

**คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง**
**Quality of Life of Hypertension Patients in Rassada Hospital
Health Services Network, Trang Province**

รัตนา รุณแสง*

สถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ตำบลควนเมา จังหวัดตรัง

วันลก ดิษฐ์สุวรรณ

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

เกศทิพย์ บัวแก้ว

โรงพยาบาลพัทลุง

*e-mail: r.runsaeng@gmail.com

Received: February 9, 2018

Revised: March 31, 2018

Accepted: April 9, 2018

Rattana Runsaeng

Queensirikit Health Center Khuanmao Trang

Vallop Ditsuwan

Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

Ketthip Buakeaw

Phatthalung Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษากาตตขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รหัสโรค ICD-10 รหัส I10, I11, I12, I13 และ I15 ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง จำนวน 2,023 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบขนาดประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 172 คน นำมาหาสัดส่วนเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานบริการทั้ง 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐฯ 41 คน PCU โรงพยาบาลรัฐฯ 23 คน สถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลควนเมา 22 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว 21 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปาง 19 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ 20 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาไพร 11 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากต่ออีกชั้นหนึ่ง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต Short-Form-36 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้านจิตใจ ($\bar{X}=57.25$, S.D.=1.10) ดี แต่มีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($\bar{X}=37.17$, S.D.=1.03) เมื่อจำแนกรายมิติ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีปัญหาสุขภาพทุกมิติ โดยมิติที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด คือ มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ($\bar{X}=20.20$, S.D.=2.28) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ($\bar{X}=38.95$, S.D.=1.86) มิติด้านการทำงานของร่างกาย ($\bar{X}=43.72$, S.D.=1.06) และมิติด้านความเจ็บปวดทางกาย ($\bar{X}=45.80$, S.D.=1.41) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพด้านจิตใจดี โดยมิติที่มีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด คือ มิติด้านการทำงานทางสังคม ($\bar{X}=67.51$, S.D.=1.33) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป ($\bar{X}=63.46$, S.D.=8.10) และมิติด้านการมีชีวิต ($\bar{X}=50.93$, S.D.=1.04) มีเพียงมิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($\bar{X}=47.09$, S.D.=3.53) ที่พบว่า มีปัญหาสุขภาพ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว ผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเข้ามามีบทบาทในการวางแผน เพื่อจัดบริการสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this cross-sectional study was to investigate the quality of life (QOL) of hypertension patients in Rassada hospital health services network, Trang Province. Population data were obtained from 2,023 patients who were diagnosed with hypertension by physicians and with ICD-10 codes I10, I11, I12, I13 and I15 in Rassada hospital health services network, Trang Province. The sample size was determined by the estimation of mean with known population sizes. In this study, 172 samples was used to define the proportion of samples in each of eight medical health centers including Rassada hospital (41 patients), PCU of Rassada hospital (23 patients), Queensirikit health center Khuanmao (22 patients), Nongbua health promoting hospital (21 patients), Khlong Pang health promoting hospital (19 patients), Nongprue health promoting hospital (20 patients), Khlong Muan health promoting hospital (15 patients) and Khaophrui health promoting hospital (11 patients). The data were collected by interview using 36-item short form health survey (SF-36) (Thai version) between April 1 - 30, 2017. Descriptive statistics including percentage, average and standard deviation (SD) were used for data analysis. The results showed that the psychological QOL of hypertension patients ($\bar{X}$ =57.25, S.D.=1.10), physical QOL ($\bar{X}$ =37.17, S.D.=1.03). After physical QOL classification in all dimensions, the dimension which was showing the lowest QOL of the patients was the role limitation due to physical problems ($\bar{X}$ =20.20, S.D.=2.28). Other dimensions affected on physical QOL including general health perceptions ($\bar{X}$ = 38.95, SD=1.86), physical functioning ($\bar{X}$ =43.72, S.D.=1.06) and bodily pain ($\bar{X}$ =45.80, S.D.=1.41). Furthermore, psychological QOL of the patients was satisfactory. The highest QOL of the patients was social functioning ($\bar{X}$ =67.51, S.D.=1.33). Moreover, the general mental health and vitality QOLs were ($\bar{X}$ =63.46, S.D.=8.10 and $\bar{X}$ =50.93, S.D.=1.04), respectively. However, the role limitation due to emotion problems ($\bar{X}$ =47.09, S.D.=3.53) was only one trouble of the patients having health problems. The results of QOL of hypertension patients in Rassada hospital health services network, Trang Province suggested that associated organization including medical staffs, family of patients and patients should collaborate on the health planning construction. To increase QOL of the patients both physical and psychological parts, the plan should be used to set the health service which is consistent with the problems of the hypertension patients.

Keywords: Quality of Life, Hypertension Patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นกลุ่มอาการของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCD) ที่เป็นปัญหาสุขภาพและสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebro Vascular Disease: CVD) ความพิการและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกถึง 970 ล้านคน พบผู้ป่วยอยู่ในประเทศพัฒนา จำนวน 330 ล้านคน ร้อยละ 34.02 และในปี 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 1.56 พันล้านคน (Panket, Kongpraserd, Phatharakrom, Tantidhama, Manosunthon & Yingin, 2014) สถานการณ์การป่วยและเข้ารับการรักษาด้วยโรค

ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2556 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จาก 218,218 คน เป็น 1,047,979 คน โดยเพิ่มขึ้นกว่า 4.16 เท่า (Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health, 2015) สำหรับภาคใต้ จังหวัดตรัง มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับ 1 โดยพบว่า ปี 2553-2557 มีผู้ป่วย 54,191คน มีภาวะแทรกซ้อน 5,918 คน ร้อยละ 11 (Panket, Kongpraserd, Phatharakrom, Tantidhama, Manosunthon & Yingin, 2014) ในส่วนของอำเภอรษฎาพบว่า การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุอันดับ 3 ของการเข้ารับการรักษาในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรษฎา โดยมีอัตราการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง จาก 2,015 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 2,347 ต่อแสนประชากร ในปี 2557 (Chronic Link Trang, 2015)

การเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า ปี 2558 มีผู้เสียชีวิต 7,578 คน สูงกว่า ปี 2556 ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 7,115 คน (Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health, 2015) และการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 58,681 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน อัตรา 90.34 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด 18,079 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน อัตรา 27.83 ต่อแสนประชากร (Pangjunan & Pantuvate, 2015) ในปี 2558 จังหวัดตรังมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 42.20 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดในสมอง 31.81 ต่อแสนประชากร และภาวะแทรกซ้อนทางไต 3.06 ต่อแสนประชากร (Chronic Link Trang, 2015)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ โดยจุดมุ่งหมายสูงสุดของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและอัตราการตายในผู้ป่วย (Buranakitjaroen, 2010) การรักษาโรคจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยดูแลตนเองและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องจะช่วยป้องกันและยืดระยะเวลาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตเริ่มขึ้นเมื่อองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความภาวะสุขภาพ คือ การมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค (WHO, 1999) โดยคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ เป็นการประเมินผลของโรคและการรักษาว่า มีผลอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการให้บริการด้านการรักษาโดยให้ผู้ป่วยได้รับการกินยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และได้มีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิต

หลังจากป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง แต่จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาในพื้นที่จังหวัดตรัง ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง เพื่อสามารถจัดบริการให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1-30 เมษายน 2560

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ (เลขที่ E 002/2560) วันที่ 15 มีนาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รหัสโรค ICD-10 รหัส I10, I11, I12, I13 และ I15 จำนวน 2,023 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบขนาดประชากร (Chaimay, 2014) ได้กลุ่มตัวอย่าง 172 คน นำมาหาสัดส่วนในแต่ละสถานบริการ จำนวน 8 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลรัฐฯ PCU โรงพยาบาลรัฐฯ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลควนเมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาไพร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคลองมวน ตำบลหนองปรือ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามสถานบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง

ที่	ชื่อสถานบริการ	จำนวนประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1.	โรงพยาบาลรัฐฯ	483	41
2.	PCU โรงพยาบาลรัฐฯ	273	23
3.	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลควนเมา	262	22
4.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว	248	21
5.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปาง	223	19
6.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาไพร	130	11
7.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ	227	20
8.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคลองมวน ตำบลหนองปรือ	177	15
รวม		2,023	172

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและแบบวัดคุณภาพชีวิต Short-Form-36 ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัว สถานภาพในครอบครัว และสถานะทางเศรษฐกิจ

2. ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ประวัติทางพันธุกรรม อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

3. ข้อมูลพฤติกรรมการรักษาและการดูแลตนเอง ได้แก่ การพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยา การใช้หลัก 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุกดิบ สุรา) และการใช้ยาสมุนไพร

4. แบบวัดคุณภาพชีวิต Short-Form-36 ฉบับภาษาไทย ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน ด้านละ 4 มิติ รวม 8 มิติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ และคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ 1 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามจะปรับคะแนนเป็นร้อยละ 0-100 แล้วนำคะแนนที่แปลงเป็นร้อยละ 100 ของทุกข้อในแต่ละด้านมารวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อในด้านนั้น ดังนั้น คะแนนรวมในแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0-100 โดยคะแนน 0-49 หมายถึง มีปัญหาสุขภาพ และคะแนนตั้งแต่ 50 ขึ้นไป หมายถึง มีสุขภาพดี โดยแบบวัดคุณภาพชีวิต Short Form-36 ฉบับภาษาไทย ได้มีการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Jirattanaphochai, Sumananont,

Saejung & Saengnipanthkul, 2005) ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษจำนวน 2 ท่าน ซึ่งไม่เคยอ่านต้นฉบับภาษาอังกฤษมาก่อน และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากทีมทั้ง 2 ท่าน และผ่านการทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เท่ากับ .93 และ .92 ตามลำดับ และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ทั้ง 8 ด้าน อยู่ระหว่าง .72-.93 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามอยู่ระหว่าง .43-.84 (Roopsawang, Aree-Ue & Putwatana, 2009)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.90) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 45.35) อายุเฉลี่ย 59.97 ปี (S.D.=8.80) มีอายุน้อยที่สุด 45 ปี และอายุมากที่สุด 85 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 88.37) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75) เกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 49.42) มีรายได้ต่อเดือน 7,001-9,000 บาท (ร้อยละ 36.05) ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน (ร้อยละ 80.23) โดยมีสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุด 2 คน และมากที่สุด 6 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 51.74) และส่วนใหญ่สถานะทางเศรษฐกิจ มีหนี้สิน (ร้อยละ 84.30)

2. ประวัติการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 83.72) มีเพียงร้อยละ 16.28 ที่มีประวัติทางพันธุกรรมเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีประวัติทางพันธุกรรมบิดา (ร้อยละ 32.14) และมารดา (ร้อยละ 67.86) เป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุที่เริ่มป่วยขณะที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 53.13 ปี (S.D.=8.10) มีอายุน้อยที่สุด 38 ปี และอายุมากที่สุด 78 ปี ระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.82 ปี (S.D.=2.85) โดยมีระยะเวลาการป่วยน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 15 ปี ส่วนใหญ่ควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบน (ร้อยละ 59.88) และความดันโลหิตตัวล่างได้ (ร้อยละ 67.44) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 134.28 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 77.88 มิลลิเมตรปรอท มากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 79.07) มีเพียงร้อยละ 20.93 ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนทางประสาทตา (ร้อยละ 50) ไต (ร้อยละ 22.22) สมอ (ร้อยละ 16.67) และหัวใจ (ร้อยละ 11.11)

3. ข้อมูลพฤติกรรมการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 71.51) มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอตามแพทย์สั่งทุกครั้ง (ร้อยละ 75.58) เกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมการรับประทานอาหารควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 72.67) ประมาณร้อยละ 50 ไม่ได้มีการออกกำลังกายควบคู่ไปกับการรักษา (ร้อยละ 51.74) และอีกร้อยละ 50 ไม่เคยมีอาการคิดมากหรือกังวล

จนทำให้นอนไม่หลับ (ร้อยละ 50) โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 69.77) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 68.61) และไม่ได้ใช้ยาสมุนไพรควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 73.84)

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำแนกรายมิติ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพทุกมิติ คือ มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ($\bar{X}=20.20$, S.D.=2.28) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ($\bar{X}=38.95$, S.D.=1.86) มิติด้านการทำงานของร่างกาย ($\bar{X}=43.72$, S.D.=1.06) และมิติด้านความเจ็บปวดทางกาย ($\bar{X}=45.80$, S.D.=1.41) สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพ 1 มิติ คือ มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($\bar{X}=47.09$, S.D.=3.53) และมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในเกณฑ์ที่มีสุขภาพดี 3 มิติ คือ มิติด้านการทำงานทางสังคม ($\bar{X}=67.51$, S.D.=1.33) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป ($\bar{X}=63.46$, S.D.=8.10) และมิติด้านการมีชีวิต ($\bar{X}=50.93$, S.D.=1.04) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงสุด คือ มิติด้านการทำงานทางสังคม ($\bar{X}=67.51$, S.D.=1.33) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป ($\bar{X}=63.46$, S.D.=8.10) และมิติด้านการมีชีวิต ($\bar{X}=50.93$, S.D.=1.04) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ($\bar{X}=20.20$, S.D.=2.28) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ($\bar{X}=38.95$, S.D.=1.86) มิติด้านการทำงานของร่างกาย ($\bar{X}=43.72$, S.D.=1.06) มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย ($\bar{X}=45.80$, S.D.=1.41) และมิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($\bar{X}=47.09$, S.D.=3.53) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกรายมิติสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ (n = 172)

มิติสุขภาพ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านร่างกาย					
มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (5 ข้อ)	0.00	75.00	38.95	1.86	มีปัญหาสุขภาพ
มิติด้านการทำงานของร่างกาย (10 ข้อ)	0.00	75.00	43.72	1.06	มีปัญหาสุขภาพ
มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (4 ข้อ)	0.00	100.00	20.20	2.28	มีปัญหาสุขภาพ
มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย (2 ข้อ)	10.00	90.00	45.80	1.41	มีปัญหาสุขภาพ
ด้านจิตใจ					
มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (3 ข้อ)	0.00	100.00	47.09	3.53	มีปัญหาสุขภาพ
มิติด้านการทำงานทางสังคม (2 ข้อ)	37.50	100.00	67.51	1.33	มีสุขภาพดี
มิติด้านการมีชีวิต (4 ข้อ)	5.00	70.00	50.93	1.04	มีสุขภาพดี
มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (5 ข้อ)	36.00	84.00	63.46	8.10	มีสุขภาพดี

เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่า สุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีสุขภาพค่อนข้างต่ำกว่าเมื่อปีที่แล้ว (ร้อยละ 45.93) เหมือนกับเมื่อปีที่แล้ว (ร้อยละ 34.30) และต่ำกว่าเมื่อปีที่แล้วมาก (ร้อยละ 13.37) โดยมีกลุ่ม

ตัวอย่างบางส่วนเท่านั้นที่มีสุขภาพค่อนข้างดีกว่าเมื่อปีที่แล้ว (ร้อยละ 4.07) และมีสุขภาพดีกว่าเมื่อปีที่แล้ว (ร้อยละ 2.33) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (n = 172)

สุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ดีกว่าเมื่อปีที่แล้ว	4	2.33
ค่อนข้างดีกว่าเมื่อปีที่แล้ว	7	4.07
เหมือนกับเมื่อปีที่แล้ว	59	34.30
ค่อนข้างต่ำกว่าเมื่อปีที่แล้ว	79	45.93
ต่ำกว่าเมื่อปีที่แล้วมาก	23	13.37

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำแนกรายด้านและภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($\bar{X}$ =57.25, S.D.=1.10) ดีกว่าคุณภาพชีวิต

ด้านร่างกาย ($\bar{X}$ =37.17, S.D.=1.03) และคุณภาพชีวิตในภาพรวมทุกด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพ ($\bar{X}$ =47.21, S.D.=9.20) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำแนกรายด้านและคุณภาพชีวิตในภาพรวม (n = 172)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านร่างกาย	37.17	1.03	มีปัญหาสุขภาพ
ด้านจิตใจ	57.25	1.10	มีสุขภาพดี
คุณภาพชีวิตในภาพรวม	47.21	9.20	มีปัญหาสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ที่มีปัญหาสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinkhaw, et al., (2017) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่มีปัญหาสุขภาพ อาจจะเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งการที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

2. คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ที่มีปัญหาสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pragodpol, et al., (2015) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

อยู่ในระดับดี โดยปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ที่มีปัญหาสุขภาพอาจจะเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเริ่มมีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัว (Tanamail, Potisat, Ashayendee & Khonlaeard, 2012) ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก แรงปานกลางจะลดน้อยลง หรือสามารถทำงานหรือกิจกรรมได้น้อยกว่าเดิม อีกทั้งการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่กับโรคเป็นเวลานาน (สูงสุด 15 ปี) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษามาระยะหนึ่ง ผู้ป่วยเริ่มมีการปรับตัวและเริ่มมีผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นการสะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในส่วนของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ที่มีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannachart, et al., (2015) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับดี โดยปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในเกณฑ์ที่มีสุขภาพดีอาจจะเนื่องมาจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งทำให้มีโอกาสได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และให้คำปรึกษาจากคู่สมรส ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ

มีคุณค่าในตัวเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี อีกทั้ง การได้รับการศึกษาซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนา ทุก ๆ ด้านสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยจะแสวงหา ความรู้เพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดต่อตนเอง นอกจากนี้จะ พบว่า การมีรายได้ดีมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ ต่าง ๆ และสิ่งที่ดีที่สุดในให้กับตัวเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ในการรักษาโรคเรื้อรังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น หากผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งจะนำไปสู่ความสุขทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีและมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดี แต่มีปัญหา คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เมื่อจำแนกรายมิติ พบว่า คุณภาพ ชีวิตด้านร่างกายมีปัญหาสุขภาพทุกมิติ โดยมีมิติที่มีคะแนน เฉลี่ยต่ำสุด คือ มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป มิติด้านการทำงานของร่างกาย และมิติด้านความเจ็บปวดทางกาย ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดี โดยมีมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มิติด้านการทำงานทางสังคม มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไปและมิติด้านการมีชีวิต ตามลำดับ มี เพียงมิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ที่พบว่า มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว ผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเข้ามามีบทบาทในการ วางแผน เพื่อจัดบริการสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย โดยเน้นในด้านที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ และ ส่งเสริมในทุก ๆ ด้านเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิต สูง มีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ผู้บริหารเครือข่ายบริการ สุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง จึงควรนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางใน การวางแผน พัฒนา ส่งเสริม ป้องกัน ผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยการเน้นในเรื่องที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ เพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิต สูงในภาพรวมทั้งหมด โดยศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ คลินิกต่าง ๆ ร่วมด้วย
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยเน้นในผู้ป่วยที่มีภาวะ แทรกซ้อนและมีโรคร่วม เพื่อให้มีการจัดบริการสุขภาพให้ กับผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพปัญหา

References

- Buranakitjaroen, P. (2010). *Essential Hypertension*. Bangkok; Folk Doctor. [in Thai]
- Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health. (2015). *Biostatistics for Health*. Bangkok: Samcharoen. [in Thai]
- Chaimay, B. (2014). *Public Health Research*. Songkhla: Numsilp. [in Thai]
- Chronic Link Trang. (2015). Accessed September 13, 2015. <http://www.tro.moph.go.th/chronic/>. [in Thai]
- Hinkhaw, Ch., Leangsomnana, Y., Pattamasutthikun, N., Srithahai, J., Khanviset, S., & Pootthai, P. (2017). Quality of life of people with chronic illness in the responsible areas of Tha Chang Sub-district administrative organization, Chanthaburi province. *Journal of health science research*, 11(1), 23-32. [in Thai]
- Jirattanaphochai, K., Sumananont, C., Saejung, S & Saengnipanthkul, S. (2005). Reliability of the medical outcomes study Short-Form survey Version 2 (Thai version) for the evaluation of low back pain patient. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(10), 1355-1361.
- Pangjunan, T., & Pantuvate, N. (2015). Retrieved November 1, 2015, from <http://www.odpc9.ddc.moph.go.th/PR/58-Hypertension.pdf>. [in Thai]

- Panket, P., Kongpraserd, J., Phatharakrom, N., Tantidhama, N., Manosunthon, S., & Yingin, P. (2014). *Hypertension Prognosis Report*. Bureau of Non-communicable Diseases, Ministry of Public Health. [in Thai]
- Pragodpol, P., Suwannaka, Y., Chaiyarit, A., Sosome, B., Seetan, S., Soisrisawat, M., & Chanpong, S. (2015). *Levels of Quality of Life and Method to Develop Quality of Life in Thai Chronically ill patients*. Health Systems Research Institute, Boromrajonani College of Nursing Phra Phutthabat Praboromarajchanok Institute. Ministry of Public Health. [in Thai]
- Roopsawang, I., Aree-Ue, S., & Putwatana, P. (2009). A follow-up study of health status in patients with chronic low back pain before and after spinal surgery. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(3), 344-360. [in Thai]
- Tanamail, Y., Potisat, S., Ashayendee, S., & Khonlaeard, S. (2012). *Manual for Self-Management of Hypertension*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand. [in Thai]
- Wannachart, M., Nantamongkolchai, S., Munsawaengsub, C., & Theachaboonserm-sak, P. (2015). Quality of life among elderly people with chronic diseases in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Public Health, Special Issue*, 18-29. [in Thai]
- World Health Organization. (1999). World health organization-international society of hypertension guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 17, 151-183.