# ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิต
# Health Status of Hypertensive Patients in Blood Pressure Controlled

(Received: September 17,2020 ; Accepted: October 21,2020)

อังศุมาลิน โคตรสมบัติ พย.ม
Aungsumalin Kottsombat MN.S.
เบญจรัตน์ เสี่ยมวิบูล พย.ม
Banjarat SahaimviboolMN.S
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลยโสธร
Professional Nurse (Advanced Nurse Practitioner) Yasothon Hospital.

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิตและวิเคราะห์ผลจากการวิจัยเพื่อนำไปศึกษาดำเนินการวิจัยและพัฒนาในโครงการวิจัยรองระยะที่สอง การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2561-มกราคม 2562 การวิจัยดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มศึกษาความดันโลหิตสูงจำนวน 117 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย ในคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธรโดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพแบบสอบถามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตแบบสัมภาษณ์การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ผลการวิจัยหลังเสร็จสิ้นการวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยพัฒนาต่อยอดเป็นโครงการวิจัยรองระยะที่สองแบบวิจัยและพัฒนา

ผลการวิจัย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 65.80 ระดับการศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.90 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 50.40 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 62.20 กลุ่มศึกษามีดัชนีมวลกายสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 64.10 ความดันโลหิตค่าซิสโตลิคสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 68.40 ความดันโลหิตค่าไดแอสโตลิคสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 29.90 การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ; 1) ด้านการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารหมักดองสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 83.80 , ใช้ผงชูรส 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 88.0 ,และชอบรับประทานอาหารที่มีไขมัน ได้แก่อาหารประเภทผัด ทอดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ62.40 รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 60.70 ; 2) ด้านการออกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 74.40 ; 3) ด้านอารมณ์และการจัดการกับความเครียด กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ สามารถจัดการกับความเครียดได้เป็นประจำร้อยละ 75.20 ; 4) ด้านการจัดการความเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ลืมรับประมานยา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 41.90 และรับประทานยาไม่ตรงเวลาเพราะรอตามระยะเวลาที่ได้รับอาหารซึ่งไม่ตรงเวลาตามกำหนดการของยา และรองลงมาพบว่าความดันโลหิตควบคุมได้ดีจึงงดยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง

**คำสำคัญ** ภาวะสุขภาพ,โรคความดันโลหิตสูง, การควบคุมระดับความดันโลหิต

**Abstract**

This study was descriptive research**.**The subjects of this study were to explorehealth status for blood pressure control among patients with hypertensive patients and the result research analyze for subproject research phase 2 continue were research and development.The study was carried out during January 2018 to January 201**9.** The study research in to divide operated on two procedure ; one procedure : 117 subjects with hypertension patients at out of department hypertension clinic Yasothon Hospital were recruited with simple random sampling ;two procedureanalyzed of the result research for subproject research phase 2 continue were research and development. Data was collected using instruments : personal and health status, and blood pressure control self-efficacy questionnaire including of taking medications for blood pressure control questionnaire. Data was collected using Frequency ,mean ($\bar{x}$),

and standard deviation (SD) were used to analyse quantitative data and content analysis was used to analyse qualitative data.

The result of this study were as follow.Most of patients with hypertension were aged over 60 years (65.80%), finished primary school (88.90%), working as agriculture (50.40%), and the duration of illness was between 1-5 years (62.20%). The participants had over body mass index (64.10%), systolic blood pressure > 140 mmHg, (68.40%), diastolic blood pressure > 90 mmHg ( 29.90%), Blood pressure control behaviors ; 1) food consumption dimension - most of participants consumption high salt food such as ferment food 1-2 times a week (83.80%) and monosodium glutamate 6-7 times a week ( 88.00%) and also consumed fatty foods including fried and deep fried food 1-2 times a week (62.40%), oily food 1-2 time a week (62.40%), only foods 1-2 time a week (60.70%); 2) exercise dimension - most of participants exercised regularly (74.40%) ; 3) stress management dimension - most of participants deal with stress regularly (75.20%); 4) illness management dimension – 41.90% of the participants forgetting of taking medications 1-2 times a week.

**Keywords :**health status , Hypertension disease, Control blood pressure

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่คุกคามภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งโลก อุบัติการณ์เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นมีความรุนแรงและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขที่พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำ (essential or primary hypertension) โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 1,025.44 เป็น 1,561.42 ต่อ 100,000 ประชากร (ระหว่าง พ.ศ. 2550-2557) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธรณสุข, 2559) และพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มจาก 3.64 เป็น 10.95 ต่อ 100,000 ประชากร ระหว่าง พ.ศ. 2550-2557(กรมควบคุมโรค ,2559) ปัญหาดังกล่าวเกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและระบบในร่างกายทำงานสอดประสานกันไม่ได้ตามปกติ สูญเสียดุลยภาพในอวัยวะที่สำคัญทำให้เกิดโรคที่นำไปสู่การเสียชีวิตด้วยวัยอันควรเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งโรคไตเรื้อรัง และในที่สุดทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

การควบคุมระดับความดันโลหิตสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ชะลอความก้าวหน้าของโรค โดยพบว่าหากลดความดันโลหิตลงได้ 3 มิลลิเมตรปรอท จะช่วยลดการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 8 และลดการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 5 ทั้งนี้เกิดจากการป้องกันการเกิดปัญหาหลอดเลือดแดงขาดความยืดหยุ่นที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดลเลือดหัวใจ และโรคไต(Appel, L.J. ,2003) หากมีการควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียปีสุขภาวะ หรืออาจมีภาวะทุพพลภาพได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 10(Gu,D., Reynolds. ,2002) สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วมีแนวโน้มของการควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น เช่น ในสหรัฐอเมริกาสถิติของการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.1(Ong,K.L.,Chung,B.M.Y.,Man,Y.B.,Lua,C.pP., &Lam,K.S.L ,2007) ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อย แต่ยังไม่มีการทำลายของอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง หลอดเลือดหัวใจ และตา ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ภายใน 7- 10 ปี พยากรณ์คาดการณ์ไว้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (วิทยา ศรีมาดา ,2550)

การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ( cardiovascular disease ) โรคหลอดเลือดสมอง ( stroke ) และโรคไต( kidney disease ) ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตลดลง และเสียชีวิตในที่สุด(. Fang,X.H.,Zhang,X.H., 2006 ; Nationalinstitues of Neurological Disorder and Stroke.Stroke hope through research ,2006) การควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Wong,N.D.,Lopez,V.A.,L'Italien,G.,Chen,R.,Kline,S.E.J.,&Franklin,S.S. ,2007) การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการป่วย ชะลอความก้าวหน้าของโรค และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะหัวใจล้มเหลว ( Ong,K.L.,Chung,B.M.Y.,Man,Y.B.,Lua,C.pP., & am, K.S.L. ,2007) ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเสื่อมหน้าที่เรื้อรัง เบาหวาน กลุ่มเมตาบอลิซึม และไขมันในเลือดผิดปกติ ( dyslipidemia) เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะเหล่านี้ และพบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีโรคหัวใจและลอดเลือด ( CVDs) มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Wong,N.D.,Lopez,V.A.,L'Italien,G.,Chen,R.,Kline,S.E.J.,&Franklin,S.S. 2007) และพบว่าน้ำหนักที่เกินมาตรฐาน และการ

กระจายตัวของไขมันที่ส่วนเอวอันผิดปกติ ( abdominal fat distribution ) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มโรคเมตาบอลิสซึม(. Lakka,H.Laaksoneh,D.E. ,2002) ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค และแนวโน้มของการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น

การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้อัตราการเจ็บป่วยสูงขึ้น ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับปัญหาที่สามารถป้องกันได้(Houston,M.C.,. ,2011)ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการหาแนวทาง เพื่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีศักยภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยซึ่งเห็นได้จากการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมการดำเนินของโรค เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในขณะที่เจ็บป่วย ซึ่งการสร้างพลังอำนาจในการควบคุมโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตมีอิสระมากขึ้น (สุพัตรา บัวที ,2554 ; สุพัตรา บัวที ,2553) โดยพบว่าการสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น(ศกุณตลา อนุเรือง, ศิริอร สินธุ, และวราพร วานิชย์กุล ,2552) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีการศึกษาวิจัยพบว่าระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น (จุฑารัตน์ ภาตะนันท์, รัชนี นามจันทรา และ ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร ,2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาร์ตและคนอื่น ๆ (Ward,H.J.,Morisky,D.E.,Less,N.B.,&Fong,R. ,2000) ที่พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และงานวิจัยที่สืบค้นพบมีกิจกรรมที่ช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้ คือ การจัดการรายกรณี การจัดการความเครียด การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา ( 3 อ. 2 ส. )การจัดรูปแบบความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วย และการควบคุมจังหวะการหายใจเป็นกิจกรรมที่ช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้(DeSimone,M.E.,&Crowe.,A. ,2009) จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอันเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะนำไปสู่การศึกษาหารูปแบบการพยาบาล พัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมใช้เป็นแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิตและวิเคราะห์ผลจากการวิจัยเพื่อนำไปศึกษาดำเนินการวิจัยและพัฒนาในโครงการวิจัยรองระยะที่สอง

## ประชากรหรือกลุ่มศึกษา

กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้ทำการรักษาที่งานอายุรกรรมเฉพาะโรคผู้ป่วยนอก คลินิกความดันโลหิตสูงเป็นระยะนานมากกว่า 1 ปี ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาเป็นผู้ป่วยกลุ่มศึกษา ได้มาโดยวิธีการทดลองแบบสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยได้รายชื่อแล้วไม่ให้ใส่กลับคืนเข้าไปในกล่องฉลากคำนวณหากลุ่มศึกษาด้วยการใช้โปรแกรมการคำนวณ Power Analysis for Sample Size ผ่านโปรแกรม G* star โปรแกรมประมวลผลกลุ่มศึกษาได้จำนวนเท่ากับ 117คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปหรือข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตและแบบสัมภาษณ์การรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตเครื่องมือการวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรง ( validity) ของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบหาความเที่ยง(reliability)โดยทำการทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน ในพื้นที่ปฏิบัติงานจริงของผู้วิจัยคลินิกความดันโลหิตสูง งานอายุรกรรมเฉพาะโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร

## วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นโครงการวิจัยหลัก (โครงการวิจัยชุดใหญ่)ระยะที่หนึ่งเชิงพรรณนา/เชิงบรรยาย ซึ่งเป็นการวิจัยที่นำผลการวิจัยที่ได้ไปวิเคราะห์พัฒนาต่อยอดครอบคลุมโครงการวิจัยรองระยะที่สองในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยการวิจัยเชิงพรรณนาโครงการวิจัยหลักระยะที่หนึ่งในครั้งนี้ ได้มีวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมความดันโลหิตตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิต และแบบสัมภาษณ์ในการใช้ยาควบคุมความดันโลหิต ของโครงการวิจัยหลักระยะที่หนึ่งเชิงพรรณนา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในเบื้องต้น หลังจากได้ข้อมูลผลจากการ

ศึกษาวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 หลังเสร็จสิ้นจากการดำเนินการวิจัยระยะที่หนึ่งโครงการวิจัยหลักเชิงพรรณนา นำข้อมูลผลการวิจัยมาพัฒนาต่อยอดเป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาสำคัญ และการแก้ไขปัญหา รวบรวมผลการวิเคราะห์ จัดทำเป็นโครงการวิจัยรองระยะที่สองแบบวิจัยและพัฒนา

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (แบบเร็ว) ของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลยโสธรโดยคณะกรรมการฯได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในหมายเลขที่ 01/2561 ลงวันที่ 9 2561

## ผลการวิจัย

**1.ลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

1.1 กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.50 อายุเฉลี่ย 64.03 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 65.80 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.80 จบการศึกษาระดับปฐมศึกษาร้อยละ 88.90 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 50.40 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ 70.90 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 60.70

**1.2 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.32 ปี โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 71.00 และยังพบว่าเป็นโรคนี้มากกว่า 10 ปีร้อยละ 18 ดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ย 24.74 และส่วนใหญ่สูงกว่า 22.9 ร้อยละ 75.00 เพศชายส่วนใหญ่มีขนาดรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรร้อยละ 17.95 ส่วนเพศหญิงมีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 50.43 ความดันโลหิตตัวบน ( systolic blood pressure) เฉลี่ย 150.10 เซนติเมตร โดยส่วนใหญ่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 68.40 สำหรับความดันโลหิตตัวล่าง( diastolic blood pressure)เฉลี่ย 84.67 มิลลิเมตรปรอท โดยส่วนใหญ่ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 70.13 ส่วนใหญ่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมร้อยละ 19.30 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวานเพราะมีระดับน้ำตาลที่สูงไม่มากจนถึงสูงมากสมควรได้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

**2. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต**

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วร้อยละ 56.40 ส่วนใหญ่ไม่ได้ลดปริมาณของการบริโภคปลาร้า น้ำปลา เกลือ ร้อยละ 41.10 ชอบรับประทานอาหารประเภทผักดอง ส้มปลาน้อย ส้มปลาเนื้อเค็ม ไส้กรอก หม่ำ สัปดาห์ละ 1-2 วันร้อยละ 83.80 และพบว่ามีการใช้ผงชูรสเป็นประจำร้อยละ 88.00

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานปลาเป็นประจำร้อยละ 61.50 ปรุงอาหารโดยการต้ม นึ่ง ย่าง ร้อยละ 58.10 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีไขมันสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ดังนี้ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ไข่ปลา ร้อยละ 76.90 อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบร้อยละ 63.20อาหารประเภทผัด ทอด ร้อยละ 62.40 อาหารประเภทเนื้อติดมัน หนังไก่ หนังหมู กากหมู ร้อยละ 60.70

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานผักใบเขียวเป็นประจำร้อยละ 67.50 รับประทานกล้วย ส้ม มะม่วง หรือมะละกอ เป็นประจำร้อยละ 40.29 รับประทานผักโขม มะเขือเทศ หรือเห็ด สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 63.20รับประทานปลาทั้งก้างสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 69.20 ดื่มนมหรือนมถั่วเหลืองสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งร้อยละ 41.10 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานข้าวกล้องร้อยละ 99.10

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย หรือทำงานบ้านเป็นประจำร้อยละ 74.40 และมีการออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีเป็นประจำร้อยละ 72.60

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีวิธีการคลายความเครียดเมื่อพบความเครียดเกิดขึ้นเป็นประจำร้อยละ 75.20 ส่วนใหญ่ปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำร้อยละ 48.70 ส่วนใหญ่ไม่ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านร้อยละ 56.40 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาคลายเครียดร้อยละ 89.80

**การรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต** กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่ยืมยาของผู้ป่วยอื่นมารับประทานร้อยละ 98.30 ไม่ลดยาเองร้อยละ 85.50 ไม่เพิ่มยาเองร้อยละ92.30 ไม่เคยงดยาด้วยตนเองร้อยละ 84.60 ไม่ลืมรับประทานยาร้อยละ 48.70 แต่ลืมรับประทานยาสัปดาห์ละ 1- 2 ครั้งร้อยละ41.90 ส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ตรงเวลาเป็นประจำร้อยละ 65.80 พบว่าส่วนใหญ่สังเกตวันหมดอายุของยาเป็นประจำร้อยละ 54.70 และไม่เคยสังเกตเลยร้อยละ 43.60 ส่วนใหญ่เก็บยาให้พ้นจากความชื้น และแสงแดดร้อยละ 91.50 ไปพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 85.50 และพบว่าส่วนใหญ่สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน ศีรษะไม่โล่งร้อย

ละ 92.30 ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยและลงมาที่ต้นคอแบบหนัก ๆ ร้อยละ 88.00 มีบวมที่เท้าเป็น ๆ หาย ๆ ร้อยละ 79.50

## อภิปรายผล

1. กลุ่มศึกษาบริโภคอาหารที่ทำให้มีโอกาสได้รับสารที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นมากเกินไป ได้แก่ 1) โซเดียมจากอาหารสูงแม้ว่าส่วนใหญ่(ร้อยละ 56.40) จะไม่เคยเติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงเสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ลดการบริโภคปลาร้า น้ำปลา เกลือ และยังคงใช้ผงชูรสปรุงอาหารเป็นประจำ และพบว่าร้อยละ 83.80 รับประทานอาหารประเภทผักดอง ส้มปลาน้อย ส้มปลา เนื้อเค็ม ไส้กรอก หม่ำ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมการบริโภคของผู้คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังการบอกเล่าของผู้ป่วยที่เล่าว่าในการจัดสำรับต้องมีปลาร้าเป็นส่วนประกอบเสมอ และหากไม่ได้รับประทานจะรู้สึกว่ายังไม่ได้รับประทานอาหารในมื้อนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับโซเดียมจากอาหารปริมาณมาก ของดลรัตน์ รุจิวัฒนากร, 2547 นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับในส่วนของอาหารที่มีโซเดียมจะเกี่ยวข้องกับรสชาติ ยังขาดวิธีการในการกำหนดปริมาณโซเดียม หรือข้อมูลที่จะหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยยังคงบริโภคทั้งเครื่องปรุงรส และอาหารที่มีโซเดียมสูง ประกอบกับกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีปัญหาเรื่องการเสื่อมของต่อมรับรส และความอยากอาหารลดลง การรับประทานอาหารเค็มจะทำให้รับประทานอาหารได้เพิ่มมากขึ้น 2) รับประทานอาหารที่มีกลุ่มไขมันสูง ประกอบด้วยเครื่องในสัตว์ ไข่แดง ไข่ปลา อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารประเภทผัด ทอด เนื้อสัตว์ติดมัน หนังไก่ หนังหมู และกากหมู ซึ่งการบริโภคอาหารกลุ่มนี้ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน นอกจากนี้การรับประทานอาหารกลุ่มที่มีส่วนประกอบของไขมัน และโคเลสเตอรอลยังส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดแดงแข็ง เพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งค่าความดันโลหิตตัวบน ( systolic blood pressure) โดยเฉลี่ยมากกว่า 150 มิลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งการรับประทานอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูงเพิ่มมากขึ้น มาจากวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชนบทที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุพัตรา บัวที และคณะ(สุพัตรา บัวทีและคณะ ,2555) ที่พบว่าสตรีวัยกลางคนในเขตชนบทบริโภคอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงทำให้ภาวะไขมันในเลือดสูงตามมา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายที่กำหนดได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชัย เอกพลการ(วิชัย เอกพลการ ,2553)

2. กลุ่มศึกษามีแนวโน้มที่จะได้รับสารอาหารสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตไม่เพียงพอ ได้แก่ 1) กลุ่มศึกษามีโอกาสได้รับแมกนีเซียมจากอาหารน้อย ดังที่พบว่า ที่ได้รับประทานข้าวกล้องเป็นประจำพบเพียงร้อยละ 0.009 แมกนีเซียมเป็นสารอาหารที่ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต คือสารแมกนีเซียมทำให้เส้นเลือดขยายได้ดีขึ้นช่วยลดความดันโลหิตได้ (Houston,M.C., &Harper,K.J. ,2009) รวมทั้งจากผลงานวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างได้รับโปตัสเซี่ยมไม่เพียงพอ โดยพบว่าได้รับประทานอาหารกลุ่มที่มีโปตัสเซี่ยมสูง ได้แก่ 1) ผักโขม มะเขือเทศ เห็ด สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งจึงมีโอกาสที่จะได้รับสารโปตัสเซี่ยมไม่เพียงพอ การรับประทานโปตัสเซี่ยมอย่างเพียงพอสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ โดยควรได้รับ 3,700 มิลิกรัมต่อวัน(Panel on Dietary reference intakes for Electrolytes and Water ,2005) ซึ่งโปตัสเซี่ยมมีบทบาทในการควบคุมการไหลเวียนเลือด และระดับความดันโลหิต (Haddy,Vanhoutte&Feletou,M. ,2006) และพบว่าการเพิ่มรับประทานอาหารโปตัสเซี่ยมในอาหารเป็น 750-1,00 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ 2-3 มิเมตรปรอท สอดคล้องกับINTERSALT อ้างถึงใน Houston, Harper, & Pharm,(2008) และพบว่าการรับประทานอาหารที่มีโปตัสเซี่ยมเพิ่มมากขึ้น 0.6 กรัมต่อวัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตตัวบน ( systolic blood pressure)1.0 มิลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) 0.5 มิลิเมตรปรอท(Houston,M.C., &Harper,K.J.,.Potassium ,2009) 3) แคลเซี่ยมมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยพบว่าการได้รับแคลเซี่ยมจากอาหารในปริมาณที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความดันโลหิต เนื่องจากแคลเซี่ยมช่วยลดการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีโอกาสได้รับแคลเซี่ยมไม่เพียงพอจากการสำรวจพบดื่มนมหรือนมถั่วเหลืองเป็นประจำน้อยมากเพียงร้อยละ 2.60 ทั้งนี้การรับประทานแคลเซี่ยมในรูปแบบของยาไม่ช่วยลดระดับความดันโลหิต(Margolis et al.,.K.L. ,2008)

3. การออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ของ Monteir&Filhoกล่าวถึงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพราะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยให้ความดันโลหิตลดลง 4-7 มิลิเมตรปรอท (Margolis et al.,.K.L. ,2008; Pescatello,L.S. ,2015) การออกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยทำให้เยื่อบุหลอดเลือด (endothelium) มีความยืดหยุ่นช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

(Pescatello, L.S. ,2004)การออกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และควบคุมการทำงานของบาโรรีเฟล็ก ( baroreflex) ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง(Laterza,M.C.,De Matos,L.D.N.G., 2007) งานวิจัยครั้งนี้กลุ่มศึกษามีการออกำลังกายสม่ำเสมอส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนเองได้ออกกำลังกายเนื่องจากตนเองทำงานบ้านเป็นประจำ ร้อยละ 74.40 และจากการพูดคุยในระหว่างให้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยยังพบว่าบางรายยังมีการออกแรงแบบเกร็งกล้ามเนื้อ( isometric contraction) เช่น ออกกำลังกายโดยการวิดพื้น และผู้ป่วยชาย 1 คนไปตัดไม้และดึงไม้ไผ่ ซึ่งต้องมีการเกร็งของกล้ามเนื้อและออกแรงมากจนทำให้เป็นลมล้มลง การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อมีผลทำให้หลอดเลือดแดงลดความยืดหยุ่นลง(Kaess,B.M. ,2012)การออกำลังกายแบบแอโรบิกที่ระดับความหนักปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังการที่หนัก (intense aerobic exercise ) จะทำให้เกิดการทำลายของเยื่อบุภายในหลอดเลือดด้านใน(Larsen, M,K.Matchkov,V.V,. ,2016) ดังนั้นจึงควรออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที สอดคล้องกับ US Surgeon General อ้างถึงใน Appel(Appel, L.J. ,2003) สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้

4. การจัดการกับความเครียด ได้ใช้เป็นแนวทางที่เพิ่มขึ้นในการควบคุมระดับความดันโลหิตของแนวทางปฏิบัติในปัจจุบัน[29] กลุ่มศึกษามีแนวโน้มในการจัดการกับความเครียดได้ ผลการวิจัยพบส่วนใหญ่กลุ่มศึกษาเมื่อมีความเครียดจะหาวิธีคลายความเครียดได้เมื่อเกิดความเครียด ซึ่งวิธีการที่ใช้โดยการปรึกษาพูดคุยกับบุคคลสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตามยังกลุ่มศึกษาบางราย (ร้อยละ 10.20) ที่มีการใช้ยาคลายเครียด จากข้อมูลกลุ่มศึกษาอาจมีแหล่งสนับสนุนการจัดการกับความเครียดน้อย เนื่องจากพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.70 ไม่เคยปรึกษาพูดคุยกับบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว และร้อยละ 56.40 ไม่เคยปรึกษาปัญหากับเพื่อนบ้าน ซึ่งทั้งครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการช่วยสนับสนุนทางอารมณ์ จากข้อจำกัดของแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความเครียดเกิดขึ้น โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหาวิธีลดปัญหาโดยการใช้วิธีการนั่งสมาธิการทำสมาธิเป็นวิธีการที่สามารช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้ เนื่องจากทำให้เกิดการผ่อนคลายทำให้ลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติลดลง(Parati,G., &Steptoe,A ,2004) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับแนวโน้มทางสังคมที่บุคคลต้องพึ่งพาตนเองในเรื่องสุขภาพมากขึ้น และควรช่วยให้มีวิธีการควบคุมอารมณ์ในช่วงที่มีเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เนื่องจากสามารถช่วยควบคุมไม่ให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีภาวะทางอารมณ์ตึงเครียด(Alabdulgader,A.A. ,2012) ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการเพื่อให้อยู่กับโรคเรื้อรัง โดยสามารถควบคุมการดำเนินของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

5. กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนด้านการใช้ยาที่ยังไม่เหมาะสม กล่าวคือส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ตรงเวลาและลืมรับประทานยาบางครั้ง แต่มีกลุ่มศึกษาบางกลุ่มที่สามารถปฏิบัติตนด้านการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง คือไม่ยืมยาผู้ป่วยคนอื่นมาใช้ ไม่งดยา เพิ่มยา หรือลด ปริมาณยาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์ ( 2556) ที่พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประสบการณ์ความรุนแรงของโรคที่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันรุนแรง(ปราณี คำจันทร์ , สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล ,2551) อย่างไรก็ตามกลุ่มศึกษาที่ลืมรับประทานยาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งร้อยละ 48.70 ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีภาวะของ cognitive impairment ระบบของความทรงจำจะเสื่อมและลดลง จากการรับรู้ ส่งผ่านคลื่นไฟฟ้าของระบบประสาทมีความเร็วลดลง ดังนั้นในผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการสนับสนุนใช้เครื่องกระตุ้นความทรงจำเช่นตั้งโทรศัพท์ให้มีเสียงดังช่วยเตือนการรับประทานยาให้ตรงเวลา หรือสมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลเพื่อลดปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยาไม่ตรงเวลา พบผลงานวิจัยที่แสดงให้เห็นในแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศสิงหเสน, และเยาวลักษณ์ ยิ่มเยือน ,2559) แม้ว่าผู้ป่วยจะบอกว่ารับประทานยาตรงเวลา แต่จากประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่าการรับประทานยาส่วนใหญ่จะรับประทานตามเวลาของอาหาร ซึ่งในการรับประทานอาหารนั้นผู้ป่วยจะไม่ตรงเวลาบ่อยครั้ง เนื่องจากเวลาในการรับประทานอาหารจะขึ้นอยู่กับการทำงานในช่วงเช้าว่าจะแล้วเสร็จเมื่อใด ซึ่งการได้รับยาในเวลาที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับยาที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งระดับของยามีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เหมาะสมเท่าที่ควร นอกจากนี้การปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานยาส่วนใหญ่จะบอกว่าทำตามคำสั่งการรักษาโดยพยายามรับประทานให้ครบเท่านั้น ในบางรายบอกว่าเคยลดขนาดยา เพื่อจะได้รับประทานยาให้ครบถึงวันนัด บางรายไปยืมยาผู้ป่วยบุคคลอื่นมารับประทานก่อนเนื่องจากเพิ่มยาด้วยตนเองต่อมายาจะหมดก่อนวันนัดจำเป็นต้องยืมยาผู้ป่วยบุคคลอื่นมารับประทางก่อนให้ถึงวันนัด

ซึ่งในช่วงเวลาที่เพิ่มหรือลดยาด้วยตนเองของผู้ป่วยนั้นมีความเสี่ยงสูงจากอันตรายของการเปลี่ยนแปลงระดับยาในกระแสเลือดและการเปลี่ยนของระดับความดันโลหิต ทั้งนี้เป็นปัญหาของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมดังกล่าวอาจกล่าวอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากการ

มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาน้อยหรือมีไม่ตรงประเด็นกับที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ หรือขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมความดันโลหิต(ปราณี คำจันทร์, สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล ,2551)

1. การสามารถติดตาม เฝ้าระวังการดำเนินโรคด้วยตนเอง ( self-monitoring ) ช่วยให้การควบคุมระดับความดันโลหิต

ได้ดีและช่วยให้การรับประทานยาตามแนวทางการรักษามากขึ้น[34,35] ผู้ป่วยกลุ่มศึกษายังขาดการติดตามความผิดปกติที่เกิดจากความดันโลหิต ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่เคยไปพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติมากถึงร้อยละ 85.50 และจากประสบการณ์ภาคสนามของทีมวิจัยพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงแล้วไม่ไปรับการรักษา หรือไปขอรับการวัดความดันโลหิตกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ในที่สุดอาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้และทั้งหมดไม่มีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ซึ่งการวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเองเป็นวิธีการที่จำเป็น สามารถช่วยให้การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น(Ogedegbe,G.,Schoenthaler,A.,A ,2006) โดยพบว่าช่วยให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มศึกษาที่วัดความดันโลหิตด้วยตนเองมีระดับความดันโลหิตลดลง[36]และมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต(Jones,M.I. ,2012) ซึ่งความมั่นใจนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและควบคุมให้ระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

1.1 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมปริมาณของโซเดียมและไขมันที่ได้รับในการให้ข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ ควรเป็นการให้ข้อมูล 2 ทาง กล่าวคือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารทั้งในเรื่องของอาหาร วิธีการปรุง และเครื่องปรุงที่ใช้ พยาบาลช่วยผู้ป่วยวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ความรู้ที่จำเป็น เช่น การอ่านฉลากอาหาร แนะนำให้ปรุงอาหารในลักษณะที่มีการใช้เครื่องปรุงรสและน้ำมันน้อย เช่นการนึ่ง ต้ม ปิ้ง ย่าง ที่มีการใช้เครื่องปรุงรสเพียง 1-2 ชนิด(สุพัตรา บัวที ,2554)นอกจากนี้ต้องให้ความสำคัญกับอาหารที่มีความเฉพาะในแต่ละบริบท เช่น กรณีอาหารหมักดองที่มีรสชาติเปรี้ยว เช่น ผักดอง ส้มปลา ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าไม่ได้เป็นอาหารที่มีโซเดียมสูงและในกรณีของไข่ปลาที่มีปริมาณคอเลสเตอรอลสูง

1.2 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการเรื่องการจัดการความเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังมีปัญหาเรื่องการจัดการความเจ็บป่วยเนื่องจากยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับยาและโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลควรพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา การใช้ยา คลอดจนแนวทางการจัดการกับอาการที่ผิดปกติ และการบริหารยา ช่วยจัดหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในการจัดการความเจ็บป่วย เช่น จัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตไว้ประจำหมู่บ้าน จัดทำสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย คู่มือการจัดอาหารเมื่อเกิดอาการผิดปกติ แนวทางการจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติที่รุนแรง การประสานงานเพื่อส่งต่อเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

1.3 ประสานงานให้เกิดเครือข่ายการจัดการโรคความดันโลหิตสูงทั้งในระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล โดยมีการจัดระบบการดูแลที่ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มช่วยเหลือผู้ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเช่น ในผู้สูงอายุ ผู้พิการ

**2. ด้านการทำวิจัยในอนาคต**

2.1 งานวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในแบบของการวิจัยและพัฒนาโครงการรองระยะที่สองในการศึกษาหารูปแบบการพยาบาลที่มีความเหมาะสมในการจัดการกับผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.2 ในสภาวการณ์ปัจจุบันรูปแบบการสื่อสาร การให้สุขศึกษา การให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อเป็นการสื่อสารแบบสองทางควรเป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยศึกษาความรู้ค้นหาสื่อข้อมูลด้านสุขภาพโดยมีพยาบาลหรือทีมสุขภาพเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะ ซึ่งหมายถึง การจัดรูปแบบของการพยาบาลในการให้ความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วย

2.3 การใช้วิธีการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพควรเป็นรูปแบบที่ผสมสาน มีการประเมินและวิเคราะห์ เชื่อมโยงกับระดับสติปัญญา อายุ ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยร่วมด้วย

. 2.4 ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ให้มีความชัดเจน ตามประเด็นปัญหาที่พบจากผลการวิจัยในครั้งนี้

2.5 ศึกษาแนวทางการดูแลโดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองทั้งในด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ( 3 อ. 2 ส. ) ต่อไป

2.6 ศึกษาพัฒนางานวิจัยด้านการจัดการรายกรณี การขยายบทบาทของพยาบาล และการประสานร่วมทีมใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมดำเนินการ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้พบปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นในการพัฒนาต่อยอดโครงการวิจัยรองระยะที่สอง ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาดังกล่าวควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาในลักษณะที่เข้มงวด

## เอกสารอ้างอิง

สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.**รายงานประจำปี 2559**.กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.2559.

Appel, L.J. (2003).Lifestyle modification as a means to prevent and treat high blood pressure . **Journal of American Society Nephrology**.2003; 14 **:**599-512.

Gu,D., Reynolds.,K,WU.,X.,Chen,J.,Munter,P.,He.,J.,.Prevalence,awareness,treatment, and control of hypertension in China. **Hypertension.**2002;40**:**920-927.

Ong,K.L.,Chung,B.M.Y.,Man,Y.B.,Lua,C.pP., &Lam,K.S.L.,.Prevalence,awareness,treatment and control of hypertension among The United State adults.1999-2004.**Hypertension,**2007;49**:**69-73.

วิทยา ศรีมาดา.**ตำราอายุรสาสตร์ 2** .พิมพ์ครั้งที่ 5ฉบับหรับปรุงแก้ไข.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.2550.

Fang,X.H.,**Z**hang,X.H., Yang.,Q.D., Dai.,X.Y. Rao,M.L., LiS.C.,Subtype hypertension and risk of stroke in the middle-aged and older Chineses:A10 –year follow-up study.S**troke,**2006;**37:**38-43.

Nationalinstitues of Neurological Disorder and Stroke.Stroke hope through research. 2006. .Retrieve fromhttp://www.ninds.nih.gov//disorders/stroke/detail_stroke.htm.

Wong,N.D.,Lopez,V.A.,L'Italien,G.,Chen,R., Kline,S.E.J.,&Franklin,S.S. Inadequate control of hypertension in US Adults with cardiovascular diseasecomobidities in 2003-2004.**Achive of International Medicine.**2007;167(22):2431-36.

Ong,K.L.,Chung,B.M.Y.,Man,Y.B.,Lua,C.pP., & am, K.S.L. Prevalence,awareness, treatment and control of hypertension among The United State adults.1999- 2004.**Hypertension** ,2007; **49:**69-73.

Lakka,H.Laaksoneh,D.E.,Lakka,T.A.,Niskanen,L.K.,Kumpusalo,E.,Tumilehto,T. &Salonen,J.T. The metabolic syndromes and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. JAMA,2002;288(21):2709 - 2716.

Houston,M.C.,.The importance of potassium in managing hypertension. **Current Hypertension Report.**2011; Dol10.1007/s11906-001-0197-8.

สุพัตรา บัวที.การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ.**วารสารการพยาบาลกองทัพบก,**2554:12(2):23-29.

สุพัตรา บัวที, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์,และศิริอร สนธุ.พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ที่บ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์.**วารสารพยาบาลศาสตร์,**2555;30(2):58-69.

ศกุณตลา อนุเรือง, ศิริอร สินธุ, และวราพร วานิชย์กุล .ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูง.**วารสารสภาการพยาบาล.2552;24(1)**:11-23.

จุฑารัตน์ ภาตะนันท์, รัชนี นามจันทรา และ ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร.ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต.**วารสารการพยาบาลกองทัพบก.** 2555;13(1):1-7.

Ward,H.J.,Morisky,D.E.,Less,N.B.,&Fong,R. A clinic and community-based approach to hypertension control for an underservedminority population : Design and methods. **American Journal of Hypertension.**2000;13:177-83.

DeSimone,M.E.,&Crowe.,A. Nonpharmacological approaches in the management of hypertension. **Journal of the American Academy of Nurse Practiccioner.**2009;21:189-96.

วิชัย เอกพลการ.(บรรณาธิการ).การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในปี 2551.นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.2553.

Houston,M.C., &Harper,K.J.,.Potassium, magnesium, and calcium : their role in both the cause and treatment of hypertension. **The Journal of Clinical hypertension**,2009;10(7): 3-11.

Panel on Dietary reference intakes for Electrolytes and Water,.Standing Committee on the Scientific Evalution of Dietary Reference Intakes; Food and Nutrition Board ; Institute of Medicine. Dietary Reference Intake for Water,Potassium, Sodium,Chloride,and Sulfate; The National Academies Press : Washington,DC,2005.

Haddy,Vanhoutte&Feletou,M. Role of potassium in regulating blood flow and blood pressure. **American Journal of PhysiologicalIntregration Component Physiology.**2006;290:546-52.

Margolis et al.,.K.L.Ray,R.M.,VanHom ,L.,Manson,J.E.,Allison,M.A., Black,H.R.,et al. Effect of calcium and vitamin D supplementation on blood pressure : The woman's health initiative randomized trail. **Hypertension,**2008;52(5):847-55.

Pescatello,L.S., MacDonald,H.V.,Lamberti,L.,&Johnson,B.T..Exercises for hypertension : A prescription updateintegrating existing recommendation with emerging research.**Current Hypertension** Report, 2015;17 (11): retrived on 3 rd October 2ti017from http://dx.doi/10.1007/s11906-015-0600-y.

Appel,L.J.,.Lifestyle as a means to prevent and treat high blood pressure. **Journal of American Society Nephrology**,2003;14:99-102.

Pescatello, L.S.,Frankin,B.A.,Fargard,R.,Farquhar,W.B.,Kelly,G.A., &Ray,C.A.,.Exerciseand hypertension. Medicine ScienceSports Exercise, 2004; 36(3):533-53 retrieved on 3 rdOctober ,2017 from htpp://dx.doi.org/10.1249/01.MSS.0000115224.88514.3A.

Laterza,M.C.,De Matos,L.D.N.G.,T.ombetta,I.C.Exercise training restores baroreflex sensitivity in never-treated hypertensive patients.**Hypertension,**2007;49(6):1298-1360. Rectrieved from http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSION AHA.106.085548.

Kaess,B.M., Larson,M.G.Hamburg,N.M.Vita,J.A., Levy,D.,Benjamin,E.J.,(2012).Arobic stiffness blood pressure progression, and incidence hypertension**. JAMA**,2012;308(9):875-881.

Larsen, M,K.Matchkov,V.V,.Hypertension and physical exercise : the role of oxidative stress.**MEDICINA**,2016;52:19-27.

Parati,G., &Steptoe,A..Stress reduction and blood pressure control in hypertension : A role of transcendental medication. **Journal of Hypertension.**2004;22:2057-60.

Alabdulgader,A.A.(2012).Coherence : A navel non pharmacological modality for lowering blood pressure in hypertensive patients. **Global Advances in Health and Medicine,**2012;1(2):54-62.

ปราณี คำจันทร์, สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.**สงขลาเวชสาร**,2551;26(6):539-547.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ,ประไพพิศสิงหเสน, และเยาวลักษณ์ ยิ่มเยือน.ความสัมพันธ์อำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.**วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์**,2559;**8(1)**.1-12.

ปราณี คำจันทร์, สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.**สงขลาเวชสาร**,2551;26(6):539-47.

Bray, E.P., Holder,R., Mant, J.,McManus, R.J., Dose self-monitoring reduce blood pressure ? Meta – analysis with meta-regression of randomized controlled trails.**Annual Medicine,**2010;42(5): 371-386.

Ogedegbe,G.,Schoenthaler,A.,A systematic review of effects of home blood pressure monitoring on medication adherence**Journal of Clinical Hypertension,**2006;**8(**3):174-180..

Aekplakorn,W., Suriyawongpaisal,P., Tansirisithikul.R.,Sakulpipat,T., &Chacroensuk,P.,Effectiveness of self-monitoring blood pressure in primary care : A randomized controlled tail. **Journal of Primary Care and Community Health**,2016;7(2):58-64.

Jones,M.I., Greenfield,S.M., Bray,E.P., Barat-Grant,S.,Hobbs,F.D.R.,Holder,R.,Little,P., and et al.Patients experiences of self-monitoring blood pressure and self-titration of medication:The TASMINH2 trail quality study.**British Journal of General Practice**. 2012.DOI:10 .3399/bigp12x625201.