

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
(ระยะที่ 1)

Risk reduction and quality of life improvement for people
with essential hypertension (Phase 1)

คณะผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์	ดีนาน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย	รัตนกริธากุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงวน	ธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วชิราภรณ์	สุนนวงศ์
นายแพทย์ชัชวาล	วัตนะกุล

- 1 ก.ย. 2558

357167
176565

เริ่มบริการ
AQ0710430
7 ก.ย. 2559

โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัย
จากงบประมาณรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 200 คน ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบวัดภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Pearson's correlation และ Stepwise multiple regression

ผลการวิจัย สามารถสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีอายุเฉลี่ย 66.65 ปี (SD = 10.59) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 87.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 11.0 อาชีพอื่นๆ ร้อยละ 42.0 และไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็น ร้อยละ 28.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 57.5 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 119.05 เดือน (SD = 77.426) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานกว่า 6 ปี ร้อยละ 72.0 และมีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 59.0

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r=.266, p<.001$) การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ($r=.238, p<.001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r=.276, p<.001$) การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ($r=.212, p=.001$) และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($r=.117, p=.049$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ($r = -.204, p = .002$) ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = -.007, p = .46$) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ (Beta= .238, $p<.001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม (Beta = .226, $p <.001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้ร้อยละ 12.6

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($r=.316, p<.001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r=.157, p<.013$) การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ($r=.186, p<.004$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r=.399, p<.001$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ($r = -.166, p=.009$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.356, p<.001$) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ (Beta= .193, $p<.014$) ภาวะสุขภาพ (Beta = .261, $p <.001$) และภาวะซึมเศร้า (Beta = -.251, $p=.001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้ร้อยละ 24.9

คำสำคัญ (Keywords) : ปัจจัยเสี่ยง/ คุณภาพชีวิต/ โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิต/ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

As the increasing rate and burdens to health care system, hypertensive people need to improve their quality of life and reduce the risk of serious complications. The objectives of this descriptive study were to examine health perception, quality of life, and their determinants. A sample was 200-hypertensive people who received health care services at Queen Savangwattana Memorial Hospital, Chonburi. Instrument was a package of interviewing questionnaire including demographics, health perception, depression, and quality of life. Data were analyzed using descriptive, Pearson's correlation, and Stepwise multiple regression

The results as following: Majority was female (61.5%), age average 66.65 (SD = 10.59), married status (87.5%), employees (72%), income > 10,000 บาท (57.5%), Duration of hypertension average 119.05 months (SD = 77.43), living with hypertension > 6 years (72.0%), experienced admission (59.0%)

2. Significant factors related to health perception included Daily activity ($r=.266$, $p<.001$), adaptation ($r=.238$, $p<.001$), psychological and emotion ($r=.276$, $p<.001$), physical activity and exercise ($r=.212$, $p=.001$), adherence and risk control ($r=.117$, $p=.049$), specific eating behavior ($r = -.204$, $p = .002$). However, no significant relationship between health perception and depression ($r = -.007$, $p = .46$). Stepwise Multiple Regression revealed that determinants of health perception included psychological and emotion (Beta= .238, $p<.001$) Daily activity (Beta = .226, $p <.001$). Total variance explained 12.6%.

3. Significant factors related to quality of life included health perception ($r=.316$, $p<.001$), Daily activity ($r=.157$, $p<.013$), adaptation ($r=.186$, $p<.004$) psychological and emotion ($r=.399$, $p<.001$) specific eating behavior ($r=-.166$, $p=.009$), and depression ($r = -.356$, $p<.001$). Stepwise Multiple Regression revealed that determinants of quality of life included psychological and emotion (Beta= .193, $p<.014$), health perception (Beta = .261, $p <.001$), and depression (Beta = -.251, $p=.001$) Total variance explained 24.9.

Keywords: risk factor/ quality of life/ risk reduction and quality of life improvement program/ hypertension

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	2
2 การทบทวนวรรณกรรม.....	4
แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง.....	4
การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	6
การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	12
การฟื้นฟูสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง.....	17
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	24
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	27
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	29
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
4 ผลการวิจัย.....	31
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	31
ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า.....	32
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โรคความดันโลหิตสูง.....	34
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	36
5 สรุปผลวิจัยและอภิปรายผล.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สรุปผลวิจัย.....	38
อภิปรายผล.....	39
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	41
บรรณานุกรม.....	42
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	45

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	แสดงจำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	31
2	แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	33
3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า.....	34
4	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่าง.....	35
5	แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง.....	35
6	แสดงค่า R, R ² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่าง.....	35
7	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
8	แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
9	แสดงค่า R, R ² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	37

บทที่ 1 บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพของคนไทย โดยมีอัตราการเกิดและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากรอย่างมหาศาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) พบว่ามีผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) จำนวน 445,300 คน มีอัตราการตาย เท่ากับ 24.3 ต่อประชากรแสนราย หากไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติเพิ่มขึ้น 3 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า (Kirshner, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้มากกว่าคนปกติเพิ่มขึ้น 7 เท่า จากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ยังพบว่า คนไทยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น มีโรคอ้วน มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 ในปี 2546-2554 เป็น ร้อยละ 8.4 ในปี 2551-2552 และยังพบว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงดังกล่าวยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด เค็มจัด ชอบเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่และดื่มสุรา ใช้ชีวิตแบบเคร่งเครียด แข่งขัน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้โดยตรง

✳ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะแรก ส่วนใหญ่มักทราบจากการมาตรวจรักษาด้วยโรคอื่น ๆ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่ทราบว่าตนเองมีโรคโรคความดันโลหิตสูงมักปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ หากไม่รุนแรงจะไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งไม่ได้ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนในอนาคต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 50 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มักมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ขาดการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ไม่สามารถลด/เลิกปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน การขาดแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ หรืออาจกลับมาปฏิบัติเช่นเดิม เนื่องจากขัดกับสิ่งที่เคยปฏิบัติ. ซึ่งจะทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนตามมา ✳

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น การศึกษาของ Conlin et al. (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension) หรือเรียกว่าDASH ซึ่งเป็นอาหารที่มีเส้นใยสูง เน้นการรับประทานผักสดและผลไม้ ลดอาหารที่มีไขมัน

อิมตัว รับประทานเนื้อปลา และถั่ว สามารถลดระดับความดันโลหิต 8-14 มิลลิเมตรปรอทภายใน 8 สัปดาห์ และสามารถลดระดับความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารแบบปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง การใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น โยคะ การทำสมาธิ การใช้ดนตรี และการใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย (biofeedback) การเรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียด (Beare & Myers, 1990) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง เช่น การงดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้ความดันโลหิตลดลง (Beulens et al. 2007) แต่ปัญหาที่พบหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะกลับไปใช้ชีวิตตามความเคยชิน เนื่องจากภาวะของโรคความดันโลหิตสูง หากไม่รุนแรงจะไม่กระทบการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อว่าการรักษาหายขาดแล้ว จึงไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบถาวร รวมทั้งไม่ได้รับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การควบคุมความดันโลหิต พัฒนาและทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กรอบแนวความคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทอลล์ (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) การส่งเสริมพฤติกรรมของเพนเดอร์ (Pender, Murdough, & Parson, 2006) และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice)

กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทอลล์ (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) เป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ป่วยในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ภายใต้การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย อาจมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา คำแนะนำของทีมสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่มาจาก การบอกเล่าของคนอื่น ที่เกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบ การควบคุมโรค ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรค ของตนเองแล้ว การนำประมวลความคิดเพื่อวิเคราะห์หาทางแก้ไข แล้วจะทำการตัดสินใจและจัดการกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด หากผลลัพธ์

ทางด้านสุขภาพไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีการทบทวนเพื่อหาแนวทางที่จะทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ บุคคลกรทางด้านสุขภาพมีส่วนช่วยให้ข้อมูล แนวทางแก้ไข รวมทั้งการช่วยเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงมาสู่ภาวะพฤติกรรมสุขภาพ กรอบแนวคิดประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) อาทิ เช่น เพศ อายุ การศึกษา ดัชนีมวลกาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความชอบ (Behavior-specific cognitions and affect) เช่น ความเชื่อ การสนับสนุนจากสังคม สถานการณ์สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) ทั้งที่สามารถสังเกตเห็นและไม่สามารถสังเกตเห็น

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ปัจจุบันการเจ็บป่วยของคนไทยเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและให้ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามความคาดหวัง ไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ การสร้าง “นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ ๆ” มาใช้ในการให้บริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาภายใต้การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการนำองค์ความรู้ที่ผ่านการสกัด วิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยหลายๆ ชิ้นที่ถูกนำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น ซึ่งการผสมผสานแนวคิดดังกล่าว จะทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดี มีแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาและสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาล บุคคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต พัฒนาและทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีความดันซิสโตลิกสูงกว่า/หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในการยืดขยายและหดตัวได้ไม่ดี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักขึ้นจากแรงต้านสูงของหลอดเลือด การวัดค่าความดันโลหิตจะต้องวัดอย่างถูกวิธีจำนวน 2 ครั้งและใช้ค่าเฉลี่ยของการวัด (Chobanian, Barkris, Black, Cushman, Green, Izzo, et al., 2003)

การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตสูง

The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure VII (JNC 7) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตในผู้ใหญ่เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาไว้ ดังนี้

การแบ่งระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ JNC VII

ระดับความรุนแรง	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง	120-139	80-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140-159	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	มากกว่าหรือเท่ากับ 160	มากกว่าหรือเท่ากับ 100

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกความดันโลหิตสูงตามสาเหตุ แบ่งเป็น 2 ชนิด (ลิวรรณ อุนนากริกซ์, 2552) ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential or Idiopathic hypertension) ความดันโลหิตชนิดนี้ พบได้ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบได้ร้อยละ 30-40 โดยเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของยีนบางตัว เช่น angiotensin II receptor genes, Angiotensinogen, Rennin genes, Endothelial

nitric oxide synthetase genes, G protein receptor kinase genes, Aldosterone gene, Adrenergic receptor gene และ Calcium transport and sodium-hydrogen antiporter genes มักพบว่าคนในครอบครัวเดียวกันมักจะเป็นโรคนี้อีกเหมือนกัน

1.2 อายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ ความสูงอายุมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างผนังหลอดเลือด เช่น ผนังหลอดเลือดตีบแข็งและเส้นเลือดคดเคี้ยวมากขึ้น ทำให้เกิดแรงต้านทานต่อการไหลของเลือดสูงขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.3 เพศ พบว่าความแตกต่างระหว่างเพศมีความแตกต่างของความชุกของโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน โดยในคนที่อายุน้อยกว่า 55 ปี จะพบโรคความดันโลหิตสูงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ในคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบว่าเพศหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย ซึ่งความแตกต่างของระดับความดันโลหิตในเพศหญิงและชายอาจเป็นผลมาจากการรับประทานยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น (Olson & Warren, 2000)

1.4 ความอ้วนและการขาดการออกกำลังกาย มักสัมพันธ์กับผู้ที่มีความผิดปกติของไขมันในเลือด เช่น มีระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และระดับไลโปโปรตีน (โดยเฉพาะไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ-LDL) ที่เป็นต้นเหตุของหลอดเลือดแดงตีบแข็ง

1.5 การรับประทานอาหารเค็ม กลไกยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกลือมีผลทำให้เพิ่มปริมาตรของเหลวในร่างกายและทำให้กลไกการตอบสนองต่อการทำงานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและไตที่มีต่อระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น

1.6 ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ สารนิโคตินจะไปเร่งการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตัว หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นการจับกันของเกล็ดเลือดและไขมันในเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแข็งมากขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ จะมีผลให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น เต้นเร็ว ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2.ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 สาเหตุ ที่พบบ่อย ได้แก่

2.1 โรคของไต (Renal hypertension) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุดเนื่องจากไตมีหน้าที่ควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคไตมักจะมีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายต้องปรับตัวจนเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ในที่สุด โรคของไตที่ชักนำให้เกิดความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย ได้แก่ Chronic pyelonephritis, Glomerulonephritis, Diabetes nephropathy, Renal failure, Polycystic kidney disease, Renal artery stenosis เป็นต้น

2.2 โรคของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine hypertension) มักเกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนกลุ่มอะดรีนาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (adrenocorticosteroid hormones) สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ Cushing's syndrome โรค Primary hyperaldosteronism ซึ่งมีระดับของฮอร์โมน

aldosterone สูงทำให้มีการดูดกลับของเกลือและน้ำที่ไตเพิ่มขึ้นและเกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา และโรค Pheochromocytoma ที่มีเนื้องอกของ Chromaffin tissue ของต่อมหมวกไต ชั้นนอกทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่ม Catecholamines ได้แก่ Epinephrine และ Norepinephrine มากขึ้น

2.3 การตีบแคบของหลอดเลือดเอออร์ตา (Coarctation of aorta) มักพบที่ส่วนปลายของหลอดเลือดเอออร์ตาจนถึงส่วนเริ่มต้นของหลอดเลือดแดง Subclavian ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และเกิดการปรับตัวชดเชยโดยกระตุ้นการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Rennin angiotensin aldosterone system) ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ในที่สุด

2.4 ยาที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (Drug induced hypertension) เช่น ยาคุมกำเนิด ยากลุ่มสเตียรอยด์ ฮอร์โมนบางชนิด เช่น เอสโตรเจน ฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ เป็นต้น

2.5 โรคบางชนิด เช่น ลิ้นเอออร์ติคิ้ว (Aortic regurgitation) ไทรอยด์เป็นพิษ (Thyroid toxicosis) ภาวะซีด (Anemia) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Toxemia of pregnancy)

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ในระยะแรกของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมีอาการ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ค่อยได้รับความสนใจที่จะรักษา เมื่อปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนานๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมีอาการปรากฏได้ แต่อาการที่พบมักไม่เฉพาะเจาะจง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ดังนี้

1. ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นตอนเช้า และอาจมีอาการคลื่นไส้ตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

2. เลือดกำเดาไหล เป็นอาการที่พบไม่บ่อย แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลโดยที่ไม่มีโรคของโพรงจมูกมักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย และอาจจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ

3. ในบางรายมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหนื่อยง่าย เนื่องจากหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ในผู้ที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท อาการจะซีบงจนหมดสติร่วมกับปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน อาจชัก เป็นอัมพาต ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตคือการควบคุมความดันโลหิตให้มีค่าต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม แต่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวานโรคไต โรคหัวใจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด จะตั้งควบคุมความดันโลหิตให้ได้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าถ้าหากสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกลง 2-5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดโอกาสที่จะเกิด

โรคอัมพฤกษ์อัมพาตได้ร้อยละ 6-14 และลดโอกาสเกิดโรคหัวใจได้ร้อยละ 4-9 และในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 คือ ความดันซิสโตลิก 140-149 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แล้วสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 12 มิลลิเมตรปรอท อย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี จะป้องกันการเสียชีวิตได้ 1 รายจากผู้ป่วย 11 ราย (Chobanian et al., 2003)

การควบคุมความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. การควบคุมความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Chobanian et al., 2003) การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นวิธีการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้มากขึ้น ลดอาหารที่มีไขมันสูง จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และถ้าปรับเปลี่ยนร่วมกัน 2 ด้านขึ้นไปทำให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตมากขึ้น (Chobanian et al., 2003)

2.1 การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ ในช่วง 18.5-24.9 kg/m² การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าถ้าลดน้ำหนักลง 10 กิโลกรัม ความดันซิสโตลิกจะลดลง 5-20 มิลลิเมตรปรอท (He et al., 2000 citing Chobanian et al., 2003) JNC 7 แนะนำการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดย

1) ลดระยะเวลาการนั่งอยู่กับที่นาน ๆ เช่น การดูทีวี เล่นวิดีโอเกมส์ หรือการเล่นอินเทอร์เน็ต

2) เพิ่มการออกกำลังกาย เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิค เล่นกีฬา

3) ลดปริมาณของอาหาร และขนมขบเคี้ยว

4) ลดปริมาณและความถี่ของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2.2 รับประทานอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ที่มิภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การจำกัดเกลือโซเดียม ลดอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวและอาหารหวานจัด ซึ่งในงานวิจัยในต่างประเทศที่เรียกว่า อาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension : DASH) ซึ่งประกอบด้วยอาหารที่มีเส้นใยสูง ผักสดและผลไม้ ลดอาหารไขมันอิ่มตัว รับประทานเนื้อปลาและถั่วเป็นหลัก และการจำกัดอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารที่มีเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 2.4 กรัมต่อวัน เมื่อรับประทานต่อเนื่องจะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท จะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

2.3 เพิ่มการออกกำลังกาย การออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม

ควรเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อใหญ่ ๆ ทั่วร่างกายให้มีการหดและยืด การออกกำลังกายที่เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด หัวใจและการไหลเวียนโลหิตให้ดีขึ้น (American College of Sports Medicine, 2003) การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยความดันโลหิตควรทำอย่างสม่ำเสมออย่าง เช่น เดินเร็ว อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละมากกว่า 3 วัน สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

2.4 จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์และงดการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณโดย ผู้ชายสามารถดื่มเบียร์ไม่เกินวันละ 24 ออนซ์ (750 มล.) หรือดื่มไวน์ไม่เกินวันละ 10 ออนซ์ (300 มล.) หรือ ดื่มวิสกี้ไม่เกินวันละ 3 ออนซ์ (90 มล.) ส่วนผู้หญิงสามารถดื่มเครื่องดื่มดังกล่าวได้ครึ่งของปริมาณดังกล่าว การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท และควรงดการสูบบุหรี่ได้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Chobanian et al., 2003)

2.การรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment of Hypertension) การรักษาด้วยยาจะเริ่มหลังจากการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) แล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย การรักษาด้วยยาจะเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม thiazide-type diuretics เป็นยาชนิดแรก แต่ในแนวปฏิบัติการรักษาของ European Society of Hypertension และ European Society of Cardiology ปี 2550 ได้ให้คำแนะนำว่ายาลดความดันทั้ง 5 กลุ่ม ได้แก่ Thiazide diuretics, Calcium antagonists, ACE inhibitors, Angiotensin Receptor antagonists, และ Beta-blockers สามารถเลือกใช้กลุ่มใดเป็นกลุ่มแรกก่อนก็ได้ และนำไปใช้ระยะยาว จะใช้เพียงกลุ่มเดียวหรือรวมกันหลายกลุ่มก็ได้ トラบโดที่สามารถลดความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ การศึกษาพบว่า การควบคุมความดันโลหิตโดยวิธีใช้ยาจะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 35-40 โรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 20-25 และโรคสมองขาดเลือดได้มากกว่าร้อยละ 50 (Chobanian et al., 2003) ยาที่ใช้ลดความดันโลหิตมีหลายกลุ่มได้แก่

2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เช่น Flurosemide, Spironolactone, Hydrochlorothiazide เป็นต้น เป็นยาชนิดแรกในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง อาจใช้ยาชนิดนี้เพียงชนิดเดียว หรือใช้ยาร่วมกับกลุ่มอื่น ยาชนิดนี้จะมีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัวได้ในระยะยาว จัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง มีความปลอดภัย และราคาไม่แพง สามารถลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจได้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผลข้างเคียงที่พบคือ ทำให้โปแตสเซียมและโซเดียมในเลือดต่ำ ทำให้แคลเซียม ไชมัน กรดยูริก คอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือดสูง

2.2 ยายับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzymes Inhibitors : ACEI) เช่น Captopril, Enalapril, Lisinopril เป็นต้น เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดระดับของ Angiotensin II ลดแรงต้านทานในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาตัวเพิ่มขึ้นทำให้การสร้างฮอร์โมน Aldosterone ลดลง การดูดกลับของโซเดียมลดลง ความดันโลหิตลดลง เหมาะสำหรับการ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มีกล้ามเนื้อหัวใจหนา (Left ventricular hypertrophy) ผู้ป่วยหัวใจวาย หลอดเลือดหัวใจตีบ ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะมักใช้ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง ผลข้างเคียงของ ยา คือ อาการไอ (Dry cough) ผื่นขึ้น โปแตสเซียมในเลือดสูง

2.3 ยากลุ่มปิดกั้นเบต้าแอดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic blockers) เช่น Atenolol, Metoprolol, Propranolol เป็นต้น สามารถลดความดันโลหิตโดยทำให้หัวใจเต้นช้าลง และบีบตัว เบาลง ส่งผลให้ Cardiac output ลดลง อีกกลไกหนึ่ง คือ Beta-blockers มีผลต่อระบบประสาท ส่วนกลางและมีผลยับยั้งการหลั่งของ Renin ยา beta-blockers มีประโยชน์มากในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีชีพจรเร็วและมีประสิทธิภาพสูงขึ้นในการลดระดับความดันโลหิตถ้าได้มีการใช้ร่วมกับ ยาขับปัสสาวะ ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ หลอดเลือดตีบจากการหดตัว ทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถ้ามีภาวะหัวใจวายเมื่อใช้ยานี้ภาวะหัวใจวายจะรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีน้ำตาล ในเลือดต่ำ ไชมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

2.4 ยากลุ่มปิดกั้นแอลฟา (Alpha Blockers) เช่น Prazosin (Minipress) ออกฤทธิ์ ด้านรีเซปเตอร์แอลฟา-1 ของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งอยู่ที่ผนังหลอดเลือด มีผลห้ามการหดตัวของหลอดเลือดทำให้ลดแรงต้านในหลอดเลือดแดง ความดันโลหิตลดลง เป็นยาที่มีประสิทธิภาพ แม้ จะใช้เพียงตัวเดียวหรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น อาการข้างเคียงของยา คือ มึนงง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น

2.5 ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) เช่น Verapamil, Mibefradil เป็นต้น ลดแรงต้านทานในหลอดเลือดได้ผ่านทางกรยับยั้งที่ L-channel ทำให้มีแคลเซียมภายใน เวลล์ลดลง ลดภาวะหลอดเลือดบีบตัว (Vasoconstriction) ยาชนิดนี้ใช้ได้ผลดีแม้ใช้เพียงลำพัง หรือ เมื่อใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นๆ ในการลดระดับความดันโลหิต มีผลข้างเคียงได้แก่ flushing อาการปวด ศีรษะ หรืออาจเกิดภาวะบวมได้ เนื่องจากมีฤทธิ์ Arteriolar dilators ภาวะบวมเหล่านี้เกิดขึ้น เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของ Transcapillary pressure gradients ไม่ได้เกิดจากการคั่งของน้ำและเกลือ

2.6 กลุ่มยาออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทแอลฟาในสมอง (Central alpha agonist) เป็น ยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้น แอลฟา รีเซปเตอร์ (Alpha Receptor) ในสมอง ซึ่งผลการกระตุ้นทำให้เกิดการ ขยายตัวของเส้นเลือด และลดแรงต้านของผนังหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลง เช่น เมทิลโดปา (Methyldopa) หรือรีเซอปีน (Reserpine) ข้อดียากลุ่มนี้คือสามารถลดความดันได้อย่างไม่ เฉียบพลัน และมีราคาไม่แพง ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโตลดลงได้มาก เมทิลโดปา เป็น ยาลดความดันโลหิตในสตรีที่ตั้งครรภ์และจำเป็นต้องใช้ยา ข้อเสียของยากลุ่มนี้คือมีการออกฤทธิ์ที่ สมอง ทำให้เกิดการง่วงซึม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปากแห้ง

ปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ตามหลักการใช้ยา ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หยุดยาดด้วยตนเองเนื่องจากลืมนำ

เข้าใจวิธีการรับประทานยา ยามีฤทธิ์ข้างเคียง รับประทานลดความดันโลหิตร่วมกับยาชนิดอื่นที่
ขัดขวางต่อการออกฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต รับประทานยาในปริมาณและเวลาที่เหมาะสม เพิ่ม
ยาหรือลดยา และลืมนรับประทานยา (อัมพร วรภมร, 2554)

การควบคุมความดันโลหิต

การควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสามารถควบคุมความดันโลหิตซิสโต
ลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint
National committee, 2003) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้อวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะ
หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองและไตถูกทำลาย เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ และคงไว้ซึ่ง
กลไกของประสาทรับความรู้สึก (baroreceptor reflex) ที่จะช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือด
สามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่าง ๆ ได้ดี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 50 เท่านั้นที่สามารถควบคุม
ความดันโลหิตให้อยู่ในเนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะแรก ส่วน
ใหญ่มักทราบจากการมาตรวจรักษาด้วยโรคอื่น ๆ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่ทราบว่าตนเองมีโรคโรค
ความดันโลหิตสูงมักปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ หากไม่รุนแรงจะไม่รบกวน
การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งไม่ได้ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนใน
อนาคต

นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มักมาจากการบริโภคอาหาร
ที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ขาดการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ไม่สามารถลด/เลิก
ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น และยังพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักขาดความรู้
ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน ขาดแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมไม่ได้ หรืออาจกลับมาปฏิบัติเช่นเดิม เนื่องจากขัดกับสิ่งที่เคยปฏิบัติ จากการศึกษาของ
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา (2549) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหารเค็ม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด สูบบุหรี่ ดื่ม
สุราและกาแฟ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการศึกษาทดลองเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ที่
ยอมรับได้ และพบว่ามากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ
3 ชนิด เพื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ไม่น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถ้ายังควบคุมความ
ดันโลหิตไม่ได้จะเรียกภาวะดังกล่าวนี้ว่า Resistant hypertension โดยสาเหตุแบ่งเป็นหมวดหมู่ได้
ดังนี้

1. สาเหตุเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยหรือผู้รักษา ได้แก่ เทคนิคการวัดความดันโลหิตไม่ถูกต้อง,
“White-Coat” Phenomena หรือภาวะที่ความดันโลหิตสูงเมื่อวัดที่โรงพยาบาลหรือคลินิก แต่เมื่อ
วัดที่บ้านค่าเป็นปกติ หรืออาจเรียกอีกชื่อว่าการความดันโลหิตสูงเทียม (Pseudohypertension), ความ
ต่อเนื่องในการใช้ยา, ความล่าช้าในการรักษาทางคลินิก, ปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต เป็นต้น

2. สาเหตุเกี่ยวกับยาที่รักษา มียาหลายตัวที่ต้านการออกฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต ที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), Aspirin และ Cyclooxygenase-2-selective inhibitors เป็นต้น โดยยาเหล่านี้จะไปลดการหลั่ง Prostaglandin ที่มีผลต่อการขยายของหลอดเลือดแดงในไต ทำให้เกิดการเพิ่มปริมาตรในหลอดเลือด ดูดกลับโซเดียม และเพิ่มความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยากลุ่ม Sympathomimetics เช่น Decongestant, Diet pill, Cocaine และ Caffeine เป็นต้น ตลอดจน Corticosteroid, Amphetamine, Cyclosporine, Tacrolimus, Erythropoietin และ ยาคุมกำเนิด ซึ่งมีส่วนเพิ่มความดันโลหิตและทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโดยยาไม่ได้

3. สาเหตุทุติยภูมิ มีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ได้จากประวัติการเจ็บป่วยทางคลินิก การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ โรคต่างๆ ดังนี้ Obstructive sleep apnea, Renovascular disease, Chronic kidney disease, Primary aldosteronism, Pheochromocytoma, Chronic steroid therapy and Cushing syndrome, Thyroid or parathyroid disease, Coarctation of aorta เป็นต้น

การควบคุมความดันโลหิตและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น การศึกษาของ Conlin et al. (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension) หรือเรียกว่า DASH ซึ่งเป็นอาหารที่มีเส้นใยสูง เน้นการรับประทานผักสดและผลไม้ ลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว รับประทานเนื้อปลา และถั่ว สามารถลดระดับความดันโลหิต 8-14 มิลลิเมตรปรอทภายใน 8 สัปดาห์ และสามารถลดระดับความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารแบบปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง การใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น โยคะ การทำสมาธิ การใช้ดนตรี และการใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย (biofeedback) การเรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียด (Beare & Myers, 1990) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง เช่น การงดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้ความดันโลหิตลดลง (Beulens et al. 2007) แต่ปัญหาที่พบหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกลับไปใช้ชีวิตตามความเคยชิน เนื่องจาก ภาวะของโรคความดันโลหิตสูง หากไม่รุนแรงจะไม่กระทบการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อว่ารักษาหายขาดแล้ว จึงไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบถาวร รวมทั้งไม่ได้รับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยา ซึ่งมี ผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจ การประเมินค่า และการแสดงออกของพฤติกรรมหมายถึง การแปลความหมายของการสัมผัสซึ่งได้รับจากการได้เห็นได้ยิน ได้สัมผัส แล้วแสดงออกมาเป็นความรู้สึนึกคิด ความเชื่อ และความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่ได้สัมผัสเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม Tripp-Rimer (1984) แยกการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนทั่วไป ได้ 2 แบบได้แก่ สุขภาพดีและความเจ็บป่วย wellness and illness

ภาวะสุขภาพดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาเนื่องจากสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ สามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ไม่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ซึ่ง องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “ภาวะสุขภาพ” หมายถึง การที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการ รวมทั้งยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี (World Health Organization, 2014) ความเข้าใจในเรื่องภาวะสุขภาพ ทำให้มนุษย์สามารถสร้างสุขภาพได้ ซึ่งการสร้างสุขภาพนั้นเกิดได้ทั้งจากตัวบุคคลเอง (เช่น ความรู้ ความเชื่อ เป็นต้น) และ ในกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) กล่าวถึงการมีที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีได้นั้น ยังต้องคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรในชุมชนและความร่วมมือของคนในชุมชนมาสร้างภาวะสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนในชุมชน

การที่มนุษย์จะสรุปว่าบุคคลมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น จำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับนิยามของภาวะสุขภาพ องค์ประกอบและการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งนักวิชาการส่วนใหญ่มักมองว่าภาวะสุขภาพเป็นองค์รวมซึ่งประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Eldin & Gordon, 1999; ประเวศ วะสี, 2547) ภาวะสุขภาพของมนุษย์จะมีความแตกต่างกัน หากมนุษย์มีระดับสุขภาพที่ดีก็จะทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเต็มที่ แต่ถ้าหากระดับสุขภาพที่ไม่ดี บุคคลนั้น ๆ อาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่อาจต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดหรือความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ เพื่อประโยชน์ในการประเมินและให้ความช่วยเหลือ จึงแบ่งภาวะสุขภาพของบุคคลออกเป็นรายด้าน ดังนี้ได้จาก

1.ด้านร่างกาย ถ้าบุคคลมีภาวะสุขภาพดี จะพบว่าบุคคลมีร่างกายสมส่วน สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคทางร่างกายและความเจ็บปวดของอวัยวะต่าง ๆ อวัยวะต่างๆ ทำงานประสานกันเป็นอย่างดี ร่างกายมีความแข็งแรง กระฉับกระเฉง มีภูมิคุ้มกันที่ดี กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงทำให้สามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ เช่น นั่ง เดิน วิ่ง ออกกำลังกาย ทำงาน แต่ถ้าหากมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือเจ็บป่วย บุคคลจะมีกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้ขึ้นกับระดับของภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ

2.ด้านจิตใจและด้านอารมณ์ ถ้าบุคคลมีความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจ จะพบว่าบุคคลนั้น ๆ จะมีสติ มีกระบวนการคิดและการตัดสินใจดี มีดุลยภาพ มีความยืดหยุ่น สามารถเผชิญความเครียด

และแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดี มีความสามารถในการเข้าใจและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน มีการใช้สติปัญญาในการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ใหม่ ๆ ติดตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มีทักษะในการจัดการกับเวลา สามารถสื่อสารกับคนอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนุกกับการทำงาน มีความสมดุลระหว่างการทำงานกับการใช้ชีวิตด้านอื่น ๆ มีความพึงพอใจในการสร้างสรรค์งานใหม่ ๆ แสวงหาสิ่งที่ท้าทายในการทำงานซึ่งต้องใช้ทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถปรับตัวได้ดี

3.ด้านสังคม เป็นสถานะที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ในสังคมได้ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้านและคนอื่น ๆ ในสังคม สามารถแสดงบทบาทในสังคมได้ดี รู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเองและการได้รับการยอมรับจากคนอื่น ๆ สามารถวางตัวตามบทบาทในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.ด้านจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความสุขสงบในตนเองและในโลก รู้สึกถึงเรื่องบุญ กุศล เกิดขึ้นเมื่อทำความดี เสียสละ มีเมตตากรุณา การเข้าถึงศาสนา จิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่า เป็นความสุขที่ปราศจากการเห็นแก่ตัว เป็นความสุขที่เกิดขึ้นจากการหลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self-transcendence) มีความกลมกลืนเข้ากันได้ระหว่างบุคคลกับผู้อื่นหรือสิ่งอื่น ๆ ความสามารถในการรักษาสมดุลของความต้องการภายในและภายนอก การเข้าใจความหมายของชีวิต การเข้าใจในหลักความเป็นจริงและหลักธรรมชาติ

ถึงแม้ว่าการมองบุคคลแบบองค์รวมที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แต่ในการประเมินภาวะสุขภาพอาจแยกประเมินที่ละด้านเพื่อให้มองเห็นปัญหาอย่างชัดเจนและให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของบุคคล เช่น บุคคลที่ป่วยเป็นมะเร็ง นอกจากปัญหาด้านร่างกายที่อาจต้องผ่าตัดก้อนเนื้อร้ายแล้ว บุคคลอาจมีปัญหาด้านจิตใจที่ต้องขบคิดเกี่ยวกับการปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา บทบาทหน้าที่ การทำงานและการเผชิญกับความตายที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นการประเมินเป็นรายด้านอาจสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสมกว่าการประเมินโดยรวม เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ

ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ซึ่งมีความเป็นพลวัต (Dynamic) ตลอดเวลาคือ

1.องค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะสุขภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ กรรมพันธุ์ ความเชื่อ พฤติกรรม จิตวิญญาณของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการทำงานและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ทำให้แนวโน้มต่อไปนี้จะเพิ่มขึ้นได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง อุบัติเหตุ และเอดส์

1.2 ความคิด ความเชื่อ มิติทางจิตและสังคมขาดความสนใจเพราะมุ่งเศรษฐกิจ ตามกระแสวัตถุนิยมและบริโภคนิยมและทัศนะของการจัดการให้สุขภาพสำคัญในระดับต่ำ อิทธิพลจากสื่อโฆษณา ล้วนประกอบเป็นผลต่อความเชื่อ และทัศนคติในสังคมผิดๆในการดูแลสุขภาพ

1.3 พันธุกรรม เทคโนโลยีทางพันธุวิศวกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้ามีผลต่อการรักษาโรคที่ไม่อาจรักษาหรือป้องกันบางโรคทางพันธุกรรมเช่น โรคปัญญาอ่อน โรคโลหิตจาง โรคธาลัสซีเมีย ซึ่งจะเป็นแนวโน้มแก้ปัญหาโรคเหล่านี้ต่อไปในอนาคต

2.องค์ประกอบด้านสภาวะแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม และอื่น ๆ องค์ประกอบด้านสภาวะแวดล้อม ประกอบด้วย

2.1 การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

2.2 การศึกษา

2.3 การเมืองการปกครอง

2.4 โครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสื่อสาร การคมนาคม การสาธารณสุขปโภค จะมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว

2.5 ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

2.6 ปัจจัยทางด้านสังคมอื่นๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ศีลธรรมและจริยธรรม ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีของประชาชน

2.7 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

2.8 การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ป่าไม้ลดลง ดินคุณภาพต่ำมีมลพิษ มีสารปนเปื้อนในน้ำดื่มที่ใช้ทำน้ำประปา การใช้สารเคมีและวัตถุอันตรายมากขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและเสี่ยงภัยต่ออันตรายจากสารพิษได้

2.9 ด้านชีวภาพ มีการเปลี่ยนแปลงจุลชีพที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งแมลงและสัตว์นำโรคอยู่ตลอดเวลา ส่งผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลและกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

3.องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการให้บริการสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย

3.1 การกระจายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน มีการกระจายมีการครอบคลุมมากขึ้นและการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นได้

3.2 โครงสร้างองค์การบริหารงานสาธารณสุข ในการบริหารการสาธารณสุขจะต้องปรับองค์การทำงานให้เล็กลงเน้นกระจายอำนาจไปสู่หน่วยปฏิบัติจะทำให้เกิดการปรับกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อสภาวะการมีสุขภาพดีของประชาชน

3.3 คุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ มีแนวโน้มการแข่งขัน การพัฒนาคุณภาพบริการ และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลทุกประเภท ทุกระดับเกิดขึ้นแต่มีปัญหา

การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไม่ทัดเทียมกันในภูมิภาคส่งผลให้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในบางพื้นที่มีปัญหารุนแรง

3.4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองและไม่ประหยัด ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมของสังคมสูงขึ้น

3.5 การมีส่วนร่วมของประชาชน การพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการสาธารณสุขมูลฐานยังทำได้ผลดีอย่างแท้จริงในบางพื้นที่เท่านั้น และขาดความยั่งยืนในการพัฒนา จำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญและหันมาพัฒนาสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคมได้ด้วยตนเอง

สรุปว่าองค์ประกอบทั้ง 3 ประการข้างต้นนี้ เป็นส่วนสำคัญที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก และส่งผลต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นอย่างมาก นอกจากองค์ประกอบเหล่านี้ก็มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จำเป็นจะต้องให้ความสนใจ ศึกษาวิจัย ใฝ่ระวังก้อย่างใกล้ชิด คาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเพื่อที่จะปรับยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี ในการดูแลสุขภาพของประชาชนไทยให้มีสุขภาพดี

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ จะประกอบด้วย สภาวะสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic environment) ปัจจัยกายภาพซึ่งได้แก่ สิ่งแวดล้อม (Physical environment) และปัจจัยส่วนบุคคล (Person's individual characteristics) (World Health Organization, 2014) นอกจากนี้ Healthy people, 2020 ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การสร้างนโยบาย ปัจจัยทางด้านสังคม การให้บริการด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่วนบุคคล ชีววิทยาและกรรมพันธุ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทั้งต่อบุคคลและคนทั่วไป การพัฒนากลยุทธ์หรือวิธีการเพื่อการสร้างสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จะต้องคำนึงถึงทั้งปัจเจกบุคคล สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพดังกล่าวจะครอบคลุมไปถึงการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมและการดูแลสุขภาพแบบปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนยังรวมถึงการศึกษา ที่อยู่อาศัย การขนส่ง การเกษตรและสภาพแวดล้อม (Healthy People, 2020)

เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของความเจ็บป่วย พยาธิสภาพและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถแยกแยะความผิดปกติออกมาได้อย่างชัดเจน บางรายตรวจพบความดันโลหิตสูงเมื่อไปตรวจรักษาความเจ็บป่วยอื่น ๆ แล้วพบว่ามีความดันโลหิตสูง บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะเพียงเล็กน้อย ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นดังกล่าว จะไม่สามารถเป็นสัญญาณเตือนให้ผู้ป่วยรู้ว่ามี ความดันโลหิตผิดปกติและต้องควบคุมความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติ และไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด หากผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตชนิดที่ไม่

รุนแรงและสามารถคุมความดันโลหิตได้ดี ปัญหาและผลกระทบที่เกิดกับร่างกายจะไม่รุนแรงมาก ผู้ป่วยจะยังสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เช่นคนปกติ แต่ถ้าหากเป็นความดันโลหิตสูงชนิดที่มีความรุนแรงและไม่สามารถคุมความดันโลหิตได้ จะพบความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งอาจมีปัญหาคืออื่น ๆ ตามมา เช่น มีการทำลายของสมองและเส้นประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแยกออกเป็นรายด้าน ดังต่อไปนี้

1.ด้านร่างกาย ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ หัวใจ สมอง ไตและหลอดเลือด (สิววรรณ อุณาภิรักษ์, 2552) ดังนี้

1.1 หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัว เร่งให้มีการเกาะของไขมันที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัวและในที่สุดจะเกิดหัวใจโต (cardiac enlargement) รวมทั้งอาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้จากการที่มีแรงต้านทานภายในหลอดเลือดสูงเป็นระยะเวลาานาน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักและต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น และเกิด Dissecting aortic aneurysm ผลจากการมีความดันโลหิตสูงนานๆ จะไปทำลายผนังหลอดเลือดเอออร์ตาเกิดภาวะโป่งพองของหลอดเลือดตามมา ในคนอายุ 40-70 ปี ที่มีความดันโลหิตอยู่ในช่วง 115/75 มิลลิเมตรปรอท ถึง 185/115 มิลลิเมตรปรอท พบว่าถ้าความดันโลหิตสูงขึ้นทุกๆ 20/10 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (Chobanian et al., 2003)

1.2 สมอง ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่สมองแข็งและหนาตัว ซึ่งต่อมาจะเกิดการโป่งพองของหลอดเลือดต่างๆไปในสมอง (สิววรรณ อุณาภิรักษ์, 2552) จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Brain infarction) และ ภาวะเลือดออกในสมอง (Brain hemorrhage) ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงมากถึงร้อยละ 80 และอีกร้อยละ 15 เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง พบว่าอุบัติการณ์ของโรคอัมพฤกษ์อัมพาตจะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นโดยเฉพาะความดันโลหิตตัวบนในคนสูงอายุมากกว่า 65 ปี และการรักษาโรคความดันโลหิตสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตทั้งจากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง และภาวะเลือดออกในสมอง (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2552)

1.3 ไต โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด Preglomerular arterioles ส่งผลให้มีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง Glomeruli เกิดการเปลี่ยนแปลงใน Glomeruli และ Postglomerular structures และ Glomerular capillaries นำไปสู่ Glomerulosclerosis ในที่สุด ส่งผลให้ท่อไตขาดเลือดไปเลี้ยงและฝ่อตัว โรคความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดพยาธิสภาพที่ไตและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่พบมากอันดับ

สอง (รองลงมาจากเบาหวาน) ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งในประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา (ประเจษฎ์ เรื่องกาณจนเศรษฐ์, 2552)

1.4 ตา มีการเปลี่ยนแปลงของประสาทจอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดแดงที่เรตินาจะมีการตีบตัวลงถ้าเป็นมากๆ พบว่าหลอดเลือดจะหดตัวเกร็ง มีการบวม และเลือดออก ถ้ารุนแรงที่สุดจะมีการบวมบริเวณ optic disk (papilledema) ทำให้การมองเห็นเสียไป พบผลกระทบต่อมาในความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Chobanian et al., 2003)

2.ด้านจิตใจและอารมณ์ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมตลอดชีวิต เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้ การรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถปรับตัวในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งเป็นอันตรายและจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังได้ มีผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้

3.ด้านสังคมและเศรษฐกิจ กอปรเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัวอาจทำให้ต้องลดบทบาทในครอบครัว โดยเฉพาะถ้าเป็นการเจ็บป่วยของหัวหน้าครอบครัวผู้หารายได้หลักของครอบครัว ทำให้รายได้อลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการทำงานได้น้อยลง

การฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นความเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อหลอดเลือดและหัวใจ การผิดปกติของหลอดเลือดและหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ในที่สุดก็จะมีผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรงโดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดในสมอง ดังนั้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปพร้อม ๆ กับการควบคุมความดันโลหิต

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ควบคุมอาการและอาการแสดง ลดความก้าวหน้าของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง สามารถมีชีวิตใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (American Heart Association , 2014; วิศาล คันธารัตนกุล, 2551)

องค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้ การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนักและโรคร่วม ซึ่งสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American heart Association) และ สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจ หลอดเลือดและปอดของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Cardiovascular and Pulmonary rehabilitation – AACVPR) ได้กำหนดเป้าหมายของการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่า

เป็นการลดปัจจัยเสี่ยง กระตุ้นการปรับเปลี่ยนและคงไว้พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความพิการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่กระฉับกระเฉง รวมทั้งได้กำหนดแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจ ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การจัดการภาวะไขมันผิดปกติ การควบคุมความดันโลหิต การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเบาหวาน การดูแลด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การฝึกการออกกำลังกาย ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าว ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจ

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การประเมิน ภาวะสุขภาพ	ประวัติการเจ็บป่วย 1.การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด 2.การวินิจฉัยและการรักษา 3.อาการแสดงของโรคหัวใจ 4.โรคร่วม 5.ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด 6.ความก้าวหน้าของโรค 7.ยาและความต่อเนื่องของการใช้ยา การตรวจร่างกาย 1.สัญญาณชีพ 2.หัวใจและหลอดเลือด 3.แผลที่เกิดจากการทำหัตถการ 4.ข้อและระบบประสาท การตรวจอื่น ๆ 1.EKG 2.คุณภาพชีวิต	-การบันทึกปัญหาหรือความต้องการที่ได้จากการตรวจผู้ป่วย -แผนการดูแลที่มุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงและการฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจ	-ผลลัพธ์ระยะสั้น (สัปดาห์/เดือน) กลยุทธ์ที่จะลดความพิการหรือผลตามมา
อาหารและ โภชนาการ	1.ประเมินจำนวนพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน	กำหนดเมนูอาหารให้อยู่ใน AHA step II diet	ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	<p>สัดส่วนของไขมัน โคอเลสเตอรอล และอาหารกลุ่มอื่น ๆ</p> <p>2. ประเมินนิสัยการรับประทานอาหาร เช่น จำนวนมือ ปริมาณอาหาร อาหารขบเคี้ยว ความถี่ในการรับประทานอาหาร นอกบ้าน การดื่มเหล้า</p> <p>3. ประเมินปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น</p>	<p>-กำหนดแผนการควบคุมอาหารเฉพาะบุคคล</p> <p>-ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายของการควบคุมอาหารและวิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์</p> <p>-กำหนดกิจกรรมเพื่อให้ปรับเปลี่ยนและคงไว้</p> <p>พฤติกรรม การรับประทานอาหารที่เหมาะสม</p>	<p>-ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโภชนศาสตร์เบื้องต้น</p> <p>-ผู้ป่วยสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องได้</p>
การจัดการไขมัน (lipid management)	<p>1.หาข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจไขมันในเลือด ถ้าผิดปกติต้องซักประวัติเกี่ยวกับอาหาร การใช้ยา และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความผิดปกติของไขมัน</p> <p>2.ประเมินการได้รับการรักษาในปัจจุบัน และ ความสม่ำเสมอในการมารับบริการ</p> <p>3.ตรวจระดับไขมันในเลือดอีก 4-6 สัปดาห์ หลังการรักษาในโรงพยาบาล และ 2 เดือนหลังการใช้ยาลดไขมัน</p>	<p>1.ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารและการควบคุม น้ำหนักโดยมีเป้าหมาย AHA step II diet กับผู้ป่วยที่มี LDL > 100 mg/dl อาจให้ยาลดไขมันถ้า LDL 100-130 mg/dl และถ้า LDL > 130 mg/dl ต้องให้ยารักษา</p> <p>2.เพิ่มกิจกรรมเพื่อเพิ่ม HDL > 35 mg/dl เช่น ออกกำลังกาย เลิกสูบบุหรี่</p> <p>3.ลดกิจกรรมที่ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ < 200 mg/ml เช่นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ</p>	<p>ผลลัพธ์ระยะสั้น</p> <p>-ประเมินและปรับระดับ LDL อย่างต่อเนื่องจนอยู่ในระดับ < 100 mg/dl</p> <p>ผลลัพธ์ระยะยาว</p> <p>-เพื่อคงไว้ซึ่งระดับ LDL < 100 mg/dl เพิ่ม HDL > 35 mg/dl และไตรกลีเซอไรด์ < 200 mg/ml</p>

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
		<p>อาหาร การควบคุม น้ำหนัก ออกกำลังกาย ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้ยาตาม NCEP</p> <p>4.ติดตามการให้ยา ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>	
การควบคุมความดันโลหิต	<p>1.วัดความดันโลหิตขณะพักมากกว่า 2 ครั้ง</p> <p>2.ประเมินผลการให้การรักษาปัจจุบันและความต่อเนื่องของการรักษา</p>	<p>1.ถ้า Systolic BP > 130-139 mmHg, Diastolic BP 85-90 mmHg</p> <p>-ให้แนวทางในการปรับวิธีการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกาย ควบคุม น้ำหนัก ลด/ควบคุม อาหารเค็ม ลด แอลกอฮอล์ และเลิกสูบบุหรี่</p> <p>-ให้ยาในผู้ป่วยที่มีหัวใจวาย เบาหวาน โรคไต เรื้อรัง</p> <p>2.ถ้า Systolic BP > 140 mmHg, Diastolic BP > 90 mmHg</p> <p>-ให้ปรับพฤติกรรม</p> <p>-ให้ยา</p> <p>3.ติดตามการให้ยา ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>	<p>ผลลัพธ์ระยะสั้น</p> <p>-ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงวิธีการจนเหลือ</p> <p>Systolic BP < 130 mmHg และ</p> <p>Diastolic BP < 85 mmHg</p> <p>ผลลัพธ์ระยะยาว</p> <p>-ควบคุม Systolic BP < 130 mmHg และ</p> <p>Diastolic BP < 85 mmHg</p>

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การเลิกสูบบุหรี่	<p>-พฤติกรรมกาสูบหรี่ทั้งในอดีต ปัจจุบัน ในเรื่องระยะเวลาที่สูบ ปริมาณที่สูบ วิธีการสูบ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่มือสอง</p> <p>-ประเมินปัจจัยแทรก (ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่)</p> <p>-ประเมินความพร้อมที่จะเลิก ถ้าพร้อมก็ให้ intervention ถ้ายังไม่พร้อมก็กระตุ้นให้คิดว่าควรเลิกสูบบุหรี่</p>	<p>ถ้าพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ กำหนดวันที่จะเลิกและกลยุทธ์ที่จะใช้ โดยอย่างน้อยที่สุด ที่ควรทำได้แก่</p> <p>-ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้ material</p> <p>-ให้การสนับสนุนการเลิกบุหรี่จากบุคคลากรด้านสุขภาพและครอบครัว</p> <p>-ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่อีก</p> <p><u>ส่วนวิธีการที่เหมาะสมที่ควรทำได้แก่</u></p> <p>-ให้เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่</p> <p>-ให้ยาเลิกบุหรี่ ซึ่งขึ้นกับแนวทางการรักษาของแพทย์</p> <p>-ใช้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต เป็นต้น</p> <p>-นัดมาตรวจตามนัด</p>	<p>ผลลัพธ์</p> <p>-ผู้ป่วยกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่</p> <p>-ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ กำหนดภายใน 12 เดือนต้องหยุดสูบบุหรี่</p>
การควบคุมน้ำหนัก	<p>ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว</p>	<p>ผู้ป่วยที่มี BMI >25 kg/m² รอบเอว >40 นิ้ว (102 ซม) ในเพศชาย หรือ > 35 นิ้ว (88 ซม) ในเพศหญิง</p> <p>-วางแผนระยะสั้นและระยะยาวเป็นรายบุคคล สำหรับการลดน้ำหนัก</p>	<p>-ระยะสั้น: ประเมินและปรับปรุงโปรแกรมจนน้ำหนักลด ถ้าหากลดน้ำหนักไม่ได้ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือเข้าโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>-ระยะยาว: เข้า</p>

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
		<p>และปัจจัยเสี่ยง ประมาณ ร้อยละ 10 สัปดาห์ละ 0.5-1 kg ใน ระยะเวลา 6 เดือน</p> <p>-สร้างโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เพื่อลด พลังงาน เพิ่มสารอาหาร และกากใย และเพิ่มการ ใช้พลังงาน</p>	<p>โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง จนสามารถลดได้ตาม เป้าหมาย</p>
<p>การควบคุม เบาหวาน</p>	<p>ประเมินประวัติการเป็น เบาหวาน ประวัติการใช้ยา เบาหวาน วิธีการติดตาม ผลน้ำตาลในเลือด ประวัติ การควบคุมน้ำตาลใน ร่างกาย</p> <p>-ติดตามผลการตรวจ น้ำตาลในเลือด ผล Hb A1C</p>	<p>-วางแผนเพื่อควบคุม อาหารและน้ำหนัก ยาที่ ใช้ การควบคุมปัจจัย เสี่ยงต่าง ๆ</p> <p>-ติดตามผลน้ำตาลก่อน- หลังการออกกำลังกาย</p> <p>-คัดกรองผู้ที่เสี่ยงให้ ได้รับการตรวจและ วินิจฉัย</p>	<p>-ควบคุมระดับน้ำตาล ให้ใกล้เคียงปกติ</p> <p>-ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-ควบคุมโรคอ้วน ความ ดันโลหิตสูงและไขมัน สูง</p>
<p>การจัดการภาวะ สุขภาพจิต</p>	<p>ประเมินปัญหาทางจิตโดย ใช้แบบประเมินมาตรฐาน: ซีเมสเร้า วิตกกังวล ไม่เป็น มิตร แยกตัว ผิดปกติทาง เพศ ติดยาและปัญหา ทางจิตอื่น ๆ</p>	<p>-ให้คำปรึกษาแบบ รายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม เกี่ยวกับการปรับตัวให้ เข้ากับโรคหัวใจ การ จัดการความเครียด วิธี ชีวิตที่เน้นสุขภาพ ควร ให้โอกาสครอบครัวมี ส่วนร่วม</p> <p>-จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>-ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ</p>	<p>-ความผาสุกเพิ่มขึ้น</p> <p>-พฤติกรรมมีการเปลี่ยน ตามที่วางแผนเป้าหมาย</p> <p>-มีการดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องตามแผน</p>

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

23

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับมี กิจกรรมทางกาย	ประเมินระดับของการมี กิจกรรมทางกาย ที่บ้าน ที่ ทำงานและสันทนาการ -สอบถามกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ การ ดำเนินชีวิต (การขับรถ เพศสัมพันธ์ การทำงาน บ้าน การเล่นกีฬา การ ทำงานสวน -ประเมินความพร้อมใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความมั่นใจ ปัญหา/ อุปสรรค การสนับสนุน ทางสังคม	ให้คำแนะนำ ปรึกษา สนับสนุนเกี่ยวกับการมี กิจกรรมทางกาย -ตั้งเป้าหมายการมี กิจกรรมทางกายมากกว่า วันละ 30 นาที สัปดาห์ ละ > 5 วัน ควรจัดให้ สามารถทำพร้อมกับ กิจกรรมประจำวันที่ทำ อยู่เป็นประจำ -แนะนำให้ออกกำลังกาย แบบไม่ลงน้ำหนักมาก เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ	-การมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มขึ้น
การฝึกทักษะ การออกกำลังกาย	ประเมิน exercise capacity (ชีพจร อาการ และอาการแสดง การ เปลี่ยนแปลง EKG และ exercise capacity	-กำหนดขนาดของการ ออกกำลังกายแบบแอ โรบิกและแบบต้านแรงที่ สอดคล้องกับผลการ ประเมิน เป้าหมายของ โปรแกรมและผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ ควร กำหนด ความถี่ ความ หนักเบา ระยะเวลาและ ชนิด -แอโรบิก: F=3-5 d/wk= 50%, D=30- 60 min, M= walking, trademill -ต้านแรง: F=2- 3d/wk, I= 8-15 ครั้ง, D= 1-3 set upper &	ลดความเสี่ยงและเพิ่ม ผลลัพธ์โดยรวม (กล้ามเนื้อแข็งแรง มี ความยืดหยุ่นดีขึ้น นำ หนักลด มีการ เปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยา พฤติกรรม เปลี่ยนแปลง)

357167

616.172

1699

ด.4

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
		lower body, M= elastic band, dumbbells -มีการอบอุ่นและผ่อนคลายก่อนและหลังออกกำลังกาย -มีโปรแกรมให้สามารถทำได้ที่บ้าน -ควรตั้งเป้าหมายเพื่อใช้พลังงานประมาณ 1000 แคลลอรี่/สัปดาห์	

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นการรับรู้และประเมินความพึงพอใจในชีวิต เป็นความผาสุก ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อ ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ความคาดหวังและสมหวัง สังคม และเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม บุคคลจะรับรู้และประเมินตามความเข้าใจของตนเอง ในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลแต่ละคนอาจประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ วัฒนธรรมของแต่ละคน

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health related quality of life) เป็นการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่ง Wilson & Cleary (1995) ได้พัฒนากรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ส่วนใหญ่จากมุมมองด้านชีววิทยาทางการแพทย์และสังคมวิทยา โดยมุมมองด้านชีววิทยาทางการแพทย์จะเน้นเกี่ยวกับสาเหตุของโรค พยาธิกำเนิดโรค ชีววิทยา สรีรวิทยาและผลลัพธ์ทางคลินิก และแยกส่วนของร่างกายและจิตใจ ส่วนมุมมองด้านสังคมวิทยาจะเน้นมิติของการทำหน้าที่ บทบาทและความผาสุกโดยรวม และรวมความเป็นปัจเจกบุคคล บริบทของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ระบบสนับสนุนที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย ในมุมมองนี้จะมีการประเมินปัจจัยทั้งจากสังคมและสถาบันที่มีผลกระทบต่อบุคคล การเจ็บป่วยและการใช้ชีวิตของผู้ป่วย จากมุมมองทั้งชีววิทยาทางการแพทย์และสังคมวิทยา Wilson & Cleary (1995) ได้ข้อสรุปว่า คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควรประกอบด้วยโครงสร้าง 7 องค์ประกอบได้แก่ ด้านชีววิทยาและพยาธิวิทยา (Biological and physiological variables) ภาวะอาการแสดง (Symptom status) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) ปัจจัยแวดล้อม

(Characteristics of the environment) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perceptions) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life) นอกจากนี้ Wilson & Cleary (1995) ยังพบว่าตัวแปรที่อยู่ในโครงสร้างของกรอบแนวคิดมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ เช่น สภาวะอาการแสดงมีความเชื่อมโยงกับสภาวะการทำหน้าที่ สภาวะการทำหน้าที่ เชื่อมโยงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมพบที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรหลายๆ ตัวแปรกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี Sousa, Holzemer, Heenry, & Slaughter. (1999) นำแนวคิดที่ Wilson & Cleary (1995) พัฒนาขึ้นไปทดสอบความสัมพันธ์ของโครงสร้างในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ภาวะอาการแสดง ภาวะการทำหน้าที่และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของนิตยา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา (2555) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภูมิสำเนา สวัสดิการค่ารักษา โดยพบว่าการเบิกจ่ายค่ารักษามีความสัมพันธ์สูงมากกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.997$) รายได้ ระดับการศึกษาและเพศมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.554$, $r = 0.505$, $r = 0.498$) ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และภูมิสำเนา มีความสัมพันธ์ต่ำถึงต่ำมากกับคุณภาพชีวิต

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของโรคหัวใจ ความรุนแรงของโรค สมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการและอาการแสดง การเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วงเวลาหลังได้รับการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ จำนวนครั้งของการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยพบว่าสมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการและอาการแสดงมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.722$, $r = 0.705$) การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.440$) ช่วงเวลาหลังได้รับการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ จำนวนครั้งของการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.300$, $r = 0.285$, $r = 0.201$)

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ การจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลตนเอง ทักษะคิดต่อโรค การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ โดยพบว่า อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมหรือคู่สมรส และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.718$, $r = 0.700$, $r = 0.600$) ทักษะคิดต่อโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความหวังมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.542$, $r = 0.455$, $r = 0.408$, $r = 0.400$) การจัดการตนเอง และภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต

($r = 0.348$, $r = 0.300$)

4.ปัจจัยด้านพฤติกรรม และการทำหน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.762$) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.590$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.314$)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive) และหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 200 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกันยายน 2556 ถึง มีนาคม 2557 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- 2) มีอาการและอาการแสดงที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบวิกฤติ

- 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

- 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

- 1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดผสมปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้สถานภาพสมรส สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

- 2.แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลการรักษา ได้แก่ ข้อมูลสัญญาณชีพ ยาที่ได้รับและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่

- 3.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม จำนวน 1 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 10 โดย 1 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีเลย ส่วน 10 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก

- 3.2 ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 6 โดย 1 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีเลย ส่วน 6 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพจิตดีมาก

3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Ability) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 4 โดย 1 หมายถึงความสามารถของตนเองไม่ดีเลย ส่วน 4 หมายถึงความสามารถของตนเองดีมาก

3.4 การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 2 โดย 1 หมายถึง ปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่ดี ส่วน 2 หมายถึง ปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยดีมาก

3.5 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค จำนวน 17 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

3.6 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

3.7 พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 11 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

3.8 การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 11 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

3.9 แบบประเมินความผาสุกโดยรวม จำนวน 1 ข้อ วัดโดยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความผาสุกตามการรับรู้ของตนเองจาก 1 = ไม่มีความสุข ถึง 6 = มีความสุขมากที่สุด

5.แบบวัดภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นโดย Zung (1981 อ้างอิงถึง McDowell & Newell (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย Thanee (2004) โดยข้อคำถามเป็นวัดการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกหรืออาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เคยมีเลย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
มีน้อย	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
มีปานกลาง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
มีมาก	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การตัดสินภาวะซึมเศร้า ดังนี้

< 50	คะแนน	หมายถึง	ระดับปกติ
50-59	คะแนน	หมายถึง	ระดับเล็กน้อย
60-69	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
> 70	คะแนน	หมายถึง	ระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและแบบวัดภาวะซึมเศร้าไปการทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ดังนี้

- 1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมเท่ากับ .87
- 2) แบบประเมินการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเท่ากับ .98
- 3) แบบแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์เท่ากับ .71
- 4) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เท่ากับ .72
- 5) แบบประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเท่ากับ .71
- 6) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการความเครียด เท่ากับ .68
- 7) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เท่ากับ .71
- 8) แบบวัดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .82

ส่วนข้อคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมและ ความผาสุกโดยรวม ไม่ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นเนื่องจากเป็นข้อคำถามเดี่ยว

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาและโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในการเก็บรวบรวมผู้วิจัยและคณะกรรมการให้ความสำคัญในการปกป้องและคุ้มครองการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย ประโยชน์และปัญหาเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย การให้ข้อมูลทุกอย่างตามแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะออกจากโครงการได้เมื่อ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวม ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ภายใน 1 ปี หลังจากผลงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว และสอบถามความสมัครใจก่อนให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มาใช้บริการในคลินิกโรคหัวใจ หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและคณะดำเนินการตั้งขั้นตอนต่อไปนี้

- 1.เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนด
- 3.ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย เข้าพบเป็นแบบประมาณค่า จาก 1 ถึง 5 ขาดเลือดขณะรอรับการตรวจ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซักถามข้อข้องใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เห็นใบบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
- 4.เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลโดยละเอียด เสร็จแล้วผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยละเอียด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีก่อนแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ทำการสัมภาษณ์ในสถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวน หรือมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลาประมาณ 45 นาที
- 5.ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ เรียบร้อยแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบ และในกรณีที่ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์จะตัดแบบสอบถามชุดนั้นออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัส และลงข้อมูลในฐานข้อมูลที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นและนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

- 1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2.วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรม การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้สถิติ Bivariate analysis
- 4.วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติ Multiple regression

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2556 จำนวน 200รายผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีอายุเฉลี่ย 66.65 ปี (SD = 10.59) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.5 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 11.0 และอาชีพอื่น ๆ คิดเป็น ร้อยละ 42.0 และไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็น ร้อยละ 28.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.0 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 119.05 เดือน (SD = 77.426) และมีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	38.5
หญิง	123	61.5
อายุ (M= 66.65, SD = 10.59)		
< 50 ปี	15	7.5
50 - 59 ปี	32	16.0
60 - 69 ปี	64	32.0
≥ 70 ปี	89	45.5
สถานภาพสมรส		
คู่	175	87.5
โสด	16	8.0
หม้าย/หย่า/แยก	9	4.5

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	22	11.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20	10.0
ค้าขาย	11	5.5
เกษตรกร	5	2.5
ธุรกิจส่วนตัว	2	1.0
อื่นๆ	84	42.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	56	28.0
รายได้ (บาท/เดือน)		
≤ 5,000	7	3.5
5,001-10000	78	39.0
10,001-15,000	67	33.5
> 15,000	48	24.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี) (M= 119.05 เดือน , SD = 77.426)		
< 1	7	3.5
1 - 5	49	24.5
6 - 10	102	51.0
> 10	42	21.0
ประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	41	20.5
1 ครั้ง	106	53.0
2 ครั้ง	45	22.5
3 ครั้ง	8	4.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเอง 7.49 คะแนน (SD =1.60) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และผลกระทบของการเจ็บป่วย ในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผลกระทบต่อกิจกรรมหรือปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.47 คะแนน (SD =1.81) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนนนอกจากนี้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเองมีค่าเฉลี่ย 33.37 (SD. =7.62) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวต่อความ

เจ็บป่วย 13.31 (SD =1.71) จากคะแนนเต็ม 14 คะแนนนอกจากนี้ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะจิตใจและอารมณ์ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 30.43 (SD =4.95) จากคะแนนเต็ม 42 คะแนน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพของบุคคลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค 54.96 (SD =7.84) จากคะแนนเต็ม 85 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 13.59 (SD =4.97) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับความเครียด 24.37 (SD =4.26) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 29.35 (SD =6.13) จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกโดยรวม 4.78 (SD =1.23) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=199)

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	Min	Max	Mean	SD
1.การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (1-10คะแนน)	2	10	7.49	1.60
2.ภาวะจิตใจและอารมณ์ (8-48 คะแนน)	20	40	30.43	4.95
3.การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย (7-14คะแนน)	7	14	13.31	1.71
4.ความสามารถในการทำกิจกรรม (10-40คะแนน)	11	40	33.37	7.62
5.การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (5-25คะแนน)	5	25	13.59	4.97
6.การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค (17-85คะแนน)	37	79	54.96	7.84
7.การจัดการกับความเครียด (7-35คะแนน)	10	35	24.37	4.26
8.การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (11-55 คะแนน)	18	45	29.35	6.13
9.ความผาสุก (1-6 คะแนน)	1	6	4.78	1.23

2.2 ภาวะซึมเศร้า สำหรับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 80.0 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 10.0

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซีมีเซร่า (n=199)

ภาวะซีมีเซร่า	Mean	SD.	จำนวน	ร้อยละ
	38.195	8.76		
1. ระดับปกติ (< 50 คะแนน)			180	90.0
2. ระดับเล็กน้อย (50-59 คะแนน)			20	10.0
3. ระดับปานกลาง (60-69 คะแนน)			0	0.0
3. ระดับสูง (≥ 70 คะแนน)			0	0.0

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r=.266, p<.001$) การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ($r=.238, p<.001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r=.276, p<.001$) การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ($r=.212, p=.001$) และการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($r=.117, p=.049$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.204, p = .002$) ส่วนภาวะซีมีเซร่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.007, p = .461$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5, 6

จากการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรตาม ด้วยวิธี Stepwise regression (ตารางที่ 7, 8) พบว่า ปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($Beta= .238, p<.001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 7.6 ตัวทำนายตัวที่สองที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($Beta = .226, p <.001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 12.6 สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ} = .238\text{ภาวะจิตใจและอารมณ์} + .226\text{ความสามารถในการทำกิจกรรม}$$

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่าง (n=199)

	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	p-value
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.266	<.001
การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย	.238	<.001
ภาวะจิตใจและอารมณ์	.276	<.001
การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค	-.204	.002
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.212	.001
การจัดการกับความเครียด	-.097	.085
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	.117	.049
ภาวะซึมเศร้า	-.007	.461

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่าง (n=199)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Constant	3.562	.757		4.707	<.001
ภาวะจิตใจและอารมณ์	.077	.022	.238	3.517	.001
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.047	.014	.226	3.341	.001

ตารางที่ 6 แสดงค่า R, R² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่ม
ตัวอย่าง

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Change Statistics				
				R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
A	.276 ^a	.076	.071	.076	16.236	1	197	<.001
B	.355 ^b	.126	.117	.050	11.163	1	196	.001

A= Constant ภาวะจิตใจและอารมณ์

B= Constant ภาวะจิตใจและอารมณ์ความสามารถในการทำกิจกรรม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่ม
ตัวอย่าง (n=199)

	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	p-value
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	.316	<.001
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.157	.013
การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย	.186	.004
ภาวะจิตใจและอารมณ์	.399	<.001
การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค	-.166	.009
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.064	.184
การจัดการกับความเครียด	-.029	.343
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	.089	.106
ภาวะซึมเศร้า	-.356	<.001

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การ
รับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($r=.316, p<.001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r=.157, p<.013$)
การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ($r=.186, p<.004$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r=.399, p<.001$) การ
รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ($r=-.166, p=.009$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.356, p<.001$)
ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต
ของกลุ่มตัวอย่าง (n=199)

	Unstandardized		Standardized	t	Sig.
	Coefficients				
	B	Std. Error	Beta		
Constant	3.163	.757		4.707	<.001
ภาวะจิตใจและอารมณ์	.048	.019	.193	2.486	.014
ภาวะสุขภาพ	.201	.051	.261	3.987	<.001
ภาวะซึมเศร้า	-.035	.010	-.251	-3.374	.001

ตารางที่ 9 แสดงค่า R, R² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=199)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Change Statistics				
				R Square change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
A	.399 ^a	.159	.155	.159	37.200	1	197	<.001
B	.453 ^b	.205	.197	.046	11.351	1	196	.001
C	.499 ^c	.249	.237	.044	11.381	1	195	.001

A= Constant ภาวะจิตใจและอารมณ์

B= Constant ภาวะจิตใจและอารมณ์ ความสามารถในการทำกิจกรรม

C= Constant ภาวะจิตใจและอารมณ์ ความสามารถในการทำกิจกรรม ภาวะซึมเศร้า

จากการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยใช้ความ ผาสุกของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรตาม ด้วยวิธี Stepwise regression (ตารางที่ 8) พบว่าปัจจัย ทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ (Beta= .193, p<.014) โดย สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 15.9 ตัวทำนายตัวที่สองที่ได้รับการ คัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ ภาวะสุขภาพ (Beta = .261, p <.001) โดยสามารถอธิบายความ แปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20.5 ตัวทำนายตัวที่สามที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามา ในสมการ คือ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.251, p=.001) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของ คุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 24.9 สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\text{คุณภาพชีวิต} = .193 \text{ ภาวะจิตใจและอารมณ์} + .261 \text{ ภาวะสุขภาพ} - .251 \text{ ภาวะซึมเศร้า}$$

บทที่ 5

สรุปผลวิจัยและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายทราบ รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบวัดภาวะซึมเศร้า นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา Pearson's correlation และ Stepwise multiple regression

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีอายุเฉลี่ย 66.65 ปี (SD = 10.59) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 87.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 11.0 อาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 42.0 และไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็น ร้อยละ 28.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 57.5 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 ปี ร้อยละ 72 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 119.05 เดือน (SD = 77.426) และมีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 53.0

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r=.266, p<.001$) การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ($r=.238, p<.001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r=.276, p<.001$) การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ($r=.212, p=.001$) และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($r=.117, p=.049$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ($r = -.204, p = .002$) ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = -.007, p = .461$) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ (Beta= .238, $p<.001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม (Beta = .226, $p <.001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้ร้อยละ 12.6

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($r=.316, p<.001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r=.157, p<.013$) การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ($r=.186, p<.004$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r=.399, p<.001$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ($r=-.166, p=.009$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.356, p<.001$) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ (Beta= .193, $p<.014$) ภาวะสุขภาพ (Beta = .261, $p<.001$) และภาวะซึมเศร้า (Beta = -.251, $p=.001$) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 24.9

การอภิปรายผล

1.ภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเอง 7.49 คะแนน (SD = 1.60) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนี้เป็นการแปลความหมายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเมินค่าจาก ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ผิดปกติที่ ผู้ป่วยเป็นอยู่ การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพอยู่ในระดับที่ดีถึงแม้ว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจเนื่องจากธรรมชาติของโรค เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีอาการและอาการแสดง ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยยังสามารถใช้ชีวิตได้เช่นเดียวกับคนปกติ นอกจากนั้นกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว ยังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 119.05 เดือน (SD = 77.42) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่มีอาการเจ็บ หรือปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.47, SD = 1.81; คะแนนเต็ม 10 คะแนน) สามารถเคลื่อนไหวและออกกำลังกายได้ดี (คะแนนเฉลี่ย 13.59, SD = 4.97; คะแนนเต็ม 25) รวมทั้ง มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสถึงร้อยละ 87.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถประกอบ อาชีพมีรายได้ มีเพียงร้อยละ 28 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพ มีความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง (ค่าเฉลี่ย 33.37, SD. = 7.62, คะแนนเต็ม 40) กลุ่ม ตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ดีมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 13.31, SD = 1.71; คะแนนเต็ม 14) มีคะแนนเฉลี่ย ภาวะจิตใจและอารมณ์ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 30.43 (SD = 4.95) จากคะแนนเต็ม 42 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค 54.96 (SD = 7.84) จากคะแนนเต็ม 85 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับความเครียด 24.37 (SD = 4.26) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนนและมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัย เสี่ยง 29.35 (SD = 6.13) จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน มีเพียงร้อยละ 53.0 มีประวัติการนอนพักรักษา ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี

2.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r=.266, p<.001$) การปรับตัวต่อ การเจ็บป่วย ($r=.238, p<.001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r=.276, p<.001$) การเคลื่อนไหวและการ ออกกำลังกาย ($r=.212, p=.001$) และการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($r=.117, p = .049$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ($r = -.204, p = .002$) ส่วนภาวะ ซึมเศร้าพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = -.007, p = .46$) ซึ่งการรับรู้ภาวะ

สุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในสภาพดีหรือเจ็บป่วย (Connely et al., 1989) และส่งผลต่อความผาสุกของบุคคลเนื่องจากในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในทางลบ คือ รับรู้ว่าตนสุขภาพไม่ดี จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก คือ รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี จะทำให้เกิดความพึงพอใจ เกิดความผาสุกในชีวิต

การศึกษาค้นคว้า พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพมีทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับร่างกายและพฤติกรรม เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization (2014) และ American Heart Association (2014) ที่เชื่อว่า การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายโรครวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งสามารถช่วยควบคุมน้ำหนัก ป้องกันหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกับความเครียด ลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และยังดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Anderson, 2008) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ ได้แก่ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ภาวะจิตใจและอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ French, Lewin, Watson and Thompson (2005) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งเมื่อผู้ป่วยที่คุณภาพชีวิตของตนเองไม่ดี ความก้าวหน้าของโรครักก็ไม่ดี และทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แยกลงตามมา (Škodova, et al., 2011)

3.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลจากการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกโดยรวม 4.78 (SD =1.23) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($r=.316$, $p<.001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r=.157$, $p<.013$) การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ($r=.186$, $p<.004$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r=.399$, $p<.001$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ($r=-.166$, $p=.009$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.356$, $p<.001$) จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson & Cleary (1995) ที่พบว่า สภาวะอาการแสดงมีความเชื่อมโยงกับสภาวะการทำหน้าที่ สภาวะการทำหน้าที่มีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมพบว่ามี ความสัมพันธ์กับตัวแปรหลาย ๆ ตัวแปร ซึ่งคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควรประกอบด้วย โครงสร้าง 7 องค์ประกอบได้แก่ ด้านชีววิทยาและพยาธิวิทยา ภาวะอาการแสดง ภาวะการกระทำหน้าที่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแวดล้อม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และคุณภาพชีวิตโดยรวม และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะจิตใจและ

อารมณ์ (Beta= .193, $p < .014$) ภาวะสุขภาพ (Beta = .261, $p < .001$) และภาวะซึมเศร้า (Beta = -.251, $p = .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้ร้อยละ 24.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Failde & Soto (2006) ที่พบว่า ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจากอาการของโรค กับข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงมาก (De Jonge et al., 2006) ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (นนทร ดำรงค์, 2558; วรณี จิวสีบพงษ์, 2550) รวมทั้งส่งผลต่อความผาสุกและต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล (Wang, 2007)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1.หน่วยงานในระดับนโยบายของประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ สามารถนำผลผลิตจากการวิจัย เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้
- 2.พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาโปรแกรมและระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 3.สามารถนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตไปใช้พัฒนาโปรแกรมคุณภาพชีวิตและทดสอบในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

บรรณานุกรม

- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นนทกร ดำรงค์.(2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตญา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก; 23 (2): 2-16.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาาระบบประสาทและอื่น ๆ . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2552). Hypertension. ใน จันทราภา ศรีสวัสดิ์, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, ธนะพันธ์ พิบูลย์บรรณกิจ และวิชัย ประยูรวิวัฒน์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยนอกทางอายุรศาสตร์ (หน้า 253-279).กรุงเทพฯ: น อักษร.
- ประเวศ วะสี. (2547). ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2551). แนวคิดใหม่ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. ใน ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจเล่ม 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. เข้าถึงได้จาก www.thaihypertension.org
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อัมพร วรรณมร. (2554). พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- American Heart Association. (2014). *The benefits of daily physical activity*. Retrieved from <http://www.americanheart.org/presenter.ihhtml?identifier=:764>
- American college of sport Medicine. (2003). Physical activity and public health update recommendation for adults. *Circulation*, 116(9), 1081-1093.
- Anderson, J. K. (2008). *Predictors of health promoting behaviors and health-related quality of life in post myocardial infarction adults*. Proquest.

- Beare, P., & Myers, J. (1990). *Principles and practice of Adult Health Nursing*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Beulens J, Rimm EB, Ascherio A, et al. (2007) Alcohol consumption and risk for coronary heart disease among men with hypertension. *Ann Intern Med*, *Op* :10-19.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., et al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA*, *289* :2560-2572.
- Conlin, P. R., Chow, D., Miller III, E. R., Svetkey, L. P., Lin, P., Harsha, D. W., Moore, T. J. Sacks, F. M., & Appel, L. J. (2002). "The Effect of Dietary Patterns on Blood Pressure Control in Hypertensive Patients: Results From the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial", *American Journal of Hypertension*, *13*(9): 949-955.
- De Jonge, P., Spijkerman, T. A., van den Brink, R. H., & Ormel, J. (2006). Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*, *92*(1), 32-39.
- French, D. P., Lewin, R. J., Watson, N., & Thompson, D. R. (2005). Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction?. *Journal of psychosomatic research*, *59*(5), 315-322.
- Healthy People. (2020). *Healthy People 2020*. Retrieved May 5, 2012 From http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020.htm
- Joint National Committee. (2003). "The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment high blood pressure: National high blood pressure education program" Retrieved May 5, 2004, from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/Express.pdf>.
- Kirshner, H., S. (2009). Vascular dementia: a review of recent evidence for prevention and treatment. *Current neurology and neuroscience reports* *9*(6):437-442.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980). *The common sense model of illness danger*. In: Rachman, S. (Ed.), *Medical psychology*, Vol. 2. pp. 7-30. Pergamon, New York.
- Pender, N., J., Murdaugh, C., L., & Parsons, M., A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.

- Skodova, Z., van Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Ondušova, D., Middel, B., & Reijneveld, S. A. (2011). Psychosocial predictors of change in quality of life in patients after coronary interventions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40(4), 331-339.
- Sousa, K., Holzemer W., Heenry, S., & Slaughter, R. (1999). Dimensions of health related quality of life in person living with HIV disease. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1, 178-187.
- Thanee, S. (2004). *Perceived Self-efficacy in the Drug Abstinence Process: a Study of Drug Dependence Treatment at Thanyarak Institute* (Doctoral dissertation, Mahidol University).
- Tripp-Reimer, T. (1984). Reconceptualizing the construct of health: Integrating emic and etic perspectives. *Research in Nursing and Health*, 7, 101-109.
- Tully, K. C. (2002). Cardiovascular disease in older adult. In V. T. Cotter, & N. E. Strumpf (Eds), *Advanced Practice Nursing with Older Adults: Clinical Guideline*. New York: McGraw-Hill.
- Wang, W. (2007). *Effects of Home-based Cardiac Rehabilitation on Health-related Quality of Life and Psychological Status in Chinese Patients Recovering from Acute Myocardial Infarction*. ProQuest.
- Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life –a conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association*, 273, 1, 59-65.
- World Health Organization. (2014) (n.d.). *Benefits of physical activity*. Retrieved December 28, 2014, from http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/