

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีประชากรผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 50 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด โดยมากกว่าร้อยละ 50 พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (Chobanian, Bakris, & Black, 2003) ในประเทศไทยได้มีการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรพบว่า อัตราความชุกของโรคในปี พ.ศ. 2543-2545 เพิ่มขึ้นจาก 216.60 เป็น 287.49 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) โดยพบมากที่สุด ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือ ภาคเหนือ และอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึงปี พ.ศ. 2546 จาก 18.9 เป็น 26.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) สำหรับจังหวัดอุทัยธานี พบว่ามีผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 640.50 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 เป็น 676.91 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2548 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2548) และจากสถิติของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฉาง พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 4.42 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.76 ในปี พ.ศ. 2547 และร้อยละ 9.95 ในปี พ.ศ. 2548 นอกจากนั้นจากสถิติปี พ.ศ. 2548 ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนทางตา หัวใจ และไต มารับการรักษาถึงร้อยละ 35.18 และมีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับไว้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 45.62 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภายในเวลา 28 วัน ร้อยละ 3.80 จำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 4 วัน (สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลหนองฉาง, 2549) จะเห็นได้ว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยทางด้านร่างกายส่งผลให้เกิดหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดแดงส่วนปลายผิดปกติ และจอประสาทตาเสื่อม (Chobanian, Bakris, & Black, 2003) สำหรับผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้มีอาการเครียด กลัว และวิตกกังวล เนื่องจากอาจต้องเผชิญกับอาการของโรค ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และตาพร่ามัว เป็นต้น และต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ทั้งรู้สึกลังเลกับผลข้างเคียงของการรับประทานยาควบคุม

ความดันโลหิต เช่น มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เป็นต้น (Kaplan, 1998; สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธรักดี, 2542) จากผลกระทบด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ ส่งผลให้รายได้ลดลง และเกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาต้องเสียค่ายาควบคุมความดันโลหิต 1,748 ดอลลาร์ต่อปี และหากมีปัญหาลดเลือดหัวใจร่วมด้วยจะเสียค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนเงิน 25,024 บาทต่อปี (Kaplan, 1998) สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง และหากมีโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะหลอดเลือดสมองต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ฐประภาวรรณ, 2543) ซึ่งนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงนั้น ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian, Bakris, & Black, 2003) ซึ่งการควบคุมความดันโลหิต สามารถทำได้ทั้งวิธีการที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา วิธีการรักษาด้วยยานั้นผู้ป่วยจะต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมปริมาณการไหลเวียน และลดผลข้างเคียงอันเกิดจากการใช้ยา (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธรักดี, 2542) ส่วนการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยาคือการปรับพฤติกรรม โดยการควบคุมน้ำหนัก ลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและไขมัน จำกัดอาหารที่มีโซเดียม เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Chobanian, Bakris, & Black, 2003)

การควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารซึ่งได้แก่ การลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและไขมัน และการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง เนื่องจากการควบคุมอาหารประเภทดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากการเจ็บป่วย และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539) หากผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงได้รับปริมาณโซเดียมมากกว่า 2-3 กรัมต่อวัน (ประมาณ 1 ช้อนชา) จะทำให้ไตต้องทำงานหนักขึ้น และไม่สามารถกำจัดโซเดียมส่วนเกินออกจากร่างกายได้หมด ซึ่งจะเป็นผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และจากการที่ร่างกายได้รับโซเดียมเกิน ทำให้ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำเข้าไปมากขึ้น เพื่อปรับสภาพความเป็นกรดในร่างกายให้สมดุลเมื่อมีระดับโซเดียมสูง จะทำให้เกิดการกั่งของน้ำในร่างกาย หรือภาวะคั่งน้ำ (Water Retention) ซึ่งสภาวะคั่งน้ำนี้จะไปบีบรัดหลอดเลือดแดงให้ตีบแคบลง ส่งผลทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และ สุดท้ายระดับความดันโลหิตก็จะสูงขึ้นด้วย (ชัยชาญ คีโรจนวงศ์, 2546) นอกจากนี้ปริมาณโซเดียมที่เพิ่มขึ้นในร่างกาย จะทำให้เพิ่มความตึงตัวของผนังหลอดเลือดแดง ทำให้ความดัน Diastolic เพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากลดและจำกัดปริมาณโซเดียมจะช่วย

ลดการตั้งของน้ำนอกเซลล์ และลดการทำงานของหัวใจ ซึ่งในที่สุดจะเป็นผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงด้วย จากการศึกษาของ รุจิวัฒนากอร์ (Rujiwatthanakorn, 2004) ซึ่งศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 87 ราย พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากได้รับปริมาณโซเดียมจากอาหารที่รับประทานต่อวันมากเกินไปถึงวันละ 7.76 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานเครื่องปรุงรสและโซเดียมในรูปอื่น ๆ ที่ปนมาในอาหาร เช่น ผงชูรส ผงกันบูด ผงฟู สารในผลไม้กระป๋อง และผลไม้แช่อิ่ม เป็นต้น (พรพิมล หลวงอินทิม, 2542)

นอกจากนี้ยังพบว่าอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ อาหารประเภทไขมัน และประเภทคาร์โบไฮเดรต ยังมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง หากร่างกายได้รับไขมัน โดยเฉพาะไขมันชนิดอิ่มตัวหรือไขมันที่มาจากสัตว์ มากกว่าร้อยละ 40 ของแคลอรีทั้งหมด จะเพิ่มการสะสมโคเลสเตอรอลในเลือด ไขมันที่จับเกาะตามผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ และการไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) หากได้รับคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะอาหารจำพวกน้ำตาล ซีอิ๊วโกแลต และขนมหวานต่าง ๆ มากกว่าร้อยละ 60 ของแคลอรีทั้งหมด จะเป็นผลให้เกิดโรคอ้วน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยทำให้เพิ่มการใช้ออกซิเจน Cardiac output เพิ่มขึ้น และมีปริมาตรโลหิตในร่างกายเพิ่มขึ้น เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายต้องมีการเผาผลาญ (Metabolism) มากขึ้น และยังทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้นด้วย เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) ซึ่งมักจะพบร่วมกับระดับไขมันในเลือดสูง และมีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคที่ไม่ถูกต้อง เช่น ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร เติมน้ำปลาทุกครั้งที่รับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันหมูและรับประทานอาหารหมักดองต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา (พัชรินทร์ สืบสายอ่อน, 2546; อภินันท์ ภูตระกูล, 2545; อรพิน ภายโรจน์, 2542)

จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวด้วยความพร้อมดังกล่าวขึ้นอยู่กับความเชื่อต่าง ๆ เช่น เชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคและภาวะแทรกซ้อน โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตน เชื่อว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะช่วยลดโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค เชื่อว่าไม่น่ามีปัญหาอุปสรรคในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น ความไม่สะดวกหรือค่าใช้จ่ายมา

จัดวางแผนการรับประทานอาหาร เป็นต้น นอกจากนั้นพฤติกรรมจะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค (Perceived Threat) ว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่ทำให้บุคคลกลัวเจ็บ กลัวพิการ และกลัวความตาย จึงทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงหรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

จากการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .421$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคสูงจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ต้องทำตามไปด้วย และพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.440$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา เมธา (2544) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานอาหารหมวดเครื่องปรุงรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .310$) และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหมวดแป้งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.405$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ พชรินทร์ สืบสายอ่อน (2546) ซึ่งศึกษาการบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 110 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 6.094$) แต่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง เช่น จากการศึกษานี้ของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 350 คน พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2 = 23.545$)

เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นวัยผู้ใหญ่มีหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุอื่น และมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ แต่จากการศึกษาของ คลรรัตน์ รุจิวัฒนกร (2548) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อารักขา ไชธรรม, 2545; อุบลรัตน์ จินตวนิชย์, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เนื่องจากการศึกษาที่สูงขึ้น จะทำให้มีความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลรัตน์ จินตวนิชย์ (2545) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 250 คน พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเฉพาะโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 20.94$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเฉพาะโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และจากการศึกษาความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 350 ราย พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .236$) นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เช่นจากการศึกษาของ อุบลรัตน์ จินตวนิชย์ (2545) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .128$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่จากการศึกษาของ อารักขา ไชธรรม (2545) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 165 ราย พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังพบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค (พัชรินทร์ สืบสายอ่อน, 2546; อภินันท์ คูตระกูล, 2545; อรพิน ภายโรจน์, 2542) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในภาพรวม

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงเน้นศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ รวมทั้งศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และควบคุมความดันโลหิตสูงได้

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2550

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Systolic BP เท่ากับหรือมากกว่า 140 mmHg และ Diastolic BP เท่ากับหรือมากกว่า 90 mmHg และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยจำนวน 6 เดือน จนถึง วันที่ผู้วิจัยศึกษา คำนวณเต็มปี ถ้าเศษเกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี

อาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง อาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ซึ่งต้องควบคุมปริมาณอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และอาหารที่มีโซเดียมสูง

ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และอาหารที่มีโซเดียมสูง

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงในการรับประทานอาหารอาหารเฉพาะโรค ซึ่งครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการ

ไม่ควบคุมอาหาร เช่น เส้นเลือดสมองตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การเสื่อมสภาพของไต เป็นต้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับผลกระทบจากการเป็นโรคต่อตนเองด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์และสังคม จากการที่ไม่รับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับประโยชน์ที่เกิดจากการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หรือช่วยลดความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง และช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน การรับประทานอาหารประเภทไขมันน้อย เป็นต้น

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การใช้เวลามากขึ้น รสชาติของอาหารไม่อร่อยหรือไม่คุ้นเคย เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติ เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากร ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่ถูกต้องเหมาะสม
2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางศึกษา และจัดการเรียนการสอนให้กับบุคลากรทางการพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

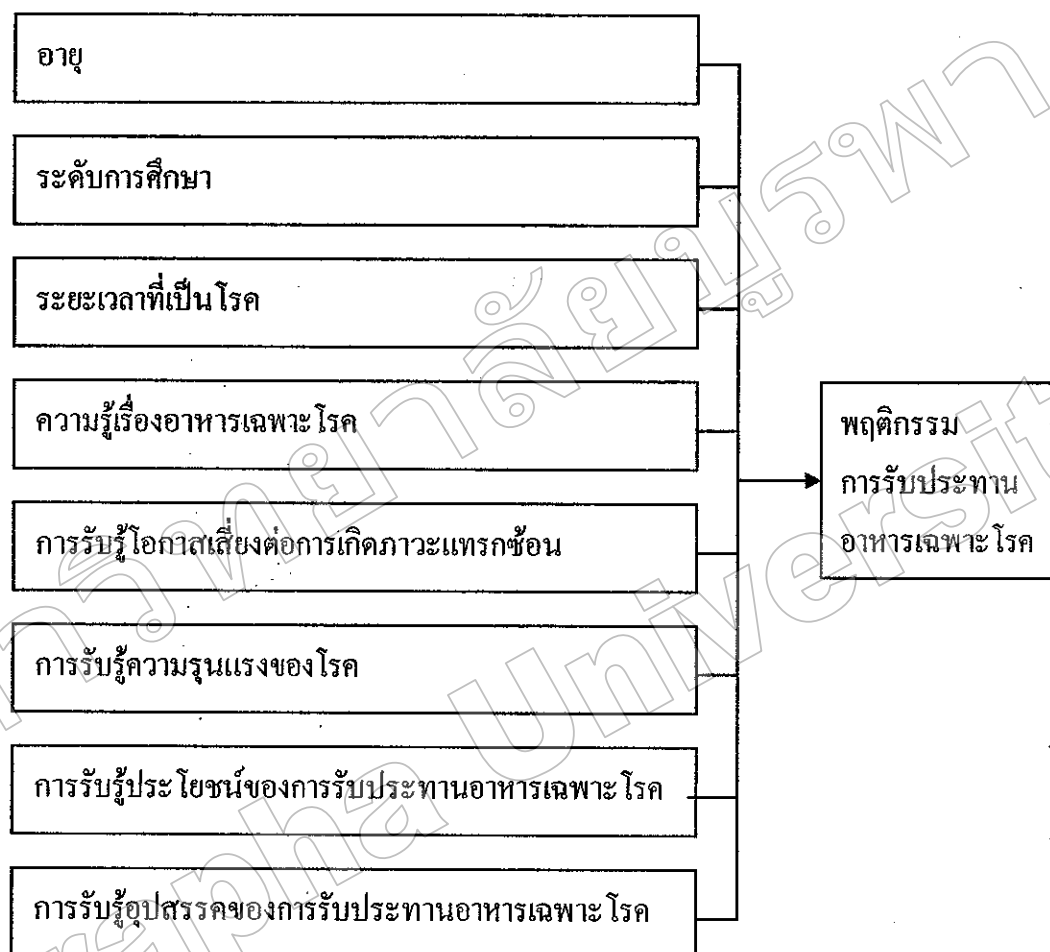
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ความเชื่อ หรือการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสมจะทำให้เกิดผลดี เช่น ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนดีหากไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติตน องค์ประกอบหลักของแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) และปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying Factors) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นมีผล โดยตรงต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยต้องการหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อความรุนแรงต่อของโรคซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา ทำให้บุคคลปฏิบัติตนดี การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคเป็นความเชื่อของผู้ป่วยว่าถ้ารับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความยากลำบากหรืออุปสรรคจากการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารมารับประทาน ทำให้ไม่สามารถซื้ออาหารที่เหมาะสมมารับประทานได้ ความไม่สะดวกสบายที่มีผลต่อการรับประทาน เช่น การทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาเตรียมอาหารต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับโรคมารับประทาน และรวมไปถึงความเคยชินในการรับประทานอาหาร ซึ่งกระทำมาเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลงให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ ส่วนด้านปัจจัยร่วมต่าง ๆ พบว่า อายุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานเฉพาะโรค โดยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นวัยผู้ใหญ่มีหน้าที่ความรับผิดชอบ และมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ ส่วนระดับการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (อารักษ์า ใจธรรม, 2545) นอกจากนั้นยังพบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อย จะมีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ได้ดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมานาน (อุบลรัตน์ จินตวนิชย์, 2545) สำหรับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะ โรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย