

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเผชิญกับสถานการณ์กระแสโลกาภิวัตน์และระบบทุนนิยม ซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าอย่างไร้พรมแดนทั้งทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร การคมนาคม เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสภาวะสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงนี้ก่อให้เกิดปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปขาดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุคุกคามต่อสุขภาพได้แก่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ชีวิตประจำวันที่เร่งรีบและแข่งขัน ความเสื่อมถอยของสถาบันครอบครัว และการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น ซึ่งแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559 ได้วิเคราะห์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิตนั้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในห้าโรคหลักของการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญของคนไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความเรื้อรังยาวนานต้องรักษาตลอดชีวิตและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาของโลก ดังสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.2004 พบสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงของประชากรทั่วโลกร้อยละ 1.7 และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.1 (World Health Organization, 2008) ประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2004 พบการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 18.38 และในปี ค.ศ. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.6 (American Heart Association, 2008, p. 3) โรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 90 เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ เมื่อเริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่แสดงอาการ ดังนั้นเมื่อมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้นและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาในระยะเวลา 7 ถึง 10 ปี จะพบการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 30 และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางระบบหลอดเลือดสมอง ระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ

ไต อัมพฤกษ์ อัมพาต หรืออาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นโรคนี้จึงได้ฉายาว่าเพชรฆาตเงียบ (วิทยา ศรีตามา, 2550) การเกิดโรคหากพบในอายุยิ่งน้อยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจะเกิดได้เร็วขึ้น ซึ่งจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจากเมืองหลวงของ 4 มลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีอายุระหว่าง 18-30 ปี โดยติดตามเป็นระยะเวลา 15 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.88 เกิดความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Parker, et al., 2007)

แม้ว่าในประเทศไทยยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเท่าใด แต่จากการได้รับรายงานในปี 2549 ถึง ปี 2551 พบอัตราความชุกของโรคป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 6590, 7780 และ 8005 และพบว่าใน ปี 2550 ถึง ปี 2552 มีอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 3.64, 3.90 และ 3.62 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากการสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคในปี 2549 ถึงปี 2551 พบกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 430, 440 และ 457 ตามลำดับ เนื่องจากการดำเนินวิถีชีวิตของประชาชนเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยสำนักโรคระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจเพิ่มขึ้น โดยในปีพ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2550 พบร้อยละ 20.9, 24.5 และ 26.6 ตามลำดับ และพบว่าในแต่ละปีผู้ป่วยรายใหม่มีภาวะแทรกซ้อนในอายุที่น้อยลง (คำณวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2550, หน้า 445-447; สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สถิติจังหวัดอุตรดิตถ์ในปี 2549 ถึงปี 2551 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 5436, 6050, 8097 พบอัตราตายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2549 ถึง ปี 2552 เท่ากับ 8.13, 5.79, 10.33 และ 6.26 ตามลำดับ และในปี 2550 ถึงปี 2552 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี เท่ากับ 485, 619 และ 564 ตามลำดับ ซึ่งพบสถิติสูงกว่าระดับประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2552)

แม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการตรวจคัดกรองความดันโลหิตให้ครอบคลุมในกลุ่มประชากรตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป อีกทั้งยังมีแนวทางเวชปฏิบัติ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่จากการศึกษาของ เดชา ดวงตา (2549) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการด้านหน้าของสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 50.7, 66.2 และ 63.9 ตามลำดับ และจากการคัดกรองยังพบผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี โดยจากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงของประชาชนเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ในปี

พ.ศ. 2549 โดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 488 คน พบว่ามีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.97 และพบความดันโลหิตสูงในช่วงอายุระหว่าง 35 – 40 ปี ร้อยละ 14.10 โดยปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้แก่ ดัชนีมวลกายซึ่งมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูง (23.0-24.9 กิโลกรัม/เมตร²) มีโอกาสเกิดโรคมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ 3.46 เท่า (OR, 3.46 95% CL, .7963-5.0442) และปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงปานกลาง มีโอกาสเกิดโรคสูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่ำ 2.02 เท่า (OR, 2.02 95% CL, .9551-4.30883) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ทัศนีย์ รัชยา, กัญญารัตน์ นึ่งบรรหาร และ วิทยา กาพิน, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทน์ภัส สิริโชค (2551) ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงอายุ 25-59 ปี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ($r = 0.338$) และการบริโภคอาหารเค็ม ($r = -0.171$) ด้านพฤติกรรมตอบสนองของความเครียดของแต่ละบุคคลก็มีความสัมพันธ์ในการทำให้เกิดโรคนี้ด้วยเช่นกัน จากการศึกษาความเครียดและความดันโลหิตในผู้หญิงชาวแอฟริกัน-อเมริกันในชุมชนเมือง พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูงมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Artinian, et al., 2006) พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความดันโลหิตเช่นเดียวกัน โดยจากการศึกษาของ พาร์เกอร์และคณะ ศึกษากิจกรรมทางกายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและการติดตามการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่า 15 ปี ในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18-30 ปี จากเมืองหลวงของ 4 มลรัฐประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า บุคคลมีกิจกรรมทางกายน้อยเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (Parker, et al., 2007) และวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันทำให้ต้องเร่งรีบ ทำงานแข่งกับเวลา จึงอาจจะทำให้ลักษณะของบุคลิกภาพค่อย ๆ เปลี่ยนไปจากชีวิตที่เรียบง่าย ไม่เร่งรีบ ซึ่งจากการศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับบุคคลที่มีบุคลิกภาพ Type A มีผลต่อความดันโลหิตที่ตอบสนองของความโกรธและการอดกลั้นความโกรธที่เก็บสะสมเป็นระยะเวลานาน ๆ ไว้ในความทรงจำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงในระยะยาว (Feedrickson, et al., 2000) ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดจากบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีการหล่อหลอมอบรมเลี้ยงดู สั่งสอนให้มีความรักดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกและด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ Wilson and Thornhill (2001) พบว่าแรงสนับสนุนครอบครัวกับการควบคุมอาหารของกลุ่มวัยรุ่นแอฟริกัน - อเมริกันการควบคุมการบริโภคอาหารรสเค็มและการควบคุมอารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนของครอบครัวอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ครอบครัวยังเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุดตลอดช่วงชีวิต การหล่อหลอมเลี้ยงดูและสัมพันธภาพภายในครอบครัว จึงมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่ซึมซับสู่การปฏิบัติตัวที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นเรื้อรังได้

ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของจังหวัดอุดรธานีมีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ ซึ่งเดิมมีวิถีชีวิตที่นิยมบริโภคอาหารพื้นเมืองประเภทผัก ปลา และผลไม้ตามฤดู ในช่วง 30 กว่าปีที่ผ่านมามีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ การสื่อสารและเทคโนโลยีที่ทำให้ประชากรมีวิถีชีวิตที่ลอกเลียนแบบตะวันตกมากขึ้น มีค่านิยมที่บริโภคอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้นครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวและหลากหลายมากขึ้น ดังนั้นปัจจัยการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบทำให้แนวโน้มการเกิดโรคโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงที่หากเกิดโรคนี้จะทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ระยะเวลาเลี้ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคและความรุนแรงของโรคจะอยู่ในช่วง 7- 10 ปีหลังเจ็บป่วยซึ่งจะยังอยู่ในช่วงของวัยแรงงาน เนื่องจากเป็นโรคที่มีความเรื้อรังยาวนานต้องรักษาตลอดชีวิต

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขจึงมีความสนใจปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ลักษณะบุคลิกภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมตอบสนองความเครียด และปัจจัยครอบครัวเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งต้องการทราบว่าตัวแปรใดบ้างที่สามารถทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี

คำถามของการวิจัย

1. ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีที่มารับบริการโรงพยาบาล ในจังหวัดอุดรธานีมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมตอบสนองความเครียด และปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ความรักและความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดูให้เข้าสู่สังคม การดูแลสุขภาพของครอบครัว และด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างไร
2. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมตอบสนองความเครียด และปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ความรักและความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดูให้เข้าสู่สังคม การดูแลสุขภาพของ

ครอบครัว และด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ตัวแปรพยากรณ์ใดบ้างที่สามารถร่วมกันทำนายระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมตอบสนองความเครียด และปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ความรักและความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดูให้เข้าสู่สังคม การดูแลสุขภาพของครอบครัว และด้านเศรษฐกิจของครอบครัว และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่มารับบริการโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาตัวแปรทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่มารับบริการโรงพยาบาล ในจังหวัดอุดรธานี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมตอบสนองความเครียด และปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ความรักและความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดูให้เข้าสู่สังคม การดูแลสุขภาพของครอบครัว และด้านเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี
2. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมตอบสนองความเครียดและปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ความรักและความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดูให้เข้าสู่สังคม การดูแลสุขภาพของครอบครัว และด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี

ความสำคัญของการวิจัย

ทำให้นักวิชาการทางสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัวที่สามารถร่วมกันทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ในจังหวัดอุดรธานี โดยใช้เป็นแนวทางในการดูแลป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) ตัวแปรทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการตรวจรักษาโรงพยาบาล ในจังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลับแล โรงพยาบาลท่าปลา โรงพยาบาลบ้านโคก โรงพยาบาลน้ำปาด โรงพยาบาลพากท่า โรงพยาบาลทองแสนขัน โรงพยาบาลพิชัย โรงพยาบาลตรอน มีจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งหมด 1,654 คน ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรพยากรณ์ ตัวแปรเกณฑ์ ดังนี้

1. ตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมตอบสนองของความเครียด

1.2 ปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ความรักและความเอาใจใส่ของครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูให้เข้าสู่สังคมของครอบครัว การดูแลสุขภาพของครอบครัว และด้านเศรษฐกิจของครอบครัว

2. ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) คือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure)

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย มีช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ในจังหวัดอุดรดิตถ์

ความดันโลหิตสูง หมายถึง แรงดันเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งสูงกว่าปกติ ได้แก่

1. ความดันโลหิตซิสโตลิกสูง หมายถึง แรงดันเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจด้วยความแรงและเร็ว เมื่อวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแล้วผลการวัดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

2. ความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูง หมายถึง แรงดันเลือดแดงที่เกิดจากการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นแรงดันที่ค้างอยู่นิ่งหลอดเลือด และหลอดเลือดหดกลับ เมื่อวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแล้วผลการวัดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ปัจจัยทั้งภายในและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคลที่สามารถทำนายระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ได้แก่

1. ดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่าของน้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยมีค่าเกณฑ์ปกติที่กำหนดคือ 18.5 - 22.99 กิโลกรัม/เมตร²

2. บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะนิสัย ท่าทาง ความรู้สึกนึกคิดที่ประกอบเป็นตัวบุคคล โดยแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาและสังเกตได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบ

2.1 บุคลิกภาพแบบเอ เป็นลักษณะของบุคคลที่มีพฤติกรรมเป็นคนเร่งรีบ ไม่ชอบการรอคอย ชอบแข่งขัน คิดและกระทำสิ่งต่าง ๆ หลายอย่างพร้อมกัน

2.2 บุคลิกภาพแบบบี เป็นลักษณะของบุคคลที่มีพฤติกรรมเป็นคนค่อนข้างเฉื่อยชา ไม่รีบร้อน ทำงานไปเรื่อย ๆ ไม่ชอบการแข่งขันและรอคอยได้

3. พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมตอบสนองของความเครียด

3.1 การรับประทานอาหาร หมายถึง การที่บุคคลเลือกรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ ผักและผลไม้ ไขมันต่ำ ไม่มีรสเค็ม

3.2 การออกกำลังกาย หมายถึง การที่บุคคลมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 30 นาที และร่างกายเกิดการเผาผลาญไขมันที่เหงื่อออก

3.3 การตอบสนองความเครียด หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของอารมณ์เมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นทันที

ปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง บทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยหน้าที่หลัก 5 ประการ (Friedman, Bowden and Jones, 2003, p. 92-95) โดยการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกเฉพาะ 4 ประการ ยกเว้นหน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่

1. ความรักความเอาใจใส่ของครอบครัว หมายถึง การทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก โดยการดูแลใกล้ชิด ให้ความรัก ความอบอุ่น การช่วยเหลือและยอมรับนับถือกันและกัน
2. การอบรมเลี้ยงดูให้เข้าสู่สังคมของครอบครัว หมายถึง การเลี้ยงดูสั่งสอนสมาชิกในครอบครัวให้สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และเรียนรู้บทบาทที่เหมาะสมทั้งจากการศึกษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม
3. การดูแลสุขภาพของครอบครัวของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติและจัดหาสิ่งต่างๆ ที่ทำให้สมาชิกมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ได้แก่ จัดหาบริการด้านสุขภาพ การแบ่งหน้าที่เพื่อดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจเช็คสุขภาพ การดูแลความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม
4. เศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง การจัดการรายได้ เพื่อนำมาใช้จ่ายอย่างเหมาะสมในการจัดหาสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น วัสดุอุปกรณ์ ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อาหารและแหล่งช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว