



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงสามารถทำลายอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะ สมอง หัวใจ ไต ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยที่สมควร พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญเป็นสาเหตุการตายอย่างเฉียบพลัน 2 ใน 3 ของโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ (Tavlor and Fortmann 1983:433-437) และยังพบว่าโอกาสเกิดอัมพาตจากสมองขาดเลือดสูงขึ้นร้อยละ 30 เมื่อความดันซิสโตลิกสูงขึ้น 10 มม.ปรอท (Lowenthal and Schwartz 1985 : 101-115) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจึงเป็นปัญหาสำคัญของการรักษาในปัจจุบันทำให้การรักษายุ่งยากมากขึ้นต้องเพิ่มขนาดและชนิดยา ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยามากขึ้นรวมทั้งมีการสูญเสียทั้ง เวลาและ เศรษฐกิจในการรักษา

มีการคาดคะเนว่าในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึงประมาณ 58 ล้านคน ผู้ชายเป็นมากกว่าผู้หญิง ผู้หญิงจะเป็นมากขึ้นหลังอายุ 50 ปีขึ้นไป (Opant and Cathoun 1989: 133-132) สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้ศึกษาไว้ไม่มากนัก โดยมีผู้รายงานการศึกษาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2515 จนถึงปี พ.ศ. 2528 พบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 1.36-8.86 แต่เนื่องจากวิธีการศึกษา และเกณฑ์ในการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจากแต่ละรายงานได้ (อ้างอิงในโพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล 2531 : 67)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูงไว้ว่า เป็นความดันโลหิตที่วัดได้สูงกว่า 140/90 มม.ปรอท โดยความดันซิสโตลิกระหว่าง 140-159 มม.ปรอท และความดัน

ไอแอสโตลิกระหว่าง 90-95 มม.ปรอท จัดเป็นระยะกึ่งกึ่ง อย่างไรก็ตามคณะทำงานเพื่อค้นหา ประเมินผล และรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The Third Joint Committee on the Detection Evaluation and Treatment of High blood Pressure JNC III) ได้แบ่งความดันโลหิต โดยอาศัยระดับความดันไอแอสโตลิค คือ ระดับระหว่าง 90-104 มม.ปรอท เป็นความดันโลหิตสูงชั้นอ่อน (Mild hypertension) ความดันไอแอสโตลิกระหว่าง 105-114 มม.ปรอท เป็นความดันโลหิตสูง ปานกลาง (Moderate hypertension) และความดันไอแอสโตลิคสูงกว่า 115 มม.ปรอท เป็นความดัน โลหิตสูงชั้นรุนแรง (Severe hypertension) ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่จะเป็นความดันโลหิตสูงชั้นอ่อน คือ พบร้อยละ 70 ชั้นปานกลางพบร้อยละ 20 อีกร้อยละ 10 เป็นชั้นรุนแรง (Black 1983 : 3) ความดัน โลหิตสูงมีทั้งชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) และชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ จะพบมากคือประมาณร้อยละ 95 (Black 1983 : 4 McEntee and Peddicord 1987 : 585) ส่วนชนิดทราบสาเหตุพบน้อยส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากความผิดปกติ ของอวัยวะอื่น และเมื่อรักษาโรคที่เป็นสาเหตุนั้นแล้วความดันโลหิตสูงก็จะหายไป

อาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในระยะเริ่มแรกจะไม่ปรากฏ ให้เห็นเด่นชัด หรือไม่มีอาการเลยเป็นเวลาหลายปี แต่จะพบอาการก็ต่อเมื่อมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น ดังนั้นจึง เป็นการยากที่จะตรวจพบ และควบคุมอาการของผู้ป่วยประเภทนี้ การตรวจพบผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมักเป็นการตรวจพบโดยบังเอิญ เช่น พบในผู้รับบริการในคลินิก ผู้สูงอายุ เป็นต้น การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาจึง เป็นเพียงการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ หรือ ใกล้เคียงปกติป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตตลอดจน ปรับตัวให้เข้ากับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ให้ได้มากที่สุด (Moser 1980: 937) แผนการรักษาหรือ ควบคุมความดันโลหิตสูงในปัจจุบันประกอบด้วย การรักษาโดยไม่ใช้ยา และการรักษาโดยการให้ยา มาตรการสำหรับการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การลดอาหารเค็ม การลดน้ำหนักในรายที่อ้วนหรือ น้ำหนักเกิน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Lowenthal and Schwartz 1981 : 101-115, Moore 1985 : 129-136, Kaplan 1985 : 359-375) ในการรักษาพบว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชั้นอ่อนอาจกลับเป็นปกติได้ถ้าควบคุมอาหาร มีการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา ซึ่งต้องใช้เวลา 3-6 เดือนจึงจะเกิดผล

ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมากการรักษาจำเป็นต้องลดความดันโลหิตโดยการให้ยา ซึ่งจะเริ่มด้วยขนาดน้อย ๆ เพิ่มขนาดและชนิดยามากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค (Stepped care) ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องทั้งขนาด จำนวน และเวลาอย่างสม่ำเสมอ

จากแนวทางในการรักษาหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจะเห็นว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัว มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งอาจเป็นเวลานานตลอดชีวิตของเขา ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอง แพทย์และพยาบาลเป็นเพียงผู้ทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง แพทย์จะเป็นผู้กำหนดแผนการรักษาให้สอดคล้องกับอาการของโรค พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง จากการสำรวจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนของเวกเนอร์และคณะ (Wagner et al. 1981 : 519-525) พบว่ากลุ่มที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาจะควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ปฏิบัติ นั่นคือ ร้อยละ 72 ปฏิบัติถูกต้องตามแผนการรักษา และควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 61 ที่ปฏิบัติแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และในผู้ป่วยจำนวนมากที่ควบคุมความดันโลหิตได้พบว่าไม่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องครบถ้วน การปฏิบัติตามแผนการรักษาเกินกว่าร้อยละ 80 ก็สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว (Foster and Kourch 1981: 331-341)

แม้ว่าการกำหนดแผนการรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการลดความดันโลหิต แต่การควบคุมความดันโลหิตในปัจจุบันก็ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังปรากฏว่าอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงพบจำนวนมาก มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยขาดการติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เฮย์เนส (Haynes 1982 : 415-423) พบว่า ประมาณร้อยละ 40-50 หยุดการรักษาใน 1 ปี ส่วนที่รักษาต่อประมาณร้อยละ 20-30 ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน สอดคล้องกับแมกเอนท์ และเพดดิคอร์ด (McEntee and Peddicord 1987 : 583-599) ที่พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยใหม่และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเก่าไม่มารับการตรวจที่คลินิกหลังรับการรักษาแล้ว 6 เดือน ส่วนปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามรับการรักษาหรือปฏิบัติ มีผู้ศึกษามากมาย เช่น ลอง (Long 1976 : 768) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ไม่มีอาการชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนสุขภาพดีทุกเวลา หรือหายจากการเจ็บป่วยนั้นแล้ว จึงหยุดการรักษา และมีสาเหตุแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

เช่น ความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยา ความยุ่งยากในการปฏิบัติ ความไม่พร้อมของผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในขณะนั้น เป็นต้น ดาเนียลและโคชาร์ (Daniels and Kochar 1971 : 331-344) ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การรับรู้ของผู้ป่วย 2) ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม เช่น เพศ ศาสนา อายุ รายได้ 3) แบบแผนการรักษา 4) ความรู้ด้านสุขภาพ 5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการ

แม้ว่ายังไม่มียผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่บอกชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วย แต่จากการวิจัยจำนวนไม่น้อย พบว่า การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติตนนั้น เนื่องจากไม่รู้ ไม่เข้าใจ เช่น ฮัลกา 1976: 847) พบว่า หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ความผิดพลาดในการรับประทายจะน้อยลง และจากการศึกษาของสุนันทา กุ่เกลียะ (2523) ก็พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ดังนั้นในการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องโรคที่เขาเป็นอยู่ ย่อมจะช่วยให้พยาบาลวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามปัญหา ส่งเสริมผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เพื่อควบคุมความดันโลหิต ซึ่งก็เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ การรักษาจะยุ่งยากขึ้น ผู้ป่วยต้องรับประทายในขนาดและจำนวนมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยา เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอายุสั้นลงได้

จากผลการศึกษาจำนวนมาก พบว่า การปฏิบัติตนอย่างถูกต้องของผู้ป่วยจะช่วยลดและควบคุมความดันโลหิตได้ และการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องมาจากความรู้ที่ติดตั้งแล้ว นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา ตัวอย่างประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ป่วยในเขตภาคกลาง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร (สุนันทา กุ่เกลียะ : 2523 : 2526 สุภาพ ใบบัว : 2528 จริยาวัตร คมพยัคฆ์ : 2533) ซึ่งผู้รับบริการแตกต่างจากผู้ป่วยในชนบททั้งสภาพภูมิประเทศ การศึกษา ลักษณะอาชีพ รายได้ รวมถึงพฤติกรรมเดิม ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในชนบทมีรายได้น้อย การศึกษาดำ อาชีพเกษตรกรรม ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น คาสล์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb 1966 : 250) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าโกลด์เวลล์ (Coldwell 1973: 579) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพกรรมกร มักจะไม่มาตรวจตามนัดหรือหยุดการรักษา

โดยอ้างว่าเสียเวลาในการรอตรวจนานเกินไป ทำให้เสียเวลาในการทำงาน นอกจากนี้ยังมี ความแตกต่างด้านศาสนา ผู้ป่วยใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามซึ่งมี วัฒนธรรมอิสลามเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติด้านสุขภาพด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการใน คลินิกใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ว่า มีความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนเหมือนหรือแตกต่างกัน อย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อลดระดับ ความดันโลหิตลงสู่ระดับปกติในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ ในระดับปกติตลอดไปในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร ทางการพยาบาลในการปรับปรุงบริการ และจัดสภาพบริการให้เอื้อต่อการมารับบริการอย่างสม่ำเสมอ ของผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ ควบคุมความดันโลหิตได้ กับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ กับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

### ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันหรือไม่
2. การปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แตกต่างกันหรือไม่

### แนว เหตุผลและสมมติฐาน

ดาเนียลและโคชาร์ (Daniels and Kochar 1979 : 232-245) กล่าวว่าไม่มี ความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างความรู้ที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ไม่เป็นจริง เสมอ ไปว่าผู้ที่มีความรู้ดีด้านสุขภาพจะต้องทำตามที่เราแนะนำให้ผู้ป่วย นอกจากความรู้ที่ตรงกับความ ต้องการที่แท้จริงของเขา แต่จากการวิจัยจำนวนไม่น้อยพบว่า การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติเนื่องจากความไม่รู้ ฮัลกา (Hulka et al. 1976 : 847) พบว่า ความผิดพลาด ในการรับประทานยาของผู้ป่วยจะน้อยลงถ้าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทอดด์ (Todd 1981 : 56) ที่พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยหยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าการรับประทานแล้วไม่ดีขึ้น ไม่สบายหรือเสลง โดยไม่ทราบว่าเป็นอาการจากผล ข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้น และจากการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ สุนันทา ภูเกล้าเย (2523) ก็พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และในการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาได้มากกว่า ร้อยละ 80 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Foster and Kousth 1981 : 333)

จากแนวเหตุผลดังกล่าว จึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงสูงกว่า กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดแต่สามารถควบคุมได้ การควบคุมความดันโลหิตจะได้ผลดีหรือไม่ขึ้นขึ้นกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติเกี่ยวกับ การจำกัดอาหารเค็ม การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการรับประทานยาตามแผนการรักษา การที่จะให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนอย่างครบถ้วนนั้นคงเป็นไปได้ยาก จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนได้มากกว่าร้อยละ 80 ก็สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว (Foster and kousth 1981 : 333) และจากการศึกษาของเวกเนอร์ และคณะ (Wagner et al. 1981 : 519-525) พบว่า การควบคุมความดันโลหิตโดยอาศัยวิธีการที่อยู่ ในระดับปกติ ในกลุ่มที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ผลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ปฏิบัติ นั่นคือ ร้อยละ 72

ในกลุ่มปฏิบัติการควบคุมความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของแสตมเลอร์และคณะ (Stamler et al. 1975 : 1227-1231) ที่พบว่ากลุ่มที่รักษาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 82 มีความดันโลหิตเฉลี่ย เท่ากับหรือน้อยกว่า 90 มม.ปรอท โดยลดลงเฉลี่ย 18 มม.ปรอท ร้อยละ 64 ของผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงสู่ปกติหลังการรักษา 2 ปี

จากแนวเหตุผลข้างต้น จึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคนี้ทั้งกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มาตรวจตามนัดในคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลนราธิวาส โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลเบตง และโรงพยาบาลสุโขทัย

1.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ ความหมาย ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุ การวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยง โรคแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตน

1.2 การปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครอบคลุมการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยาและการรักษาโดยยา ได้แก่ การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

2. ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุทั้งชั้นอ่อน และชั้นปานกลาง มีความดันโลหิตสูงไม่เกิน 200/120 มม.ปรอท มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และตรวจตามนัดมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี และไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาต ไตวาย

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์จากแบบสัมภาษณ์
2. ผู้วิจัยถือว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง เชื่อถือได้
3. ผลการวัดความดันโลหิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง ถูกต้อง เชื่อถือได้
4. ข้อมูลที่บันทึกในรายงานประวัติของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น และบ่งบอกสภาพของผู้ป่วยจริง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ คือ มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic pressure) สูงกว่า 140 มม.ปรอทและมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic pressure) สูงกว่า 90 มม.ปรอท ได้รับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดชายแดนภาคใต้มาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี แยกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ หมายถึง กลุ่มที่รับการรักษอย่างสม่ำเสมอ มีความดันโลหิตลดลงสู่ระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประเมินได้จากรายงานประวัติของผู้ป่วยที่ติดตามรับการรักษาภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีระดับความดันซิสโตลิก 140 มม.ปรอท หรือน้อยกว่าและไม่เกิน 145 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิก 90 มม.ปรอท หรือน้อยกว่า

2. กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง กลุ่มที่รับการรักษอย่างสม่ำเสมอระดับความดันโลหิตไม่ลดลงสู่ระดับปกติ ประเมินได้จากรายงานประวัติของผู้ป่วยที่ติดตามรับการรักษาภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีระดับความดันซิสโตลิก มากกว่า 140 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 90 มม.ปรอท



ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง ความรู้ด้านความจำ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ ความหมาย ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุ การวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับการรักษาและปฏิบัติตนของผู้ป่วย วัดจากคะแนนการตอบแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นคนที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้ดีกว่าคนที่ได้คะแนนต่ำ

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติตนในด้านการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ วัดจากคะแนนการตอบแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นคนที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าปฏิบัติตนได้ดีกว่าคนที่ได้คะแนนต่ำ

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการ พยาบาลได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการให้ความรู้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนอย่างถูกต้องยิ่งขึ้น
2. ด้านบริหารพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการปรับปรุงบริการ และจัดสภาพบริการให้เอื้อต่อการมารับบริการอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย คำนึงถึงความสำคัญในการให้สุขศึกษาและกำหนดนโยบายเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการพัฒนาสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยและประชาชนใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในโอกาสต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย