

กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน*

สุนันทา ห่วงทอง** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

นพวรรณ เปี้ยชื่อ*** Ph.D. (Nursing), APN/NP

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย**** ประ.ด. (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษา)

บทคัดย่อ: การศึกษาแบบกรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรค ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและความดันโลหิต อยู่ในระดับรุนแรง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เพศชายอายุ 50 ปี และ เพศหญิงอายุ 52 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย นอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการพักผ่อนหย่อนใจ รับประทาน ยาไม่ต่อเนื่อง ลืมรับประทานยา และปรับขนาดยาเอง โดยมีปัญหาและอุปสรรคคือ 1) ความชอบ อาหารที่มีไขมันสูงและอาหารผ่านขบวนการ มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับการบริโภค อาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ลักษณะของการทำงาน และปัญหาเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว 2) ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม 3) เพื่อนบ้าน ลักษณะชุมชนที่มีการสูบบุหรี่และไม่มีการออกกำลังกาย อิทธิพลของสื่อ ปัญหา ระบบบริการสุขภาพ และ 4) ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและการออกกำลังกาย รวมทั้งธรรมเนียมของชุมชนในการดื่มสุรารองานเลี้ยง ผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะสำหรับ บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนในการประเมินปัญหาอุปสรรคของการควบคุมความ ดันโลหิต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโซเดียมและไขมันแฝงในอาหาร เครื่องปรุงรส และเครื่องดื่ม ข้อมูล ไขมันในอาหาร และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง วิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อ การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับ ประทานยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง รวมทั้งการประสานความร่วมมือและพัฒนาระบบการรักษาติดตามเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

คำสำคัญ: กรณีศึกษา ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง การควบคุมความดันโลหิต ปัญหา และอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต

*ได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน**

ความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ประเทศไทยพบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.0 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 22 ใน พ.ศ. 2547 คิดเป็น 10.1 ล้านคนโดยประมาณ (สุวิทย์วิบูลผลประเสริฐ, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า จำนวนผู้ที่มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 3,157 รายในปี พ.ศ. 2549 เป็น 3,236 ราย ในปี พ.ศ. 2551 และพบผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 41 ราย ในปี พ.ศ. 2549 เป็น 51 รายในปี พ.ศ. 2550 และ 76 ราย ในปี พ.ศ. 2551 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, 2552)

แม้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ทราบชัดเจน แต่มีปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัยคือปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Kumar & Clark, 2005) ที่สำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรควบคุม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การงดสูบบุหรี่ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) ร่วมกับการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต เนื่องจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยเฉพาะในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงซึ่งมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Kumar & Clark, 2005) จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อสมอง หัวใจ ตา และไต (งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2551)

แม้ว่าในปัจจุบันมีแนวทางในการควบคุมความดันโลหิตหลากหลายรูปแบบ มีข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ มากมาย และในส่วนของรัฐบาลก็มีนโยบายและการรณรงค์อย่างสม่ำเสมอ (สุมาลี วัจนกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์, 2551) แต่การควบคุมความดันโลหิตก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีจำนวนมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ เป็นภาระของผู้ดูแล เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว (สุพรรณิ ชีโย, 2547) และกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับประเทศจากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 1994) สามารถประยุกต์ใช้ในการอธิบายอิทธิพลซึ่งกันและกันของสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคลและครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและครอบครัว ชุมชน ความเชื่อ และวัฒนธรรม ที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง การควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงดังกล่าวเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาในเชิงกรณีศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของ บรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner's Ecological Model) เป็นกรอบแนวคิดเนื่องจากเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง สุขภาพว่าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติซึ่งเป็นผลลัพธ์ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เวลา และสิ่งแวดล้อม (Bronfenbrenner, 1979, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงองค์ประกอบของ พัฒนาการของมนุษย์ที่มีโครงสร้างของระบบสังคม เป็นลำดับที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Bronfenbrenner, 1979) ดังนี้

Microsystem เป็นระบบของกิจกรรม บทบาท และ ประสบการณ์ของบุคคล (Bronfenbrenner, 1979) เป็น ระบบที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน สถานที่ทำงาน เป็นต้น (Bronfenbrenner, 1994) โดยในการศึกษานี้ ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

Mesosystem ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันระหว่างสิ่งแวดล้อมซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนา บทบาทของบุคคล เช่น ระหว่างครอบครัวเพื่อนร่วมงาน และ วงสังคม (Bronfenbrenner, 1979) โดยในการศึกษานี้ ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของความสัมพันธ์ของครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุม ความดันโลหิต

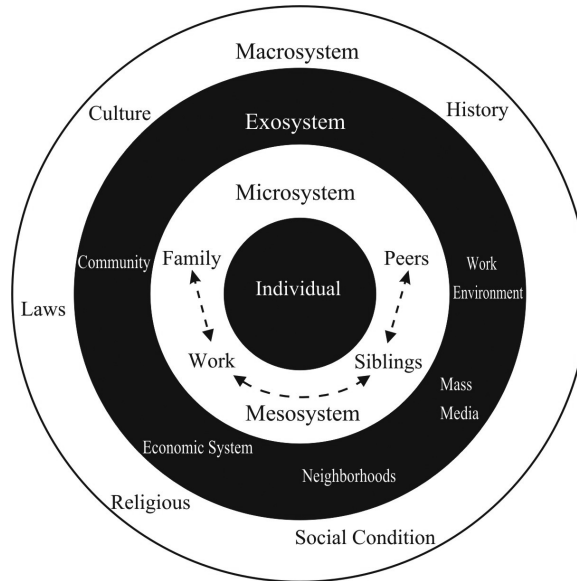
Exosystem เป็นระบบของอิทธิพล และพลังของ ชุมชน รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจของสังคมซึ่งมีผลกับ

วิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล (Bronfenbrenner, 1979; Kaplan, Pamuk, Lynch, Cohen, & Balfour, 1996) โดยในการศึกษานี้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของชุมชน วิถีการดำเนินชีวิต กิจกรรมในชุมชน ข้อมูลข่าวสาร รูปแบบต่างๆ ต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

Macrosystem ประกอบด้วย วัฒนธรรมซึ่งมาจาก ความเชื่อ ความรู้ของชุมชน ธรรมเนียมปฏิบัติ วิถีการ ดำเนินชีวิต ทรัพยากรในชุมชน เป็นระบบที่อยู่ภายนอกสุด ของบุคคล ซึ่งภายในจะประกอบไปด้วยระดับของระบบ micro, meso, และ exo (Bronfenbrenner, 1979, 1994) โดยในการศึกษานี้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลความเชื่อ ของชุมชน ธรรมเนียมปฏิบัติ วัฒนธรรม นโยบายต่างๆ ต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

เนื่องจากแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของบรอน เฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 1979, 1995) เป็น แนวคิดที่มีการกล่าวถึงพัฒนาการการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ผู้ที่นำ แนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาส่วนมากจะนำมาใช้ในการ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยเด็ก เช่นการศึกษาของ ไอเซนแมนและคณะ (Eisenmann et al., 2008) โดย ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานของชุมชน โรงเรียน และครอบครัวต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่เป็นโรคอ้วน แต่การศึกษานี้กรณีศึกษาเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ผู้ศึกษา จึงศึกษาสิ่งแวดล้อมทุกระดับ ของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มี อิทธิพลกับพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุม ความดันโลหิต ดังแผนภาพที่ 1

**กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน**



แผนภาพที่ 1: Bronfenbrenner's Ecological Model (1979) ดัดแปลงจาก ไอเซนแมนและคณะ (Eisenmann et al., 2008)

วิธีดำเนินการศึกษา

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้ศึกษาคัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรง มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลดำเนินสะดวกจำนวน 2 รายที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกที่บ้านของกรณีศึกษารายละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2-4 สัปดาห์ ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ศึกษาขออนุญาตบันทึกเสียง และจดบันทึกจากการสังเกต รวมทั้งขอให้กรณีศึกษานำบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกายมารับประทานยาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Huberman & Miles, 1998; Miles & Huberman,

1994) โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาถอดเทปคำต่อคำ แล้วนำมาแยกประเภทและจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและครอบครัว

กรณีศึกษา 2 ราย เป็นเพศหญิงอายุ 52 ปี มีสถานภาพสมรสแยก มีบุตร 2 คน แยกครอบครัวแล้ว ปัจจุบันเช่าห้องแถวอาศัยอยู่คนเดียว ประกอบอาชีพรับจ้างตัดหน่อไม้ฝรั่ง รายได้เพียงพอมีเงินเก็บเล็กน้อย และเพศชายอายุ 50 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีภรรยา 2 คน มีบุตร 3 คน แยกครอบครัวแล้วทั้งหมด ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาคคนที่ 2 และหลาน 2 คน ประกอบอาชีพรับจ้างทำสวนละมุด รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สินกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว มีพี่ชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนที่อาศัยอยู่

เป็นชุมชนชนบท มีร้านขายของชำใกล้บ้าน มีสถานที่
จัดตลาดนัดและซูเปอร์มาร์เก็ตใกล้บ้าน

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

กรณีศึกษาเพศหญิง ดัชนีมวลกาย 20.83 กิโลกรัม/
ตารางเมตร และเส้นรอบเอว 76.5 เซนติเมตร ซึ่งอยู่
ในเกณฑ์ปกติได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 8 ปี
จากสูตินรีแพทย์ระหว่างการรักษาโรคนี้เองกมตลูก
ความดันโลหิตเมื่อเริ่มรักษา 160/100 มิลลิเมตร
ปรอท ได้รับยา adalat ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาปิดกั้น
แคลเซียม (calcium channel blockers) หลังจาก
ที่สูตินรีแพทย์ไม่ได้นัดตรวจซ้ำแล้ว กรณีศึกษาจึงไม่ได้
ไปปรับยาลดความดันโลหิตอีกเนื่องจากไม่มีอาการ
จนกระทั่งประสบอุบัติเหตุล้มมีอาการปวดหลัง
ได้รับการรักษาที่แพทย์กระดูกและข้อและพบว่า
มีความดันโลหิตสูง แพทย์จึงให้รับประทานยา
กลุ่มขับปัสสาวะ (diuretics) คือ hydrochlorothiazide
(HCTZ) และกลุ่มปิดกั้นเบต้า (anti adrenergics หรือ
beta blocker) คือ atenolol ต่อมาความดันโลหิตอยู่ใน
ระดับปกติ แพทย์จึงไม่ได้นัดตรวจซ้ำประกอบกับกรณี
ศึกษาไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่ได้ไปรับการวัดความ
ดันโลหิตและไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิตเลย
จนกระทั่งมีอาการมีไข้ คางบวม เข้ารับการรักษาที่โรง
พยาบาลจึงพบว่ามีความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง
(230/110 มิลลิเมตรปรอท) ได้รับยาขับปัสสาวะ
และกลุ่มปิดกั้นเบต้า ตามที่เคยได้รับก่อนหยุดยา
(ตารางที่ 1) และนัดเข้ารับการรักษาในคลินิกความ
ดันโลหิตสูง

กรณีศึกษาเพศชายมีภาวะโรคเบาหวาน (ดัชนี
มวลกาย 29.37 กิโลกรัม/ตารางเมตร) อย่างไรก็ตาม
เส้นรอบเอว (88 เซนติเมตร) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับ
การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 4 ปี ความดันโลหิต
เมื่อเริ่มรักษา 190/120 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา
กลุ่มขับปัสสาวะคือ HCTZ และกลุ่มปิดกั้นเบต้า
คือ atenolol มาตรวจที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง
สม่ำเสมอ ความดันโลหิตยังคงค่อนข้างสูง (160/115
มิลลิเมตรปรอท) แพทย์จึงเปลี่ยนเป็นยาในกลุ่ม ACE
inhibitors คือ enalapril ดังตารางที่ 1

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับน้ำตาลอยู่ใน
เกณฑ์ปกติ (90–100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ระดับ
ไขมันในเลือดของกรณีศึกษาเพศหญิงอยู่ในเกณฑ์
ปกติ (ข้อมูลจากเวชระเบียน ไม่ได้ระบุค่า) ใน
ขณะที่กรณีศึกษาเพศชายเมื่อเริ่มรักษามีระดับ
คอเลสเตอรอลรวมในเลือดและไตรกลีเซอไรด์อยู่ใน
เกณฑ์ปกติ (คอเลสเตอรอลรวม 192 มิลลิกรัม/
เดซิลิตร, ไตรกลีเซอไรด์ 97 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) แต่
9 เดือนก่อนการศึกษามีระดับคอเลสเตอรอลรวมใน
เลือดและไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้นสูงกว่าเกณฑ์ปกติ
(คอเลสเตอรอลรวม 204 มิลลิกรัม/เดซิลิตร,
ไตรกลีเซอไรด์ 199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) แพทย์แนะนำให้
ควบคุมอาหาร ส่วนระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (High
density lipoprotein: HDL) และคอเลสเตอรอลชนิด
ไม่ดี (Low density lipoprotein: LDL) อยู่ในเกณฑ์ปกติ
(HDL 41 มิลลิกรัม/เดซิลิตร; LDL 123 มิลลิกรัม/
เดซิลิตร)

**กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน**

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา

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

OD = once daily (วันละครั้ง), bid = bis in dum (วันละ 2 ครั้ง), pc = post cibum (หลังอาหาร)

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ 1) การบริโภค และ 4) การรับประทานยา ดังตารางที่ 2
2) การออกกำลังกาย 3) การผ่อนคลายความเครียด

ตารางที่ 2 ปัญหาและอุปสรรค ในการควบคุมความดันโลหิตของกรณีศึกษา

พฤติกรรม	ปัญหาและอุปสรรค ในการควบคุมความดันโลหิต
การบริโภค	- ความชอบบริโภคอาหารที่ผ่านขบวนการ อาหารรสจัด และอาหารที่มีไขมันสูง - การปรุงอาหารและการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการรับประทานอาหาร - การรับประทานอาหารไม่เป็นมื้อ รับประทานอาหารเพราะความอยาก - การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน - การดื่มสุรา - การสูบบุหรี่
การออกกำลังกาย	- ขาดการออกกำลังกาย - การรับรู้ว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย
การผ่อนคลายความเครียด	- วิธีการผ่อนคลายความเครียดไม่เหมาะสม - การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ/ขาดการพักผ่อนหย่อนใจ
การรับประทานยา	- ความเข้าใจที่จำกัดเกี่ยวกับการรับประทานยา

1. การบริโภค ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีการบริโภคอาหารที่ผ่านขบวนการ มีการเติมเครื่องปรุงรส รับประทานอาหารไม่เป็นมื้อ ดื่มน้ำอัดลม กาแฟสำเร็จรูป สุรา และสูบบุหรี่ โดยมีลักษณะดังนี้

1.1 ความชอบบริโภคอาหารที่ผ่านขบวนการ อาหารรสจัด และอาหารที่มีไขมันสูงกรณีศึกษาหญิง กล่าวว่า “ชอบหมูหยอง...ซื้อมาครึ่งโล...กินได้หลายวัน ใส่ข้าว ผัดกิน ต้มข้าวต้มกิน” ส่วนกรณีศึกษาชายรับประทาน ผักกาดดอง ผักกาดกระป๋อง ไข่เค็ม ปลาเค็ม เนื่องจากมีความคิดว่าอาหารดังกล่าวมีรสไม่เค็ม หากอาหารมีรสเค็ม จะนำมาล้างก่อนรับประทานหรือปรุง โดยกล่าวว่า “...ผักกาดดองมันไม่เค็ม มันเปรี้ยว...ไชโป้ว เค็ม...ก็ล้างนะ แช่น้ำเอามาล้างก่อน” นอกจากนั้นยังชอบอาหารรสจัด ชอบอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น และชอบใส่กระเทียมเจียวในอาหารที่รับประทานโดย

กล่าวว่า “...ใส่หมูมัน ๆ ผมชอบ” “ขาหมู...โอ้ ชอบเลยครับ...ขาหมูต้มเปรี้ยว ๆ แล้วมันเป็นวุ้น ๆ นะผมชอบ” และ “ต้มจืด...ผมดื่กใส่ถ้วยมาแล้วเอากะเทียมเจียว น้ำมันใส่อีก” โดยให้เหตุผลว่า “กินแล้วมันช่วยบำรุงร่างกาย จะได้มีแรง” และ “กินแล้วมันดี...กินแล้วอ้วนไม่พอมอ้มเอิบ...รู้สึกถ้าไม่กินมัน ๆ แล้วมันจะพอมอ้ม รู้สึกว่าอ้วนจะดีกว่า”

1.2 การปรุงอาหารและการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการรับประทานอาหาร การปรุงอาหารในครอบครัวของกรณีศึกษา พบว่ามีการใส่ผงชูรส เครื่องปรุงรสสำเร็จรูปและน้ำมันหอย และมีการเติมเครื่องปรุงรสระหว่างการรับประทานอาหาร โดยกรณีศึกษาเล่าว่า “เปลี่ยนจากชูรสมาเป็น[ชื่อผงปรุงรส] ชูรสมันไม่ดี ลูกบอกไม่ให้ใส่ ให้ใส่ [ชื่อผงปรุงรส] แทนแล้วไม่ต้องใส่ชูรส” และอีกรายกล่าวว่า “ผงชูรสใส่ทีหนึ่งก็ข้อนึง

**กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน**

ช้อนเล็ก ๆ ช้อนกว่า ๆ ... [ซื้อก้อนปรุงรส]ใส่พวกแกงจืด ... [ซื้อผงปรุงรส] ใส่ทีนึ่งก็หมดถุง ... ถุงเล็ก ๆ ประมาณถุงผงชูรสสูงละ 10 บาท” โดยซื้อเครื่องปรุงรสต่าง ๆ จากร้านค้าใกล้บ้าน และจากการสังเกตขณะสัมภาษณ์พบว่า ระหว่างการบริโภคอาหารของกรณีศึกษามีขวดซีอิ๊วและขวดน้ำปลาตั้งอยู่

1.3 การรับประทานอาหารไม่เป็นมื้อ รับประทานอาหารเพราะความอยาก กรณีศึกษามีการรับประทานอาหารเช้าบ้างพอๆ โดยรับประทานไม่เป็นมื้อส่วนใหญ่รับประทานเพราะความอยาก โดยกล่าวว่า “กินเพราะอยาก บางทีอึดท้อง แต่ปากมันอยาก บางทีหันไปหันมาก็กิน วันหนึ่งนี่กินหลายรอบ”

1.4 การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ได้แก่ น้ำอัดลมและกาแฟชนิดทรู-อิน-วัน ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาดื่มเครื่องดื่มเป็นประจำ โดยให้เหตุผลว่าช่วยให้สดชื่น ดังคำกล่าวที่ว่า “มันโหยเพลีย ๆ มันร้อน ๆ กินแล้วมันชื่นใจ” นอกจากนี้กรณีศึกษายังดื่มกาแฟทรู-อิน-วัน ทุกวันตอนเช้า โดยให้เหตุผลว่า เติมน้ำง่าย สะดวก ไม่เสียเวลา

1.5 การดื่มสุรา กรณีศึกษาไม่ดื่มสุราโดยมีความคิดว่าการดื่มสุราช่วยให้หายจากอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน ช่วยกระตุ้นความอยากบริโภคอาหารและมีกำลังในการทำงานโดยกล่าวว่า “กินแล้วมันหายปวดหลัง...เข้ามามันไม่ปวด เข้าเราก็ไปทำงานได้สบาย แล้วก็รู้สึกว่าจะกินข้าวกินอาหารได้เยอะ...จะได้กินได้จะได้มีกำลัง จะได้มีแรง...” นอกจากนี้ยังเป็นการคลายเครียดโดยกล่าวว่า “มันเครียด พอกินแล้วมันนอนหลับ” กรณีศึกษาชายจะดื่มสุราทุกครั้ง เมื่อเข้าสังคมและไปงานเลี้ยงโดยกล่าวว่า “เวลาไปงานเลี้ยงเขาจะมีเหล้าตั้งให้...โตะนี่...ก็กินกันหมดขวด” ในขณะที่กรณีศึกษาหญิงดื่มสุราเพราะรับรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยกล่าวว่า “กินเหล้า...เวลาดูทีวีเห็นในทีวีเขากินมันก็อยาก”

1.6 การสูบบุหรี่ กรณีศึกษาสูบบุหรี่ โดยให้เหตุผลว่าตนเองมีความรู้สึกเสียบเหงา จึงใช้การสูบบุหรี่เพื่อคลายเหงา เมื่อเห็นเพื่อนบ้านสูบบุหรี่ เห็นการสูบ

บุหรี่ยาสูบทางโทรทัศน์และสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเป็นบ่อนการพนันมีผู้สูบบุหรี่ให้เห็นเยอะทำให้เกิดความอยากสูบบุหรี่โดยกล่าวว่า “...เห็นเขาสูบเดินผ่านหน้าบ้านก็...สูบ...ก็แถวนี้มันบ่อนทั้งนั้นเลย...สูบกินเยอะ สูบทุกห้องเลย”

2. การออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาขาดการออกกำลังกายโดยมีการรับรู้การทำงานบ้านหรือการทำงานในการประกอบอาชีพนับเป็นการออกกำลังกาย กรณีศึกษาบอกว่า “ตัดหน่อไม้เห็้อก็ออกเยอะ...เห็้อออกคือ ออกกำลังกาย” อีกทั้งกรณีศึกษาไม่มีการออกกำลังกายโดยกล่าวถึงเหตุผลว่าไม่มีเวลาเนื่องจากงานที่เร่งรีบ “ตีสี่ก็ต้องตื่น ทำกับข้าว กวาดบ้าน ถูบ้าน กับข้าวที่จะเอาไปกินก็ต้องเตรียม ซักเสื้อผ้าอีก...ตอนเย็นกว่าจะกลับมาถึงบ้านก็ทำไม้งครึ้งหกโมง...กลับมาที่ล้างถ้วยล้างชาม กวาดบ้าน ตักน้ำรดต้นไม้ก็หมดเวลาแล้ว” สำหรับเหตุผลอื่นคือ ไม่มีเพื่อนในการออกกำลังกาย

3. การผ่อนคลายความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายหนึ่งอาศัยอยู่คนเดียว จึงใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ซึ่งไม่เหมาะสม โดยกล่าวถึงเหตุผลในการสูบบุหรี่ว่า “ความเจิบ เพราะเราอยู่คนเดียว อยู่คนเดียวในบ้าน...หันไปหันมาเห็นแล้วมันก็อดไม่ได้...บางครั้งบุหรี่ยี่ช่วยได้ เป็นเพื่อนเราได้” นอกจากนี้กรณีศึกษายังมีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ “บางทีก็หลับมั้งไม่หลับมั้ง บางคืนไม่หลับเลย” และขาดการพักผ่อนหย่อนใจโดยไม่ได้ไปเที่ยวเพื่อพักผ่อน เนื่องจากต้องทำงานทุกวันเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ

4. การรับประทานยา กรณีศึกษาไม่มีความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีความคิดว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ประกอบกับระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลยังมีข้อจำกัด ทำให้กรณีศึกษาไม่ได้รับยาจากสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นเมื่อ

ไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่ได้รับประทานยาโดยกล่าวว่า “ก็หมอเขาไม่ได้ให้มา...ก็คิดว่าเราไม่ได้เป็นแล้ว ก็เลยไม่ไปเอามากิน แล้วมันก็ไม่มีอาการปวดหัว ไม่มีอาการอะไร” อีกประเด็นหนึ่งคือ ความไม่เข้าใจวิธีการรับประทานยาโดยพบว่ากรณีศึกษารับประทานยาลดระดับความดันโลหิตก่อนอาหารในขณะที่แพทย์ให้รับประทานหลังอาหาร “กินก่อนอาหารตลอด...ผมกลับมาดูแลสุขภาพเอา...เข้าใจว่ากินก่อน” นอกจากนี้ยังมีการรับประทานยาและปรับขนาดยาเอง “...นั่งเพลิน ๆ ดูทีวีเลยลืมไปเลย พอกินข้าวก็คิดว่ากินก่อนอาหารแล้ว ก็เลยไม่ได้กิน...บางวันมีปวดหัว ก็กินยาเพิ่ม...”

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา จากปัจจัยระดับบุคคลและครอบครัวคือ ความชอบและการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมและไขมันแฝงในอาหาร เครื่องปรุงรส และน้ำอัดลม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดลรัตน์ รุจิวัฒนกร (2547) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ได้โซเดียมจากการบริโภคเครื่องปรุงรส เนื่องจากคนไทยมีวิธีการดำเนินชีวิตในการปรุงรสระหว่างการปรุงอาหารและระหว่างการบริโภคอาหาร โดยปกติจะใช้เครื่องปรุงรสที่มีรสเค็มและการศึกษาของศิริมาส บุญประสาร (2544) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่ต้องมีเครื่องปรุงรส โดยเฉพาะน้ำปลาไว้บนโต๊ะอาหารจึงทำให้หลีกเลี่ยงการปรุงรสได้ยาก

นอกจากนั้นการที่กรณีศึกษามีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ประกอบกับความชอบอาหารที่มีไขมันสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ (2554) จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ อาจเนื่องมาจากกรณีศึกษามีข้อจำกัดเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการลดน้ำหนักตัว โดยหากสามารถลดน้ำ

หนักตัว 10 กิโลกรัมจะช่วยลดความดันซิสโตลิก 5-10 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) และการลดน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม จะช่วยลดความดันไดแอสโตลิก 0.92 มิลลิเมตรปรอท (American Heart Association, 2003 as cited in Ford, Zhao, Li, Pearson, & Mokdad, 2008; Harsha & Bray, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี วงศ์ปาลี (2550) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีดัชนีมวลกายสูง และกรณีศึกษายังมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับข้อมูลปริมาณน้ำตาลและไขมันในกาแฟชนิดทรี-อิน-วัน จึงเลือกดื่มกาแฟชนิดนี้ด้วยเหตุผลที่เตรียมง่ายและมีความสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) และหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดื่มกาแฟหรือชาโดยมักดื่มทดแทนอาหารมื้อเช้าเนื่องจากความสะดวกในการเตรียม

นอกจากนี้ กรณีศึกษาประกอบอาชีพรับจ้างต้องทำงานทุกวัน ทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลาในการออกกำลังกาย และกรณีศึกษายังมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่หลักในการหารายได้ของครอบครัว หากหยุดงานจะมีผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวจึงไม่สามารถจัดเวลาสำหรับการออกกำลังกายหรือการพักผ่อนหย่อนใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งอยู่ในวัยกลางคนเช่นเดียวกับกรณีศึกษา ส่วนใหญ่มีบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัวและมีหน้าที่สำคัญในการหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว จึงทำให้ไม่มีการจัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ไม่สามารถแบ่งเวลาการทำงานกับการพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ก่อให้เกิดความเครียด นอนไม่หลับ ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในด้านการพักผ่อนที่เพียงพอ

**กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน**

กับความต้องการของร่างกาย อย่างไรก็ตาม ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้คือ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีเงินเหลือเก็บ เมื่อเจ็บป่วยมีผู้ที่ช่วยรับภาระงานแทน ช่วยลดความเครียดลงสามารถพักผ่อนได้เต็มที่ ในขณะที่กรณีตัวอย่างในการศึกษานี้มีความเครียดและมีการดื่มสุราเพื่อให้อิ่มความเครียดและนอนหลับได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของธิดาทิพย์ชัยศรี (2541) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งต่อครอบครัวและสังคม จึงมีกระบวนการแก้ไขปัญหาย่างมีสติ รอบคอบ

สำหรับข้อจำกัดเกี่ยวกับความเข้าใจในการรับประทานยา ประกอบกับการประสบการณ์ที่ผ่านมากรณีตัวอย่างในการศึกษานี้ปฏิบัติตามความเคยชินโดยคิดว่าตนเองสามารถปรับขนาดยาหรือหยุดยาเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจัดการกับอาการของความดันโลหิตสูงโดยอาศัยประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาที่ผ่านมาทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับอาการได้โดยการปรับขนาดยาเพิ่มจากที่เคยรับประทานตามปกติ

ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว อาจเป็นไปได้ว่ากรณีตัวอย่างในการศึกษานี้ มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี จึงมีความเครียดและมีการดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด และการเข้าสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการดื่มสุราเมื่อถูกชักชวน หรือดื่มเมื่อเข้าสังคม อีกประการหนึ่ง การอาศัยอยู่คนเดียวของกรณีตัวอย่างทำให้เกิดความเหงา จึงสูบบุหรี่เพื่อคลายเหงา โดยไม่ได้ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของธิดาทิพย์ชัยศรี (2541) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพศหญิง

มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยมาก เนื่องจากสังคมไทยมีค่านิยมที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ของเพศหญิง นอกจากนี้ การอาศัยอยู่คนเดียวทำให้ไม่มีผู้ที่ออกกำลังกายด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สันติเวส (2545) ที่พบว่า หากมีสมาชิกในครอบครัวไปออกกำลังกายด้วย จะส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงช่วยให้มีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ได้รับความสนใจ นอกจากนี้ การขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงยังทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และประโยชน์ของการออกกำลังกายอีกด้วย

ในระดับชุมชน สามารถอธิบายได้จากสิ่งแวดล้อมของชุมชน อาทิ ร้านขายของชำใกล้บ้าน ตลาดนัด และซูเปอร์มาร์เก็ตในชุมชนที่อำนวยความสะดวกต่อการฝึกศึกษาในการซื้ออาหารที่ผ่านขบวนการอาหารที่มีไขมันสูง เครื่องปรุงรส เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม กาแฟ ชนิดทรู-อิน-วัน บุหรี่ ประกอบกับการมีเพื่อนบ้านสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการได้รับสื่อโทรทัศน์เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้การที่กรณีตัวอย่างไม่ได้เข้ารับการรักษาดิตตามอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับปัญหาความดันโลหิตสูง จึงอาจไม่ได้รับข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวอย่างเพียงพอ ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สัมรับประทานยาและมีการปรับขนาดยาเอง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา ทิมพุด (2550) ที่พบว่าอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เนื่องจากการขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการใช้ยา

สำหรับปัจจัยด้านความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติที่มีอิทธิพลคือ ความเชื่อเกี่ยวกับการมีภาพลักษณ์ที่มีรูปร่างอ้วนดีกว่ารูปร่างผอม ประกอบกับเชื่อว่าการ

รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะช่วยให้มีกำลังในการทำงาน ทำให้กรณีศึกษาที่มีการบริโภคไม่เหมาะสม อีกทั้งมีการดื่มสุราจากธรรมเนียมปฏิบัติเมื่อมีงานเลี้ยงในชุมชน และความเชื่อว่าช่วยลดอาการปวดเมื่อย มีกำลังในการทำงาน และช่วยให้เจริญอาหาร นอกจากนี้ ความเข้าใจว่าการทำงานถือว่เป็นการออกกำลังกายยังส่งผลให้กรณีตัวอย่างขาดการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ อิตีศักดิ์ (2540) และธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่าผู้หญิงที่ประกอบอาชีพนอกบ้าน เช่นเดียวกับกรณีตัวอย่างคิดว่าการประกอบอาชีพนอกบ้านและการทำงานปกติเป็นการออกกำลังกาย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีการสัมภาษณ์เพียงกรณีตัวอย่าง ไม่ได้สัมภาษณ์ครอบคลุมเพื่อนบ้านของกรณีตัวอย่าง หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อาจทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผลการศึกษาในการศึกษานี้มีข้อจำกัดเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต 2 รายในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรีไม่สามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรได้

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ชนิด ปริมาณโซเดียม โซเดียมแฝงและไขมันในอาหาร เครื่องปรุงรส และเครื่องดื่มต่างๆ ผลเสียของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบและการสูบบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

2. ด้านการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพควรประเมินปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดัน

โลหิตโดยเฉพาะในด้านการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม โซเดียมแฝงและไขมัน การรับประทานยา และกำหนดแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดปัญหาอุปสรรคดังกล่าวของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง

3. ด้านระบบบริการสุขภาพ ควรมีการปรับระบบบริการในการส่งต่อในการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และการประเมินติดตามการรักษาอย่างเป็นระบบ

4. ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาในระยะยาว โดยเน้นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการควบคุมอาหารที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง รวมทั้งศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. (2552). สถิติโรค 2549-2551. ราชบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก.
- งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ กองการพยาบาล โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช. (2551). ความดันโลหิตสูง. เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2551, จาก <http://www.pt.ac.th/ptweb/digital/snet4/june22/blood.htm>
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. สถานะสุขภาพของคนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- ดลรัตน์ รุจิวัฒนการ. (2547). การบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ. (2554). รายงานวิจัยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของประชาชนในชุมชน. โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

**กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน**

- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, และพรพันธ์ บุญรัตพันธุ์. (2549). การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วันทนา ทิมพุดิ. (2550). อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมาส บุญประसार. (2544). การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภวรรณ ป้อมจันทร์. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลไพศาลจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2551, จาก http://www.thaihypertension.org/dbweb/file_attach_new/25Jan200823-AttachFile1201230443.doc
- สุปราณี วงศ์ปาลี. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรรณิ ชีไธ. (2547). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาลี วัฒนากุล, ชุตินา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ: องค์การการรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สวลีสันติเวส. (2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัยรัตน์ อิตติศักดิ์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecological of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International encyclopedia of education*, Vol.3 (2nd ed.). Oxford: Elsevier. Reprinted in Gauvain, M., Cole, M. (Eds.), *Reading on the development of children* (2nd ed., pp. 37-43). New York: Freeman.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In Moen, P., Elder, GH. Jr., & Luscher, K. (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecological of developmental processes. In Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.), *Handbook of child psychology, vol 1: Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley.
- Eisenmann, J. C., Gentile, D. A., Welk, G. J., Callahan, R., Strickland, S., Walsh, M., et al. (2008). SWITCH: Rationale, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity. *BMC Public Health*, 8, 223.
- Ford, E. S., Zhao, G., Li, C., Pearson, W. S., & Mokdad, A. H. (2008). Trends in obesity and abdominal obesity among hypertensive and nonhypertensive adults in the United States. *American Journal of Hypertension*, 21(10), 1124-1128.

- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1998). Data management and analysis methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp. 179–210). Thousand Oaks: Sage.
- Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Lynch, J. W., Cohen, R. D., & Balfour, J. L. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: Analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*, 312(7037), 999–1003.
- Kumar, P., & Clark, M. (2005). *Clinical medicine* (6thed.). United States of American: Elsevier.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nded.). Newbury Park, CA: Sage.

กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน

Case Study: Behaviors, Problems, and Barriers of Blood Pressure Control in Persons with Severe Hypertension in a Community*

Sumonta Huangtong**M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)

Noppawan Piaseu***Ph.D. (Nursing), APN/NP

Chularuk Kaveevivitchai****Ph.D. (Science and Technology Education)

Abstract: This case study research was aimed to investigate behaviors, problems, and barriers to blood pressure control in persons with severe hypertension living in Damneon Saduak District, Ratchaburi Province. They were diagnosed with primary hypertension at a severe level. Data were collected by in-depth interviews, and observation, then analyzed using content analysis. There were two cases including a male aged 50 years and a female aged 52 years. The findings revealed that the cases had food intake with high sodium, fat, and alcohol. They also smoked, did not exercise, had insufficient sleep and relaxation, did not adhere to medication, forgot to take medication, and self adjusted dosages. They therefore could not control their blood pressure. Problems and barriers consisted of 4 levels of environment: 1) individual and family level including preference for food with high fat content and processed food, insufficient knowledge on sodium consumption, exercise and medication taking, type of work, social and economic problems of the family; 2) interaction within family and social level including poor family relationship, and lack of interaction with family and society; 3) community level including neighbors, smoking environments, lack of exercise, mass media, and health service system; and 4) community beliefs and cultural practices including attitude toward consumption of food containing fat, exercise, and tradition of alcohol consumption. Results suggested that health care team working in the community: 1) assess problems on blood pressure control, 2) develop an approach to control food consumption of high sodium and fat by providing information about fat, sodium and concealed sodium including seasoning and beverages, 3) address the significance of medication adherence, and 4) promote attitudes that will lead to healthy behaviors for food consumption, exercise, and stress relaxation in persons with severe hypertension. This study also suggested the coordination and development of monitoring systems aimed for positive treatment outcomes.

Keywords: Case study, Persons with severe hypertension, Blood pressure control, Problems, and barriers to blood pressure control

*Supported by the Potential Development of Thai People Project, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Professional Nurse, Damneon Saduak Hospital, Ratchaburi Province; and Master Student, Master of Nursing Science Program (Community Health Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University