

# ประสบการณ์ในการใช้สาธารณสุขมูลฐานเพื่อควบคุม โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแออัด กรุงเทพฯ 2529-2530

อมร เปรมกมล\*  
ทัศนีย์ อินทரசุขศรี\*  
การุญ เลี้ยวศรีสุ\*<sup>\*\*</sup>

\*ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
\*\*คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
\*\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## An Experience in Applying Primary Health Care to Control Hypertension in the Poor Communities in Bangkok 1986-1987

Amorn Premgamone\* ,  
Tasanee Indrasuksre\*\* ,  
Karoorn Loewsrissook\*\*\*

\*Department of Community Medicine, Faculty of Medicine,  
Khon Kaen University

\*\*Faculty of Social Science and Humanity, Mahidol University

\*\*\*Faculty of Public Health, Mahidol University

The prevalence of hypertension in the poor communities in Bangkok is 13.2% for the people over 30 years old. About 88% of the hypertensive did not receive adequate treatment, leading to serious complications.

This program ran between February 1986 and July 1987. The leaders of congested communities, informed about the program, would select the persons in their communities to be trained to be hypertension volunteers (H.T.V.). The H.T.V. would detect the hypertensives in his community and bring them to our clinic for the first visit. For the next visit, it was not necessary for the patients to come to the clinic, the H.T.V. would collect the charges and measure the blood pressures and visit the clinic to receive the medications for their patients. The H.T.V. would receive 10 Baht/patient/visit and the patient was charged 20-40 Baht/month. The clinic, ran by this program, had a team to visit the patients whenever necessary.

Fifty-eight congested communities were participated and 92 H.T.V. were trained by the program. Only 15.2% of them worked regularly and they detected 209 hypertensive patients. The program made 48.8% of them to have an accepted level of blood pressure and 60% to be regular treated patients. The drug used, hydrochlorothiazide alone or plus reserpine, had the rate of side effect about 50 percent, but it was not the reason the make the patients move to other place for new treatment, because the side effects were considerably mild.

The Primary Health Care approach in the urban poor communities could be done successfully if we concerned about the opportunity cost of health volunteers. The study revealed that the working H.T.V. could increase significantly the percentage of successful treatment. The regimen used in this study was proved to be suitable for the hypertension control program in the poor communities.

โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ มีความชุกประมาณ 13.2% ในประชากรอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง นำไปสู่ผลแทรกซ้อนที่ร้ายแรงหลายประการ

โครงการนี้ได้ดำเนินในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2529-2530 ทำการประชาสัมพันธ์ผ่านผู้นำชุมชนแออัดให้หากคนในชุมชนมาฝึกเป็นอาสาสมัครควบคุมโรคความดันโลหิต (อสค.)

อสค. จะตรวจหาผู้ป่วยโรคนี้ในชุมชนของตน และนำผู้ป่วยมาหาแพทย์ในครั้งแรก ครั้งต่อไปผู้ป่วยไม่ต้องมาเอง แต่ อสค. จะเก็บเงินค่ารักษา และบันทึกความดันของผู้ป่วยมาให้คลินิกของโครงการและรับชากลับไปให้ผู้ป่วย คลินิกจะเก็บเงินจากคนไข้เดือนละ 20-40 บาท และ อสค. จะได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 10 บาท/คนไข้ 1 คน/ครั้ง ของการให้บริการ เจ้าหน้าที่ของคลินิกจะมีทีมที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็น

ผลการดำเนินงานพบว่ามี 58 ชุมชน เข้าร่วมและฝึกอบรมอาสาสมัคร 92 คน มี 15.2% ของผู้เข้าอบรมที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ตรวจพบผู้ป่วย 209 คน การทำงานของ อสค. ทำให้ร้อยละ 48.8 ของผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับของความดันโลหิตได้ และประมาณร้อยละ 60 ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ยาที่ใช้คือ Hydrocholrothiazide และ Reserpine มี Side effect เกิดขึ้นราวร้อยละ 50 แต่ไม่รุนแรงและไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนที่รักษา

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าสามารถดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนยากจนในเมืองได้ถ้าสนใจเรื่องค่าสูญเสียโอกาสของอาสาสมัคร การใช้ อสค. ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และยาที่ใช้ก็มีความเหมาะสมสำหรับโครงการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ยากจน

## บทนำ

การใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในประเทศของเรานั้น ได้ดำเนินมาเป็นเวลาประมาณ 10 ปีแล้ว รายงานที่กล่าวถึงความสำเร็จก็มีเป็นจำนวนมากโดยส่วนใหญ่จะเป็นงานในเขตชนบทแต่รายงานความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองมีน้อยและหาได้ยากยิ่ง อาจเป็นเพราะสภาพความแตกต่างระหว่างชุมชนเมืองกับชนบท ที่มากำหนดให้การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานในเมือง และรูปแบบในการดำเนินงานจำต้องใช้วิธีการเฉพาะอีกประการหนึ่งงานในเขตเมืองเพิ่งจะได้รับความสนใจในระยะหลังจึงดำเนินงานมาไม่นาน อย่างไรก็ตามงานที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นการรายงานประสบการณ์ของผู้เขียน ในการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขในเมือง เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่มีผู้ใดรายงานมาก่อน ในศรีลังกา<sup>(4)</sup> ได้ทดลองฝึกอาสาสมัครเพื่อตรวจหาความชุกของโรคนี้ แต่ไม่ได้ให้ควบคุมโรคในระยะยาว ผู้วิจัยหวังว่ารายงานชิ้นนี้ อาจเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจงานสาธารณสุขมูลฐานในเมืองหรือผู้ที่สนใจในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยในชุมชนเมืองที่ยากจน จากการสำรวจขั้นต้นของผู้วิจัยเองในปี 2528 พบว่าการตรวจวัดครั้งแรกเป็น 20.30% ในประชากรที่อายุ 30 ปีขึ้นไป<sup>(1)</sup> และเมื่อได้ติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ ก็พบว่ามีความดันโลหิตสูงจริง ๆ 65% ดังนั้นค่าความชุกในประชากรดังกล่าวจึงเป็น 13.2%<sup>(2)</sup> และยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอมีเป็นจำนวนน้อย ผู้ป่วยโรคนี้มีครั้งเดียวที่รู้ตัวมาก่อนและผู้ที่ยังไม่รู้ตัวมาก่อนก็ทำการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพียงครั้งเดียวและในจำนวนที่รักษาสม่ำเสมอนี้ก็มี

ตารางที่ 1 Comparisons of Hypertensive Surveys:

Status	NHS*	CHA**		BKK slums***
	1960-2 %	1967-72 %	1977 %	1985 %
Previously Unknown	42.8	54.9	8.2	47.6
Previously Known	57.2	45.1	91.8	52.5
No Rx	(2.1.5)	(18.2)	(7.0)	(27.95)
Rx but D.B.P. > = 95	(19.4)	(11.8)	(12.2)	(11.5)
Rx and D.B.P. < 95	(16.3)	(15.1)	(72.2)	(13.0)
Prevalence Rate	23.2	-	30.0	20.3

Source of data:

\* United State National Health Survey (Ref. No.6)

\*\* The Chicago Heart Association, U.S.A. (Ref. No.5)

\*\*\* Amorn Premgamon, The prevalence of hypertension in the urban, low socioeconomic communities; BKK, Thailand 1985. (Ref. No.1)

ตารางที่ 2 จำนวนชุมชนและจำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการฯ  
จำแนกตามคุณภาพในการปฏิบัติหน้าที่

คุณภาพการเข้าร่วม	ชุมชน	คน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ปฏิบัติงาน	43(74.1)	71(77.2)
ปฏิบัติงาน	15(25.9)	21(22.8)
ผลงานสม่ำเสมอ	11(73.3)	14(66.7)
ทำแต่ไม่สม่ำเสมอ	2(13.3)	2(9.5)
ทำแล้วเลิกแล้ว	2(13.3)	5(23.8)
รวม	58(100)	92(100)

ราวครึ่งเดียวที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับที่นำพื่อใจ (ตารางที่ 1) ความยากลำบากในการควบคุมโรคนี้เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ด้าน ได้แก่ ประการที่หนึ่ง ปัญหาของโรคเองที่อาจไม่มีอาการแต่ต้องรักษาตลอดชีวิต มิฉะนั้นก็จะเกิดโรคแทรกซ้อน ประการที่สอง เป็นปัญหาการให้

บริการของรัฐที่ใช้วิธีตั้งรับ, ผู้ป่วยต้องรอนานและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจให้ความสำคัญกับโรคนี้ไม่เท่าที่ควรจะเป็น ประการที่สามคือ ปัญหาในส่วนของผู้ป่วยชาวสลัมที่ด้อยการศึกษา ไม่มีเวลาเพราะหาเช้ากินค่ำ, ความสนใจในการรับรู้ปัญหาโรคภัยที่ยังอยู่ไกลตัวค่อนข้างต่ำ

ตารางที่ 3 จำนวนผู้รับบริการตรวจและความชุกของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จำแนกตามการตรวจวัดของหน่วยฯ เนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ ในเขต ก.ท.ม. ปี 2527

โอกาสพิเศษในการตรวจ	ผู้รับบริการ	มี DBP > 95		หมายเหตุ
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	
- หน่วยฯ ออกตรวจในชุมชน (สสัม)	419	59	14.1	เฉพาะอายุเกิน 30 ปี
- ร่วมกับหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ (สสัม)	563	91	16.2	เฉพาะอายุเกิน 80 ปี
- นิทรรศการ "แผ่นดินธรรมแผ่นดินทอง" (1-7 พ.ค. 29 ที่มาบุญครอง)	2,994	154	5.14	ปชช. ทุกกลุ่มอายุ
- นิทรรศการ "CNG. กับความหวังใหม่ของคนไทย" (15-18 เม.ย. 29 ที่กระทรวงคมนาคม)	259	17	6.6	ปชช. ทุกกลุ่มอายุ
- นิทรรศการ "สืบวันจับจ่ายแต่ดั้งก่อนวัยเรียน" (30 พ.ค.-8 ม.ย.) 29 ที่เซ็นทรัลพลาซ่า)	1,530	102	6.7	ปชช. ทุกกลุ่มอายุ
- พนักงานขับรถ ขสมก. (23 มี.ย. เฉพาะคนขับซึ่งส่วนใหญ่ 18 ก.ค. 29)	1,430	142	9.93	เฉพาะคนขับซึ่งส่วนใหญ่อายุ > 30 ปี
รวม	7,195	565	7.25	

ในชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ 1,020 แห่ง มีประชากร 1.2 ล้านคน<sup>(7)</sup> ถ้าคิดว่ามีประชากรที่อายุ  $\geq 30$  ปี มีร้อยละ 30 ความชุกของโรคนี้ร้อยละ 13.2 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 47,520 คน ในจำนวนนี้มีเพียง 12% ที่รักษาอย่างถูกต้อง ดังนั้นจำนวนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องในชุมชนแออัด จะมีถึง 40,209 คน คนเหล่านี้รอเวลาที่จะเกิดผลแทรกซ้อนหลายๆ ประการ เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจ โรคไตวาย ซึ่งจะนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคมอย่างหนักหน่วง

เมื่อพิจารณาจากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยจะพบว่า ในรายงานสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของคนไทย<sup>(8)</sup> จะพบว่าโรคการไหลเวียน

ผ่านปอดและหัวใจ ซึ่งอยู่ในอันดับ 7 และ 9 ในปี 2520 และ 2521 ตามลำดับนั้น ได้ทวีความสำคัญขึ้นจนเป็นอันดับที่ 1 ตั้งแต่ปี 2522 เป็นต้นมา ส่วนสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดในสมองซึ่งก่อนหน้านี้ไม่ติดอันดับ ก็เริ่มติดอันดับที่ 10, 9 ในปี 2523, 2524 ตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงของสาเหตุการตายทั้งสองกลุ่มนี้ในทัศนะของผู้วิจัยเห็นว่า อาจมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากภาวะของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทย ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นก็หมายความว่า สิ่งที่ทำทายนักการแพทย์และสาธารณสุขไทยในยุคปัจจุบันนี้อันหนึ่งก็คือ การหาวิถีทางควบคุมโรคนี้ให้ได้

ดังนั้น คำถามของการวิจัยจึงได้ถูกกำหนดขึ้นดังนี้

1. โดยวิธีการใช้อาสาสมัครควบคุมโรคความดันในชุมชน จะทำให้คนไข้อย่างน้อย 60% ที่ตรวจพบในชุมชนได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ และในจำนวนคนไข้ที่ได้รับการรักษาโดยโครงการนี้ จะสามารถควบคุมความดันได้ถึงร้อยละ 80 หรือไม่ โดยใช้ยา Hydrochlorothiazide (อย่างเดี่ยวหรือร่วมกับ Reserpine)

2. อาการข้างเคียงของผู้ป่วยที่ใช้ยาดังกล่าวมีอะไรบ้าง และเกิดขึ้นมากน้อยเท่าไร และมีความแตกต่างกันหรือไม่ในกลุ่มที่รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากโครงการและกลุ่มที่เคยมารักษาแล้วหยุด

3. อาสาสมัครที่ปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่องมีร้อยละเท่าใดของอาสาสมัครที่ผ่านมารักษาครบตามโครงการ

### วัสดุและวิธีการ

โครงการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นโครงการย่อยโครงการหนึ่งในโครงการอาสาสมัครพัฒนาชุมชน ทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากงบประมาณของ ส.ส.พรรคประชากรไทย การดำเนินงานของโครงการควบคุมโรคฯ ก่อนข้างเป็นอิสระพอควร แต่ก็มีกรร่วมมือประสานงานกับโครงการอาสาฯ ลักษณะของการสนับสนุนเป็นไปในลักษณะว่าขาดสิ่งใดก็ขอสนับสนุนโดยไม่ได้เป็นการขอเงินทุนเพื่อวิจัยโดยตรง ได้จัดตั้งเป็นหน่วยควบคุมความดันโลหิตซึ่งประกอบด้วยผู้วิจัยหลักเป็นหัวหน้า (ทำงานเฉพาะช่วงนอกราชการ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง) โดยมีบุคลากรผู้ช่วยอีก 2 คน ซึ่งทำงานเต็มเวลา จบปริญญาตรีทางด้านสังคมศาสตร์ และมีบุคลากรที่ทำงานบางเวลาอีก 2 คน คนหนึ่งเป็นรองหัวหน้าผู้ซึ่งกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญา เจ้าหน้าที่ของหน่วยจะได้รับการฝึกเป็น

พิเศษ หน่วยจะมีหน้าที่ดำเนินการเพื่อหาอาสาสมัครมาฝึก, ดำเนินการฝึก, ติดตามอาสาสมัครตลอดจนผู้ป่วยและเปิดคลินิกเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ทุกวันอาทิตย์ช่วงเช้า

วิธีการหาคนมาฝึกเป็นอาสาสมัคร ใช้การประชาสัมพันธ์ผ่านผู้นำชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญ โดยทำในที่ประชุมประจำเดือนของโครงการอาสาสมัครพัฒนาชุมชน, การออกไปตรวจวัดความดันร่วมกับหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ของโครงการอาสาฯ ผู้นำชุมชนที่เห็นความสำคัญจะชักชวนคนในชุมชนมาฝึก 2-3 คนต่อชุมชน

การฝึกจะใช้เวลาในการฝึก 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชม. โดยครั้งที่ 1 จะสอนให้รู้จักวิธีวัดความดันโลหิต พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานให้ทราบ และให้ยืมเครื่องมือ 1 ชุด ไปฝึกที่บ้าน ครั้งที่ 2 จะเป็นการอธิบายให้เข้าใจโรคความดันโลหิตสูง และสอบวัดความดัน โดยจัดเตรียมผู้ป่วยไว้ให้วัดจำนวน 5-7 คน ผู้ที่สอบผ่านจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่อไป ส่วนผู้ที่ไม่ผ่านก็จะฝึกเพิ่มเติมจนวัดได้ถูกต้อง

ภาระหน้าที่ของอาสาสมัครควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (อสค.) ก็คือ การตรวจวัดความดันของคนในชุมชนเพื่อหาผู้ป่วย เมื่อพบผู้ต้องสงสัยจะทำการตรวจวัดซ้ำ แล้วพาผู้ป่วยมาที่คลินิก เพื่อตรวจวัดโดยเจ้าหน้าที่โครงการอีกครั้งหนึ่ง ถ้ามีความดันโลหิตสูงคือ DBP > 95 มม.ปรอท ก็จะให้คำวินิจฉัยและเริ่มรักษา ครั้งต่อไปผู้ป่วยไม่ต้องมา แต่ อสค. จะทำการวัด BP และรับยาแทน พร้อมเก็บเงินค่ารักษามาให้ที่คลินิก ซึ่งจะมีอัตราประมาณเดือนละ 20-40 บาท ขึ้นกับยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย อสค. จะได้ค่าตอบแทน 10 บาทต่อคนไข้ 1 คน ที่เขาดูแลอยู่ต่อ 1 ครั้ง ที่ให้บริการ เจ้าหน้าที่โครงการจะเดินทางไปเยี่ยมและวัดความดันผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมออย่าง

น้อย 2 เดือนต่อครั้ง พร้อมทั้งติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาและขาดการรักษาด้วย อสค. ที่มีผลงานดี จะได้รับเชิญมาร่วมในการรณรงค์ ตรวจวัดความดันโลหิต ซึ่งจัดขึ้นเป็นครั้งคราว

นอกจากการรักษา คลินิกยังเน้นที่การให้ สุขศึกษา โดยใช้ภาพนิ่งประกอบเทปคำบรรยาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงโทษภัยของโรคความดันโลหิตสูงและข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วย ตลอดจนการให้คำแนะนำในการดำเนินงานของ อสค. จะมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมารับยาด้วยตนเอง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ อสค. มารับยาแทน ยาที่ให้ จะอยู่ในวินิจฉัยของแพทย์ ผู้ป่วยที่ขาดการรักษา โดยไม่ทราบว่าได้ไปรักษาที่อื่นหรือไม่ จะได้รับการติดตามโดยจดหมายและการไปเยี่ยมถึงชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ของหน่วย

ยาที่ใช้ในการรักษาจะเริ่มด้วย Hydrochlorothiazide เป็นขั้นที่ 1 ถ้าไม่ได้ผลจะเพิ่ม Reserpine ร่วมด้วยเป็นขั้นที่ 2 ถ้าไม่ได้ผลจะบวก Hydralazine เข้าไปด้วย ถือเป็นขั้นที่ 3 (แต่ขั้นที่ 3 ใช้น้อยมากประมาณ 1-2 ราย และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยตนเอง)

ระยะเวลาในการดำเนินเริ่มตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2529 และดำเนินสืบต่อมาจนปัจจุบัน แต่การเก็บรวบรวมข้อมูลจะสิ้นสุดในกลางกรกฎาคม 2530 ซึ่งเป็นเวลาก่อนที่ผู้วิจัยหลักได้กลับไปยังคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้เปลี่ยนหัวหน้าหน่วยและผู้ดำเนินงานใหม่ รวมเป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี 5 เดือน

### ผลการศึกษา

ชุมชนที่ปฏิบัติงานหลังการฝึกมีประมาณ 1 ใน 4 ของจำนวนชุมชนที่เข้าร่วมฝึก ซึ่งมี 58 ชุมชน จำนวนที่เข้ารับการฝึก 92 คน (นับเฉพาะ

ที่เข้าร่วมก่อน 1 มกราคม 2530) กลุ่มที่ไม่ปฏิบัติ งานจะมีจำนวนประมาณร้อยละ 77 กลุ่มนี้จะไม่มีการใด ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นส่วนกลุ่มที่ปฏิบัติหน้าที่ก็จะทำงานอย่างสม่ำเสมอถึง 2/3 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15.2 ของจำนวนผู้รับการฝึก ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยการประเมินผลทำในเดือนมิถุนายน 2530 ในเรื่องของความแม่นยำพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของผู้เข้ารับการฝึกสามารถผ่านการสอบได้

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะบางประการของผู้ป่วย ที่รับการรักษาต่อเนื่องกับกลุ่มที่เคยรักษาจากโครงการแล้วหยุด (ตารางที่ 4) พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องประเภทชุมชนและผลข้างเคียง โดยกลุ่มที่รักษาสม่ำเสมอจะมีชุมชนที่เป็นสลัมเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่า และอัตราการเกิด Side effect สูงกว่ากลุ่มที่หยุดการรักษาจากโครงการ ส่วนเพศ, อายุ ระดับความดันโลหิตในขณะสำรวจ ประเมินผล และสภาวะเดิมก่อนเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ Side effect ของยาเมื่อแยกตามอาการ (ตารางที่ 5) พบว่ามีบางอาการ ซึ่งแตกต่างกันได้แก่ ง่วงนอนกลางวัน, postural hypotension, ชีพเร็ว, คัดจมูก, แต่หลายอาการก็ไม่มีมีความแตกต่างกัน เช่น เรื่องอ่อนเพลีย, ปวดหัวเพิ่ม, เจ็บหน้าอก, แพ้ยา, ปวดท้อง แต่โดยภาพรวมแล้วกลุ่มที่รักษาต่อเนื่องมีความถี่ของการเกิด Side effect สูงกว่าคือมีถึงร้อยละ 65 ในขณะที่กลุ่มที่หยุดการรักษาพบเพียงร้อยละ 38.2

จากการสำรวจในช่วง มกราคม-กุมภาพันธ์ 2530 อสค. และหน่วยฯ ได้ตรวจพบผู้ป่วยจำนวน 209 คน ในจำนวนนี้มีร้อยละ 77.5 ที่เข้ารับรักษาในโครงการกลุ่มที่รับการรักษาจากโครงการพบว่าที่

ตารางที่ 4 ลักษณะบางประการที่น่าสนใจ จำแนกตามกลุ่มที่รับการรักษา จากโครงการฯ อย่างต่อเนื่องและที่หยุดการรักษา

ลักษณะที่น่าสนใจ	ยังรักษาอยู่ N = 107	เลิกรักษา N = 102	P value
ประเภทชุมชน			p < .005*
สลัม	33	60	
กึ่งสลัม	74	42	
เพศ			p > 0.50
หญิง	37	34	
ชาย	70	68	
อายุ			p < .10
30-44	18	25	
45-59	54	57	
> 60	30	20	
DBPในขณะออกสำรวจ			p > 0.05
น้อยกว่า 95 มม.ปรอท	78	63	
มากกว่า 95 มม.ปรอท	29	39	
Side effect			p < .005*
มี	68	36	
ไม่มี	35	63	
Status เดิมก่อนเข้าโครงการ			p > .05
ไม่รู้ตัวมาก่อน	41	55	
รู้แต่ไม่เคยรักษา	10	7	
รู้และรักษาไม่สม่ำเสมอ	37	31	
รู้และรักษาสม่ำเสมอ	19	9	

รักษาต่อเนื่องจนถึงวันสำรวจ (กค 2530) มีร้อยละ 61.1 และในกลุ่มที่รักษาที่โครงการโดยสม่ำเสมอ มีพบว่า มี DBP > 95 เป็นจำนวนร้อยละ 83.8 กลุ่มที่รักษาสม่ำเสมอที่อื่น ๆ พบว่ามี DBP < 95 เป็นร้อยละ 73.1 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยโรคความดันที่ตรวจพบได้ รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (โดยไม่คำนึงถึง สถานที่) คิดเป็นร้อยละ 59.8 และคนไข้ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตได้ จะมีจำนวนเป็นร้อยละ

48.8 ของจำนวนคนไข้ทั้งหมดที่ตรวจพบโดยโครงการ (ตารางที่ 6)

### วิจารณ์ผล

วิธีการสร้างอาสาสมัครความดัน (อสค.) ในการตรวจหาผู้ป่วยและให้บริการมารับยาแทนผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 59.8 ของทั้งหมดที่ตรวจพบได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยคนไข้ที่รับการรักษาจากโครงการสม่ำเสมอ

ตารางที่ 5 ความถี่ของผลข้างเคียงของการรักษาจำแนกตามกลุ่มที่รับการรักษาแล้วหยุด  
กับกลุ่มที่ยังรักษาต่อเนื่องจากหน่วยฯ ก.พ.2529-มี.ย.2530

อาการข้างเคียง	รับการรักษาอยู่ (n=103) คน	หยุดรับการรักษา (n=102) คน	P value	รวม (n=105) คน
ว่วงกลางวัน	30(29.1)**	12(11.7)	*<.005	42(20.5)
Postural hypotension	20(19.4)	4(3.9)	*<.005	24(11.7)
อ่อนเพลีย	17(16.5)	8(7.8)	>.05	25(12.2)
ปวดหัวเพิ่มขึ้น	13(12.6)	13(12.9)	>.99	26(12.7)
ซีมีเศร้า	10(9.7)	2(1.9)	*<.025	12(5.9)
เจ็บหน้าอก	4(3.9)	3(2.9)	>.50	7(3.4)
แพ้, ผื่น, ลมพิษ	3(2.9)	5(4.9)	>.25	8(3.9)
คัดจมูก	10(9.7)	0(0)	*<.005	10(4.9)
ปวดท้อง	0 (0)	1(0.9)	<.25	1(0.5)
อื่นๆ	7(6.8)	5(4.7)	-	12(5.9)
คนที่มีอาการ	68(66.0)	39(38.2)	*<.005	107(52.2)
คนที่ไม่มีอาการ	35(34.0)	63(61.8)		89(47.8)

\*\* ในวงเล็บ = ค่าร้อยละ

ตารางที่ 6 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามลักษณะในการรักษาและสถานที่ในการรักษา

ลักษณะของผู้ป่วย	ที่โครงการ		ที่อื่น ๆ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยเข้ารับการรักษารักษาสม่ำเสมอ	162	77.5	-	-	-	-
DBP < 95 ในผู้รักษาสม่ำเสมอ	99	61.1	26	73.1	125	59.8
จำนวนคนไข้ที่ตรวจพบ	83	83.8	19		102	81.6
					209	



สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 83.8 โดยใช้ยาหลักคือ Hydrochlorothiazide อย่างเดียวหรือร่วมกับ Reserpine ซึ่งเป็นยารักษาความดันดั้งเดิมที่มีราคาถูก เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดที่ตรวจพบโดย อสค. และหน่วยฯ จะพบว่าคนไข้ร้อยละ 48.8 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในขณะที่เมื่อเทียบกับผลการสำรวจระดับความดันโลหิต ในช่วงปี 2528 ในชุมชนแออัด<sup>(1)</sup> ซึ่งพบว่ามีเพียงร้อยละ 12 ของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ก็จะสรุปได้ว่ามีความแตกต่างกันอย่างมาก

อาการข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าวในกลุ่มที่รักษาต่อเนื่องพบร้อยละ 66 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่หยุดการรักษา ซึ่งเกิดอาการขึ้นเพียงร้อยละ 38.2 ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าการใช้ยาดังกล่าวมีอัตราการเกิดผลข้างเคียงในอัตราค่อนข้างสูง และเมื่อใช้ยานาน ผู้ป่วยก็จะรู้สึกถึง Side effect ได้บ่อยกว่าผู้ที่ใช้ยาช่วงสั้นๆ แต่อาการที่เกิดมีมารุนแรงน้อย จึงไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เลิกการรักษาจากโครงการฯ อาการข้างเคียงที่สำคัญได้แก่ ง่วงนอนกลางวัน, ปวดหัวเพิ่มขึ้น, อ่อนเพลีย, postural hypotension ซึ่งมีอัตราการร้อยละ 20.3, 12.7, 12.2 และ 11.7 ตามลำดับ

อาสาสมัครที่ปฏิบัติหน้าที่ถึงแม้จะมีเพียงร้อยละ 22.8 แต่ส่วนใหญ่ของกลุ่มนี้จะทำงานสม่ำเสมอตลอดมาจนถึงเวลาสำรวจ พวกที่หยุดมักมีเหตุจำเป็น เช่น คลอดบุตร, ย้ายชุมชน สามีสั่งห้าม ซึ่งจะมีผู้ทำหน้าที่แทน การฝึกอบรมใช้ต้นทุนน้อยอบรมเพียง 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชม. มีของว่างและจ่ายค่ารถครั้งละ 10 บาท/คน เครื่องมือที่ยืมไปก็จะตามคืนถ้าไม่มีผลงานในเวลา 2 เดือน โดยส่วนใหญ่ของผู้ไม่พร้อมจะทำงานมักจะแจ้งให้หน่วยทราบตั้งแต่แรก ความสม่ำเสมอต่อ

เนื่องของ อสค. นั้นเกิดจาก 2 ประการ ประการแรกมีการตอบแทนตามผลงานคือ ขยันทำงานมีคนไข้หลายคนก็จะได้เงินมาก (จ่ายให้ 10 บาท/คนไข้ 1 คน/ครั้ง) และเชิญมาร่วมวัดความดันในโอกาสพิเศษ (จ่าย 50 บาท/วัน) ประการที่สองคือ การพูดให้ฟังเป็นประจำถึงบุญกุศลที่จะเกิดในการช่วยคนไม่ให้ป่วยเป็นอัมพาต ฯลฯ ซึ่งกระทำเมื่อ อสค. มาที่หน่วยเพื่อรับยาให้คนไข้ ผู้วิจัยเห็นว่า การเก็บเงินค่ารักษาจากคนไข้ (20-40 บาท/คน/เดือน) มาจ่ายให้อาสาสมัครเป็นการทำที่มีเหตุผลทางเศรษฐศาสตร์ การตอบแทนให้ผู้ทำดีได้รับผลดีจากการกระทำเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะงานสาธารณสุขมูลฐานในเมืองที่อาศัยคนยากจนมาทำงาน ในขณะที่เดียวกันก็ต้องควบคู่ไปกับการปลูกเร้าใจในเรื่องคุณธรรม จริยธรรม

สิ่งที่ผู้วิจัยคิดว่าขั้นตอนต่อไปในการก้าวเข้าสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็คือการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ อสค. เป็นแกนนำและใช้ชมรมเป็นผู้ผลักดันให้เกิดพัฒนาชุมชนในด้านต่าง ๆ และถ้าหากสามารถผสมผสานงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนี้เข้ากับหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐได้ก็จะเกิดความมั่นคงของโครงการนี้ได้ยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของงานชิ้นนี้ที่ทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่สมบูรณ์ ก็คือได้มีงบประมาณของคนทำให้การบริหารงานวิจัยและการเก็บข้อมูลในบางช่วงต้องขลุกขลักไปบ้าง แต่ก็คิดว่าสิ่งที่ได้สรุปรวบรวมมานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในระดับหนึ่ง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.นพ.บุญเทียม เขมาภิรัตน์ สส.กทม. ที่ให้การสนับสนุนคณะผู้วิจัยอย่างจริงจังจนทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณ นพ.วินัย วิริยกิจจา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ที่ช่วยให้กำลังใจและคำแนะนำที่มีคุณค่าจนทำให้งานชิ้นนี้เสร็จสิ้น ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โครงการอาสาพัฒนาชุมชนในช่วงปี 2529-2530 ทุกท่านที่ได้ช่วยเหลืองานต่างๆ ของหน่วยฯ เป็นอย่างดีและงานนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ถ้าหากไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคุณพรณี อุบล, คุณสุธา พวง และเจ้าหน้าที่ของหน่วยฯ ทุกท่านในการเก็บข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการสรุปรายงานชิ้นนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. อมร เปรมกมล ความดันเลือดสูงในหมู่ผู้มีรายได้น้อยในชุมชนแออัด กทม. ปี 2528 วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2529.
2. อมร เปรมกมล รายงานเบื้องต้นเรื่องความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในการตรวจวัดครั้งที่ 2, ก.ค.

- 2529 (ข้อมูลยังไม่ได้พิมพ์เผยแพร่)
3. กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2526 โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ 2526 หน้า 79.
4. Hettiarachai J, Mohideen MR. Screening for hypertension in rural Sri-Lanka Using Primary Health Care Workers, Research Abstract for Presentation at the Second International Symposium on Public Health in Asia and the Pacific Basin: Thailand; Jan 1986:p.81.
- Berkson DM, Brown MC, Stanson H, et al. Improving trend in hypertension detection and control: The Chicago experience. Am J Public Health 1980; 70:389-93.
6. Wilber JA. The problem of undetected and untreated hypertension in the community. Bull NY Acad Med 1973; 149:510-20.
7. โสภณ พรโชคชัย "1020 กระจายทั่วกรุงเทพ" จัดพิมพ์โดยศูนย์อาสาสมัครญี่ปุ่นในประเทศไทย 1 กรกฎาคม 2528.

**บทความในเขตนี้**

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร