima Kosanwat, 2006). In Thailand, data from the Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health in 2007, found the ratio of in-patients per hundred thousand in chronic non-communicable diseases to be high in the following order: hypertension (782.38), diabetes (654.44), ischemic heart disease (262.32), cerebrovascular disease (206.34). Furthermore, it was found that all of the aforementioned diseases showed increasing hospitalization rates from 1997 as follows: 4.95 times for hypertension; 4.40 times for diabetes; 5.35 times for ischemic heart disease and 2.75 times for cerebrovascular disease. Hypertension is an incurable chronic disease. Many patients who have become disabled or died prematurely because most hypertensive persons are unaware they have the disease and do not receive treatment. Therefore, early detection and care, including learning practices and correct self-care is the key to preventing damage to other organs (Somchit Hanucharernkul and Orasa Panpakdee, 1999).

According to statistics from the Saraburi Provincial Public Health Office, hypertension was the third leading cause of illness in 2007 with a ratio of 26.10 per thousand people and the fifth leading cause of mortality at the rate of 10.09 per hundred thousand people. One of the five main diseases encountered among patients coming to receive services at Saohai Chalermprakiat Hospital, Saohai District, Saraburi Province, is hypertension. From reports of the number of patients of the Hypertension Clinic of Saohai Chalermprakiat Hospital, Saohai District, Saraburi Province, seven out of 1,450 hypertensive patients were found to be aged under 35 years in 2005 (0.48%); 11 out of 1,565 hypertensive patients aged under 35 years in 2006 (0.7%); 16 out of 1,731 hypertensive patients aged under 35 years in 2007 (0.92%) (2008 Medical Records, Saohai Chalermprakiat Hospital). It is evident, therefore, that the rate of occurrence of hypertension in persons under 35 years of age has continued in an upward trend. Although the number is not very high, the issue remains a significant problem for families, society and the country when hypertension occurs in young people.

The goal of hypertension control is to maintain blood pressure at as near to a normal level as possible and for as long as possible. Blood pressure must be controlled at less than 120/80 mercury millimeters and symptomatic treatments are aimed at inhibiting the progression of the disease, reducing the severity of symptoms and complications involving target organs (Hart & Bakris, 2004). Successful hypertension control consists of two treatment methods consisting of lifestyle modification and pharmacological treatment (Chobanian et al., 2003).

Hypertension epidemiology was found to be 23% in males and 21% in females. In this group, 71% were unaware of the disease and 24% had received treatment. Poorly controlled hypertension can cause chronic kidney failure, cerebrovascular disease and long-term heart diseases which greatly increase healthcare expenses. Therefore, risk behaviors should be modified in order to protect people without the disease in time and control hypertension in persons who already have the disease, so subsequent complications can be avoided.

According to the findings of related research, hypertension is a chronic disease with high prevalence at present. The etiology of the disease is unclear for most patients. However, there are several related factors e.g. genetics, long-term high

sodium diets, abnormally high secretion of rennin, arterial occlusion, excessive insulin in the bloodstream and other related factors e.g. age, gender, obesity, smoking, lack of exercise, consumption of tea or coffee, stress and high blood-cholesterol levels. Hypertension is a significant contributor to various complications such as cerebrovascular disease, cardiovascular disease and terminal kidney disease. Therefore, the main goal of controlling blood pressure is to not allow blood pressure to exceed 120/80 mercury millimeters so complications with target organs can be prevented or delayed for as long as possible. Lifestyle modification as appropriate for the disease is essential in order to control blood pressure levels with the normal range and control the disease for long, normal and contented lives (Bandita Kamhome, 2007).

As a community nurse responsible for the health of people at primary level, the researcher realizes the significance of the problem and has, therefore, become interested in studying the factors involved with the occurrence of hypertension in persons under 35 years of age, specifically in patients coming to receive treatment at Saohai Chalermprakiat Hospital. Furthermore, there have been no previous studies in this group aimed at implementation in monitoring and prevention of hypertension in cases involving high-risk populations aged under 35 years and reducing disease severity, prevent complications and reduce disabilities in cases of hypertensive patients who are younger than 35 years, which may cause premature mortality, so patients can have long lives with good quality of life.

Research Objectives

To study factors related to the occurrence of hypertension in persons under 35 years of age.

Scope of the Research

This research comprised a study of factors associated with the occurrence of hypertension in persons under 35 years of age within the boundaries of Saohai District, Saraburi Province.

Expected Benefits

1. Baseline data for understand the factors related to the occurrence of hypertension in persons under 35 years of age.
2. Guidelines for community nurses and healthcare teams to implement in the management and care of hypertensive patients.

Definitions

Hypertensive patients under 35 years of age are males or females aged 18-35 years and diagnosed by a doctor for no less than a year with essential hypertension, no co-morbidities and continual medication to reduce blood pressure.

Conceptual Framework of the Study

In conducting this study on the factors associated with the occurrence of hypertension in persons under 35 years of age within the boundaries of Saohai District, Saraburi Province, the researcher implemented the Precede-Proceed Model of Lawrence W. Green and Marshall W. Kreuter (Green & Krewter, 1999), which categorizes analyses for factors associated with health behaviors into three groups i.e. predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors as the conceptual framework. This study implemented the concept in Phase 4 of the Precede-Proceed Model to analyze factors associated with occurrence of hypertension.

Predisposing Factors are basic factors triggering motivation for a person's expression of behavior which may have the affect of either supporting or inhibiting behaviors the factors related to the occurrence of hypertension in persons under 35 years of age, depending upon each person. Predisposing factors also include personal factors such as age, gender, genetics, and environmental factors, such as social, economic and educational status.

Enabling Factors are environmental characteristics concerned with physiological, social, cultural and interpersonal skills and/or resources supporting desired behaviors such as family, social, facility and equipment in support of health behaviors.

Reinforcing Factors are things people will receive or expect to receive as a result of actions or behaviors example use of certain type of medication. Reinforcing factors are received from medical and public health personnel or access to news and information which who will be personality, someone with influence and the influence of their own people this Will vary according to the behavior of individuals and the situation may help support or inhibit behavior as factors associated with the occurrence of hypertension .

Research Methodology

This research comprises a study of factors associated with the occurrence of hypertension in persons younger than 35 years by conducting case studies. The methodology for this research was to study data collected during interviews.

Characteristics of the Population

The population of this study comprised hypertensive patients under 35 years of age who came to receive treatment at the Hypertension Clinic, Out-Patient Department, Saohai Chalermprakiat Hospital, Saohai District, Saraburi Province, without limitations regarding gender or level of education.

The selected population for this study was carried out by purposive sampling for a total of 6 essential hypertension patients and the following qualifications were set for the sample group:

1. Males and females at aged between 18-35 years.
2. Patients diagnosed with essential hypertension for no less than one year by a doctor.
3. Patients take medication continually to reduce blood pressure.
4. Patients have normal hearing ability and are capable of speaking, reading, writing and comprehending Thai.
5. Patients volunteered and were willing to cooperate in the study.

Research Instrumentation

The research instrumentation employed in this research comprised the following three parts:

Part 1: Demographic data record forms. which consists of gender, age, marital status, family status, levels of education, occupation, characteristics of family structure, number of family members, family income per month, time of diagnosis and current blood pressure level. The drugs were treated to information from medical records of Saohai Chalermprakiat Hospital. Some questionnaire was modified from the hypertension risk screening form of the National Health Security Office (NHSC),

Part 2: The Type A Personality Test was from stress management of the Department of Mental Health. (<http://www.healthcorners.com>).

Part 3: The line of questioning for the interviews The study was developed by studying books and documents, related research based on the conceptual framework model. Precede-Proceed Model of Lawrence W. Green and Marshall W. Kreuter (Green, et al., 1999), by using open-ended questions, so the data provider could express feelings or opinions independently without being influenced by the researcher's thoughts or knowledge.

Data Analysis

Processing and analysis of data was interpreted in terms of content analysis.

Research Findings

This study is a case study. The data studied was obtained from data collection by personal interviews and studies on the patients' backgrounds from the medical records of the essential hypertensive patients. The research findings are as follows:

Part 1: Demographic data of Hypertensive Patients

The sample group consisted of six essential hypertension patients: 1 male patient and 5 female patients aged between 18-35 years. Five of the patients were married and one patient was single. Two members of the sample group had each graduated with elementary, junior high school and senior high school educations. One member of the sample group was self-employed in commerce, two members of the sample group were freelancers, two members of the sample group were housewives and one member was unemployed. Five members had single family structural

characteristics and one member had extended family structure characteristics. As for the number of family members, most families had 2-3 family members. The family role of all members was that of family member and most (5 samples) lived with their spouses and children. Four members had family incomes of less than 5,000 baht per month, while five members had sufficient income. Four data providers used health insurance, one used social security and one used civil servant benefits.

The sample group members had been diagnosed with hypertension from 1-2 years, 3-5 years and 6-10 years with two members in each group. All members had family history with direct relatives who had hypertension and obesity; five members had waist circumferences exceeding the standards. All sample group members had normal blood-glucose and blood pressure levels when receiving regular treatment as shown in Table 2.

All of the sample group members received pharmacological treatment to reduce blood pressure when first diagnosed with hypertension. Two members of the sample group received HCTZ while the other four members received HCTZ and Atenolol. However, from six months previous to the study until the present, one member of the sample group had received HCTZ and the other five members had received two or more hypertension medications i.e. Atenolol, HCTZ, Norvasc.

Part 2: Factors Associated with Hypertension Epidemiology in Persons Younger than 35 Years. The following was found from interviews with the sample group:

Predisposing Factors:

1. Lifestyle Plans

1.1 Food consumption: all six members were found to have food consumption behaviors including foods high in sodium, carbohydrates and cholesterol, fried food, pickled food and sweet food.

1.2 Cigarette, Alcohol, Tea and Coffee Consumption Behaviors:

1.2.1 Cigarette Smoking: none of the samples were found to smoke.

1.2.2 Alcohol Consumption: only two members were found to consume alcoholic beverages while the other four members consumed no alcoholic beverages.

1.2.3 Tea and Coffee: all members of the sample group were found to consume caffeinated beverages.

1.3 Weight Control Behaviors: it was found that all sample group members had body mass index values exceeding the standards ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) and waist circumferences between 30-50 inches. One member of the sample group had a normal waist circumference and five others had waist circumferences exceeding the standards.

1.4 Exercise: the majority of the sample group (5 members) did not exercise, while some members of the sample group considered regular work as exercise and other members had no interest in exercise due to work-related fatigue.

2. Environment

2.1 Stress: all six members of the sample group were found to be confronted with stress on a regular basis.

2.2 Type A Personality

2.2.1 Type A Personality Test

From the Type A Personality Tests of six sample group members, only one member was found to have a total personality score of more than 48 points, which showed that that person tended toward having a Type A Personality.

Furthermore, another two patients were found to have scores of more than 12 points in two aspects, i.e. easily irritated and impatient, thus indicating that those patients tended toward Type A Personalities in terms of those aspects.

3. Genetics: it was found that all six members of the sample group had direct relatives with hypertension.

Enabling Factors

- **Familial, Social, Facility and Equipment Support of Healthy Behaviors:** all sample group members were found to have good familial and social support with exercise facilities in their villages and workplaces. However, only one

sample group member was able to modify behavior. The other five members did not realize the importance of behavior modification.

Reinforcing Factors

- **Use of certain types of medications, such as cough medicine, birth control medication, anti-depressants, weight reduction medication and asthma medication:** all of the sample group members had taken cough medicine before. Three members took birth control medication and two member weight reduction medication, while one member took cough medicine, birth control medication and anti-depressants.

- **Receipt of News and Information, Knowledge or Advice Concerning Hypertension:** all sample group members were found to have received knowledge or advice regarding hypertension, but continued to believe this disease occurred to only senior adults and, therefore, took no interest in or gave no significance to practice and recommendations.

Discussion of the Findings

This research aimed to study the factors associated with the occurrence of hypertension in persons aged under 35 years. The sample group consisted of 6 patients who came to receive treatment at Saohai Chalermprakiat Hospital, Saohai District, Saraburi Province. The findings indicated the following five of six members to receive medication hypertention increase from one species, two-three species. The factors to be associated with the occurrence of hypertension in persons aged under 35 years:

Predisposing Factors:

1. Lifestyle Plan Factors

1.1 Food Consumption: According to the research findings, all members of the sample group preferred to consume salty and spicy foods regularly and most of the sample group members liked to consume carbohydrates and fatty foods, fried foods, pickled foods and sweet food. Consumption of the aforementioned foods may have caused the young sample group members to have hypertension, a finding that concurred with the findings of a study by Anchalee Srisawat (2001), who found that daily consumption of fatty foods had a positive relationship with

hypertension. This finding was also consistent with the findings of a study by Somchit Hanucharemkul (2002), who found that blood pressure could be reduced with decreased sodium consumption from 10 grams per day to 5 grams per day.

1.2 Cigarette, Alcohol, Tea and Coffee Consumption

Behaviors :

1.2.1 Alcohol Consumption: According to the research findings, four members consumed no alcoholic beverages, only two members were found to consume alcoholic beverages. The effects of drinking alcohol may have caused the young sample group members to have hypertension which was consistent with the study of Poonrat Leeyatikul (2000) who found that alcohol consumption can cause hypertension.

1.2.2 Caffeinated Beverages (tea and coffee): According to the research findings, all of the sample group members consumed caffeinated beverages daily. The effects of caffeine may have caused the young sample group members to have hypertension, a finding that was consistent with the findings of a study by Jee and colleagues (Jee, et al., 1999, cited in Wimonnit, Singha and Prapai Kittiboontawan, 2005), who found that coffee consumption can cause hypertension.

1.3 Weight Control Behaviors: in terms of body mass index, the research findings show all members of the sample group to have body mass indices exceeding the standard criteria equal to or more than 25 kilograms/meter². This finding was consistent with the study of Ronnachai Sittilert (2003) who found BMI to be positively related to hypertension.

With regard to waist circumference, the research findings showed that five out of six sample group members had waist circumferences exceeding the standard criteria of the National Health Security Office (NHSO) where the waist circumference for women is not to exceed 32 inches and the waist circumference for men is not to exceed 36 inches.

1.4 Exercise: According to the research findings, five members of the sample group did not exercise apart from regular work, two members of the sample group considered regular work as exercise and three members were not interested in exercising due to work-related fatigue, which may have cause

hypertension in young persons. This finding was consistent with a study by Morton (2003) cited in Rin Pimmanurak (2007) who found that continual exercise can reduce blood pressure levels. The finding was also consistent with another study by Kamonrat Pantong (2005), who found that hypertensive individuals should practice aerobic exercise to reduce blood pressure.

According to the research findings, we can summarize that the lifestyle plans of all sample group members promoted supporting factors of hypertension, whether in terms of obesity, consumption of spicy and salty foods, alcoholic beverages, tea, coffee, or lack of exercise. This finding was consistent with the research of Pana Pornpatkul (1997), who found that poor living conditions were positively related to hypertension with statistical significance. The consumption of salty foods, smoking, lack of exercise, consumption of caffeinated beverages and obesity can cause hypertension (Surakiat Achanupap, 2008)

2. Environment

2.1 Stress: According to the research findings, all of the sample group members faced stress on a regular basis. Stress may have caused the young sample group members to have hypertension, a finding that was consistent with a study by Liwan Unnapirak and colleagues (2000), who found that long periods of stress can cause permanent hypertension.

2.2 Type A Personality: The research findings further show that only one member of the sample group had overall personality scores exceeding 48 points, which indicates that that particular person tends toward having a Type A Personality. Moreover, two other patients had scores that exceeding 12 points in two aspects i.e. “easily irritated” and “impatient, intolerant”, which indicates that these patients lean toward Type A Personalities in those aspects, that persons with Type A Personalities tend to have hypertension. (Somchit Hanucharernkul, 2002)

3. Demographic Factors: it was found that four sample group members were females aged 31-35 years with one aged 28 years. Aging increased hypertensive trends, which was concurrent with the findings of Rattanaporn Ruangtip (2000), who found that age was positively related to the self-preservation behaviors of hypertensive patients.

4. Genetic Factors: According to the research findings, all six sample group members had either a father, mother, or both parents and had direct relatives

with hypertension, which may have caused the young sample group members to have transmitted the disease genetically, a finding that concurred with the research of Liwan Unnarak and colleagues (2000), who found that a family with parents who have hypertension will cause hypertension to be encountered in one out of two children. This finding agreed with the research findings of Ronnachai Sittilert (2003) who found that family backgrounds with hypertension led to a greater chance for other family members to have hypertension.

Enabling Factors:

Enabling factors related to occurrence of hypertension in persons younger than 35 years that were found to comprise familial and social support, including facility and equipment support which enabled health behaviors. According to the research, all of the sample group members were found to have received good familial and social support and had exercise facilities in their villages and workplaces. However, most of the sample group were unaware of the significance of behavior modification in terms of lifestyles and whether food consumption, exercise or inappropriate behaviors had caused the hypertension in young persons. Even with good familial and social support, however, all patients remained unaware and continued in their attachments to food flavor and comfort, so their lifestyles were unsuitable for hypertension according to the study of Chutima Attakornkowitz (2000) who found that social support was not related to high blood pressure with statistical significance.

According to the study of Arunee Hengyotmak (2000), facilities and equipment which enabled health promoting behaviors were found to be positively related to health promoting behaviors with statistical significance.

Reinforcing Factors

1. Factors Concerned with Certain Types of Medication: According to the research findings, all members of the sample group took cough medicine before, Three members took birth control medication, Two members weight reduction medication and one member took cough medicine, birth control medication and anti-depressants, The receiving of some types of medication can increase blood pressure

such as birth control pills, steroids, cough medicine, anti-depressants and weight reduction medications.(Somchit Hanucharernkul, 2002)

2. Access to News and Information about Hypertension: According to the research findings, all six members of the sample group had received news and information, knowledge and advice concerning hypertension from public health officials, primary care units, pamphlets, radios and television. However, the research findings also revealed that not all of the sample group members practiced behavioral modification leading to appropriate behaviors because of the belief that hypertension is a disease in senior adults, which may have caused hypertension and complications in agreement with a study by Anchalee Noisiri and Orapin Srisombat (1997), who found that knowledge about hypertension was not related to hypertension with statistical significance.

It can be summarized that all of the aforementioned factors associated with the occurrence of hypertension in persons younger than 35 years had a relationship with predisposing factors in terms of genetics, Type A Personalities, inappropriate and erroneous lifestyle plans. As for enabling factors, even though patients had good familial and social support, they remained unaware of the significance and continued inappropriate and erroneous lifestyles. With regard to reinforcing factors, although patients received good news and information about hypertension, they did not modify their behaviors.

Research Recommendations

1. There should be monitoring plan, the risk of hypertension by knowledge may be made before birth, The nurse practice during pregnancy should be to educate mothers about dietary supplements for infants, childhood and youth practice nurses should be to provide knowledge and as consultants to teachers and parents. There should be monitoring obesity in children and youth. Should provide knowledge about eating Should be in school physical activities. And to exercise leadership in the community. For enhance immunity and increase the ability to face and important risk management .In children and young people is important. Guideline in the development of habits. Physical activity throughout life in many communities. Children will sleep any other way of life more seats from television, video games, computers and lack of

exercise, learning in school. Especially at the elementary school and should instill proper eating from the family

2. Public health staff should review the content, methods and channels of communication as well as evaluation of the patient's asymmetric information. Consistently over time. The nurse practice projects should be arranged to modify health behaviors characteristics such as behavior modification activities promoting exercise, dietary control and emotional management After the evaluation of knowledge continue. For health behavior change that purpose.

3. The group patient hypertension . Staff should improve the quality of care and services support. To reduce or slow the progression of diseases and control group, the risk of more serious disease Including health behavior modification. To result in disease control and prevention of complications. The factors that help promote a positive relationship and reduce the factors that prevent disease complications and health behavior modification. The nurse practice should have role case manager. Linked to network service management. With care in case of need for care and referral systems, such as referring the project near the heart near seamless. To prevent disease and associated complications

Research Limitations

This study is s case study a small sample group was purposively selected in order to study essential hypertensive patients coming to receive treatment at the Out-Patient Department, Saohai Chalermprakiat Hospital, Saohai District, Saraburi Province, which prevents implementation of the research in reference to essential hypertensive patients with different characteristics from this community.

รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2545). แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรื่องความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กุศล สุนทรธาดา. (2550). โรคเรื้อรังของประชากรในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี from <http://www.popterms.mahidol.ac.th>
- กมลรัตน์ ป่านทอง. (2548). ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีการรำไม้พลองป้านญมีต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- กมลลัก ลำราญจิตร. (2538). การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชุติมา อรรถากรโกวิท. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐิติมา โกศลวัฒน์. (2549). สำเนาเอกสารประชุมประจำปี: แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปิงบประมาณ2550.กลุ่มโรคไม่ติดต่อสำนักงานควบคุมโรคที่ 7
- ครุณีวัลย์ วัชรอมจิตร. (2548). *Diet: Which ones and how to prescribe?*. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- นิภา จรูญเวสน์. (2548). โรคความดันโลหิตสูง โรคเหตุความสับสน. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 5(3), 267-271.
- บรรหาร กอนันตกุล. (2546). ความดันโลหิตสูงทันยุค. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัณฑิตา คำโฮม. (2550). การสำรวจงานวิจัย การพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปณิตา ลิ้มประวัฒน์ และกิตติศักดิ์ สุวรรณวิสุทธิ. (2546). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดย JNC 7. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 2(3): 127-132.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2546). ความดันโลหิตสูงทันยุค. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. .
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2549). มารู้อีกโรคความดันโลหิตสูงกันเถอะ, from http://www.thaihypertension.org/newsdetailphp?news_id=36§ion=4
- พูนรัตน์ ลีดิกุล. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนา พรพัฒน์กุล. (2540). ความรู้และปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนย่อยที่ 4 และ 8 เทศบาลเมือง จังหวัดนครนายก. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี, 22(2), 65-71.
- เขวเรศ วิสูตรโยธินและคณะ. (2548). รายงานการวิจัยการพัฒนากลุ่มประชาชนการป้องกันความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก กระทรวงสาธารณสุข.
- รัตนกรณีย์ เรืองทิพย์. (2543). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มพนักงานธนาคาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- รณชัย สัทธเลิศ. (2546). แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชน. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ริรร์ พิมมานุรักษ์. (2550). แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชน. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2543). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วิมลนิจ สิงหะ และประไพ กิตติบุญถวัลย์. (2548). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- ศรินภัทร์ เนตรณรงค์พร. (2551). การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาล แบบทดลอง และแบบกึ่งทดลองที่ศึกษา เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลเสาไห้ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดสระบุรี. (2551). รายงานสถิติประจำปี 2548-2550. (เอกสารอัดสำเนา).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: วิเจ พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). แนวคิดปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ:สภาการพยาบาล.
- สมจิต หนูเจริญกุลและ อรสา พันธุ์กักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2551). การจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสการพิมพ์.
- สมจิตร สุทชนะ. (2543). ผลการปรับโครงสร้างปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพร แนวบุตร. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สิริรัตน์ สีสจรัส. (2550). ความดันโลหิตสูง: แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมและลดความเสี่ยงทางสุขภาพการรักษาและการดูแลตนเอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 21(2), 79-90.
- สุดารัตน์ ลิขิตภูมิ. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ. (2551). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไปเล่ม 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ. (2549). แอลกอฮอล์: ศีกรีแห่งความทุกข์. หมอชาวบ้าน, 26(308), 17-26.
- อรสา พันธุ์กักดี. (2542). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรุณี เสงี่ยมาก. (2543). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี ศรีสวัสดิ์. (2544). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตในพนักงานขับรถโดยสารประจำขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี น้อยศิริ และอรพิน ศรีสมบัติ. (2540). ปัจจัยคัดสรรบางประการที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 12(2), 72-85.
- American Heart Association. (2006). What is high blood pressure? , from <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=2112>.
- Appel, L. J. (1999). Non-pharmacologic therapies that reduce blood pressure: A fresh perspective. *Clinical cardiology*, 22(7), 111-115.
- Bolander, V. B. (2002). *Health Promotion in nursing*. New York: Delmar.
- Brooten, e. a. (2003). Patient problems, APN interventions, time and contacts across five patient grown. *Journal of nursing scholarship*, 25(1), 73-79.
- Cakir & Pinar. (2006). Randomized controlled trial on lifestyle modification in hypertensive patients. *Western Journal of Nursing Research*, 28(2), 190-209.
- Chobanain, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., IZZO, J. L., et al. (2003). swent report of theyoint national committee on Prevention, Detection, Evaluation And Treatment.
- Elmer, P. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Simons-Morton, D., Stevens, V. J., Young, D.R., & et al. (2006). Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, Physical fitness, and blood pressure control: 18-momth results of a randomized trail. *Annals Of Internal Medicine*, 144(7), 485-495.
- Green, Lawrence, Kruter, & Manshall. (1999). *Health Promotion Planning An Education Approach* (3 ed.). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Hart, P. D., & Barkris, L. G. (2004). Hypertension control rates: Time for translation of Guidelines into clinic practice. *The Americans Journal of medline*, 2004(117), 62-64.

- Joint National Committee. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (JNC VII) from : www.google.co.th
- Joint National Committee. (2009). The eight report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC 8), from www.google.co.th
- Krein, S. (2002). Case management for patients with poorly controlled diabetes: A randomized control Trial.
- Linden, W., Leng, J. W., & Pdon, A. H. (2001). Individualiyed stress management for primary Hypertension. *Archive Internal Medicine*, 161(23), 1070-1080.
- Mycek, M. J., Harvey, R. A., Champe, P. C., & Fisher, B. D. (2000). *Lippincott's illustrated reviews:Pharmacology* (2 ed.). Philadelphia: Lippincott Wiliams and Wilkins.
- National Heart, Lung, Blood pressure Institute, & National Institute of Health. (1997). The sixth report of the point national committee on detection, evaluation And treatment of high blood pressure. (JNCVI) from <http://www.nhlbi.nih.gov/nhlb/nhlbi.htm>
- Olson JP. (2000). *Woman Health care*. New York MC Graw-Hill.
- Scott, E. (2007). Stress Management: Top 5 Health Treatments for high blood Pressure, from [Stress.about.com/od/blood-pressure-stroke/ tp/ blood- pressuer.htm](http://Stress.about.com/od/blood-pressure-stroke/tp/blood-pressuer.htm).
- Vasan RS, Beiser A, Seshachi S, & et al. (2002). Residual lifetime risk for developing hypertension In middle-aged women and men. [The Framingham Heart study]. *JAMA*.
- Vikrant, S., & Tiwari, S. C. (2001). Essential Hypertension Pathogenesis and Pathophysiology. *Indian Academy of clinical Medicine*, 2(3), 141-161.
- World Health Organization. (2003). International Society of Hypertension writing Group WHO/ISH Statement on management of hypertension. *Hypertension*, 21, 1983-1992.



ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มการขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อการศึกษา

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา

เรียน ผู้ให้ข้อมูล

ดิฉัน นางสาวกรุณา ตรีผล นักศึกษาปริญญาโท สาขาเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะศึกษา เกี่ยวกับ “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี” ในการศึกษาครั้งนี้ ท่านคือบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่สามารถให้ข้อมูล โดยการให้สัมภาษณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการพูดคุย โดยจะใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง และขณะพูดคุยจะขออนุญาต บันทึกเสียงร่วมด้วย ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงจะเก็บรักษาเป็นความลับและจะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการศึกษา วัน และ เวลาในการให้สัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของท่าน หลังจากนั้นจะขออนุญาต เพื่อพูดคุยกันอีกในกรณีที่ผู้ศึกษายังไม่เข้าใจเรื่องราวเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของท่าน ได้อย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ การนำเสนอผลการศึกษาจะกระทำในภาพรวมเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น

การเข้าร่วมการศึกษานี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ หากท่านเข้าร่วมการศึกษานี้แล้วภายหลังเกิดการเปลี่ยนใจ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาทางการแพทย์ และเป็นแนวทางในการวางแผนการให้บริการต่อไป

ผู้ศึกษาขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมศึกษานี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอมเข้าร่วมศึกษา

ลงชื่อ.....

(นางสาวกรุณา ตรีผล)

ผู้ศึกษา

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง จิตเครื่องหมาย ✓ ใน () หรือเติมข้อความในช่องว่าง

- 1.เพศ () ชาย () หญิง

2. ອາຍຸ ປີ

3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
- () หม้าย () หย่า
- () แยกกันอยู่

4. สถานภาพในครอบครัว
- () เป็นหัวหน้าครอบครัว
- () เป็นสมาชิกในครอบครัว

5. ระดับการศึกษา
- () ประถมศึกษา และต่ำกว่า
 - () มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - () อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร
 - () ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ
- () นักเรียน/ นักศึกษา
- () ข้าราชการ () รัฐวิสาหกิจ
- () ค้าขาย () รับจ้าง
- () เกษตรกรรม () แม่บ้าน
- () อื่น ๆ ระบุ

7. ลักษณะโครงสร้างครอบครัว

() ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน

9. ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย

() บิดา/ มารดา () คู่สมรส () ญาติพี่น้อง
() บุตร/ หลาน () อยู่คนเดียว

10. รายได้ครอบครัวต่อเดือน บาท

() ไม่เพียงพอ () เพียงพอ () เหลือเก็บ

11. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล

() ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ () ชำระค่ารักษาเอง
() ประกันสังคม () บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

12. ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาจนถึงปัจจุบัน

รวมเวลา ปี เดือน

13. มีประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว

() พ่อ () แม่
() พี่ () น้อง
() ญาติ (ระบุ)

14. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตรคิดเป็นค่า BMI kg/ m²,

เส้นรอบเอว เซนติเมตร (ชายไม่เกิน 90 ซม. หรือ 36 นิ้ว, หญิงไม่เกิน 80 ซม. หรือ 32 นิ้ว)

FBS = ... mg%

15. ค่าความดันโลหิต mmHg.

16. ยาที่ได้รับรักษาความดันโลหิตสูง

เมื่อแรกได้รับการวินิจฉัย เป็นความดันโลหิตสูง	ชื่อยา
เมื่อ 6 เดือนก่อนผู้ศึกษาทำการรวบรวมข้อมูล	ชื่อยา
ปัจจุบันขณะผู้ศึกษาทำการรวบรวมข้อมูล	ชื่อยา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบบุคลิกภาพแบบเอ (Type A Personality Test)

ให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามใส่ตัวเลขหน้าข้อความที่เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลตอบมากที่สุด การตอบให้พิจารณาจากอุปนิสัย และความรู้สึกส่วนตัว คำตอบที่ให้จะไม่มีถูก หรือ ผิด

3 สำหรับข้อความที่รู้สึก “ฉันเป็นเช่นนี้เสมอ”

2 สำหรับข้อความที่รู้สึก “ฉันเป็นเช่นนี้ในบางครั้ง”

1 สำหรับข้อความที่รู้สึก “ฉันไม่เป็นเช่นนี้”

(.....)1. ความพอใจสูงสุดของข้าพเจ้าอยู่ที่การทำงานได้ดีกว่าผู้อื่น

(.....)2. ข้าพเจ้าชกนันทสนทนาเข้าสู่หัวข้อที่ข้าพเจ้าสนใจอยู่เสมอ

(.....)3. การสนทนาข้าพเจ้าจะกำหนด ทบไต่ หรือทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อเป็นการเน้นเรื่องที่กำลังสนทนาอยู่

(.....)4. ข้าพเจ้าจะเคลื่อนไหว เดิน รับประทานอาหารอย่างรวดเร็วเสมอ

(.....)5. ข้าพเจ้ามีความรู้สึกว่าข้าพเจ้าสามารถประสบความสำเร็จมากกว่าผู้อื่น

(.....)6. ข้าพเจ้าจะมีความรู้สึกผิดถ้าข้าพเจ้าไม่ได้ทำอะไรเลยเป็นเวลาหลายชั่วโมง

(.....)7. ข้าพเจ้าจะได้เถียงในวงสนทนาได้บ่อยครั้ง

(.....)8. ข้าพเจ้าจะไม่มีอารมณ์อดทนกับความเชื่องช้าของเหตุการณ์ต่าง ๆ

(.....)9. การมีสิ่งต่าง ๆ มากกว่าคนอื่นมีความสำคัญสำหรับข้าพเจ้า

(.....)10. สภาพความเป็นอยู่ของข้าพเจ้า (การศึกษา ชีวิตครอบครัว) จะต้องโดดเด่นกว่าผู้อื่น

(.....)11. ข้าพเจ้าจะเสียใจบ่อยมาก ที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ไว้ได้

(.....)12. ข้าพเจ้าจะเร่งการสนทนาของผู้อื่นด้วยการจบประโยคให้ผู้อื่น

(.....)13. ข้าพเจ้าจะรู้สึกว่าบุคคลที่ชอบหลีกเลี่ยงการต่อสู้แข่งขันเป็นคนที่มีความมั่นใจในตนเองต่ำ

(.....)14. ข้าพเจ้าจะรู้สึกว่าสิ่งที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จ จะต้องมุ่งความสนใจไปที่สิ่งนั้นเพียงอย่างเดียว

(.....)15. ความผิดพลาดของผู้อื่นทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดโดยไม่จำเป็น

(.....)16. ข้าพเจ้าจะไม่มีอารมณ์อดทนในการดูผู้อื่นทำงานที่ข้าพเจ้าสามารถทำได้เร็วกว่า

(.....)17. ความก้าวหน้าในด้านอาชีพการงานเร็วกว่าผู้อื่นเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญของข้าพเจ้า

(.....)18. ข้าพเจ้าไม่มีเวลาพอที่จะทำให้ชีวิตของข้าพเจ้ามีความสมดุล

(.....)19. ข้าพเจ้าจะระบายความหงุดหงิดซึ่งเกิดจากความผิดของข้าพเจ้ากับผู้อื่น

- (.....)20.ข้าพเจ้าชอบที่จะทำงานหลาย ๆ อย่าง พร้อม ๆ กันในเวลาเดียวกัน
- (.....)21.เมื่อข้าพเจ้าพบบุคคลอื่นที่ชอบการต่อสู้แข่งขัน ข้าพเจ้าจะเกิดความรู้สึกที่
อยากจะทำลายบุคคลผู้นั้น
- (.....)22.ข้าพเจ้าจะใช้เวลาว่างในการคิด และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับงาน
- (.....)23.ข้าพเจ้าจะรู้สึกผิดหวังบ่อยมากเกี่ยวกับความไม่ยุติธรรมในชีวิต
- (.....)24.ข้าพเจ้าจะรู้สึกหงุดหงิดในการรอคอยในแถว



การแปลผล

บุคลิกภาพแบบ A ประกอบด้วยทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ชอบการแข่งขัน ไม่มีความสุขในชีวิต อารมณ์เสื่อง่าย และใจร้อนไม่อดทน ดังนั้นให้รวมคะแนนของแต่ละด้าน ดังนี้

ชอบการแข่งขัน ได้แก่อข้อ 1 5 9 13 17 21

ไม่มีความสุขในชีวิต ได้แก่อข้อ 2 6 10 14 18 22

อารมณ์เสื่อง่าย ได้แก่อข้อ 3 7 11 15 19 23

ใจร้อน ไม่อดทน ได้แก่อข้อ 4 8 12 16 20 24

คะแนนที่มากกว่า 12 คะแนน ในแต่ละด้านแสดงว่าบุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบ A ในด้านนั้น และถ้าคะแนนรวมเกิน 48 คะแนน แสดงว่าโดยรวมแล้ว ผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบ A

ส่วนที่ 3 แนวคำถามสัมภาษณ์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ มีแนวคำถามดังนี้

1. ในกรณีที่ท่านมีบุคคลในครอบครัว และญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง บุคคลเหล่านี้เริ่มป่วยเมื่ออายุเท่าไร มีความรุนแรงของโรคเป็นอย่างไร และมีวิธีการรักษาอย่างไร
.....
.....
.....
2. ท่านมีขนาดรอบเอวเท่าไร ในกรณีที่ท่านมีเอวเกินมาตรฐาน (ชายเอวเกิน 36", หญิงเอวเกิน 32") ท่านคิดว่าจะมีผลต่อสุขภาพของท่านอย่างไร
.....
.....
.....
3. ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปกติท่านรับประทานอาหารแบบไหน ถ้าท่านรับประทานอาหารดังต่อไปนี้คืออาหารจานด่วน, อาหารหมักดอง, อาหารไขมันสูง, อาหารที่มีแป้งและน้ำตาล, อาหารเค็ม (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง) ปริมาณของอาหารที่ท่านรับประทานมากน้อยอย่างไร และรับประทานอาหารประเภทนี้มานานเท่าใด และรสอาหารที่ชอบเป็นอย่างไร และเมื่อรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วท่านรับประทานอาหารอย่างไร
.....
.....
.....
4. ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปกติท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (สุรา, เบียร์, ไวน์, วิสกี้) หรือไม่ ถ้าดื่ม ๆ ชนิดใด ปริมาณที่ดื่มมากน้อยแค่ไหนอย่างไร ระยะเวลาที่ดื่ม ๆ นานานเท่าไร
.....
.....
.....

5. ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

6. ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านสูบบุหรี่ หรือไม่ ถ้าสูบ ๆ ชนิดใด ปริมาณที่สูบ ๆ วันละเท่าใด ระยะเวลาที่สูบ ๆ มานานเท่าไร

.....

.....

.....

7. โดยปกติท่านเป็นคนอารมณ์ร้อน มีความวิตกกังวล ขี้โมโห ขุนเคี้ยว หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

8. ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านมีการออกกำลังกายหรือไม่อย่างไรบ้าง โดยวิธีไหน ก่อนหน้าที่ท่านจะรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงท่านทำอย่างไร เพราะเหตุใดจึงทำเช่นนั้น และท่านรู้สึกอย่างไรในการออกกำลังกาย มีแบบแผนการออกกำลังกายอย่างไร

.....

.....

.....

9. ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านรับประทานยา ดังต่อไปนี้คือ ยาแก้หวัด ยาคุมกำเนิด ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาลดความอ้วน ยารักษาหอบหืด (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง) ครั้งสุดท้ายเมื่อใด ปริมาณเท่าใด ระยะเวลาทานเท่าไร ท่านได้รับยามาจากที่ใด

.....

.....

.....

10. ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านได้รับคำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากที่ไหนบ้าง มีใครแนะนำท่านเกี่ยวกับการรักษาความดันโลหิตสูงบ้าง เขาแนะนำเรื่องอะไรบ้าง ท่านทำตามที่เขาแนะนำหรือไม่เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

11. ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมในเรื่องการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแนวคำถาม

- | | ตำแหน่ง |
|--|--|
| 1. รศ.อรพินธ์ เจริญผล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ |
| 2. รศ.สุภาณี เสนาดิสัย
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ |
| 3. นายแพทย์สุวัฒน์ ธนกรณวัฒน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ
๘๐ พรรษา |

ภาคผนวก ง



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๗๘๕

ชื่อโครงการ

กรณีศึกษา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มี
อายุน้อยกว่า 35 ปี

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๑๑-๕๒-๔๕ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวกรุณา ตริผล

ที่ทำงาน

โรงพยาบาลเสาไห้

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสดชิงก
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๔ ธันวาคม ๒๕๕๒

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสาวกรรณา ตรีผล

วัน เดือน ปีเกิด

25 พฤษภาคม 2509

สถานที่เกิด

จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

พ.ศ. 2538 - 2540

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 - 2553

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 6/1 หมู่ที่ 2 ตำบลสวนดอกไม้

อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี

เบอร์โทรศัพท์ (036) 332547

084-0557509

E-mail : Karuna_threepho@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์งาน

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนาห์เฉลิมพระเกียรติ

๘๐ พรรษา จังหวัดสระบุรี

เบอร์โทรศัพท์ (036) 391253