

พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะ
ความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่



นิรันดร์ สุวรรณ

ศาสตราจารย์สุภาวดี มหาบัณฑิต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กันยายน 2558

พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะ
ความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่



การค้นคว้าแบบอิสระนี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กันยายน 2558

พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก
อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

นิรันดร์ สุวรรณ

การค้นคว้าแบบอิสระนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบ

อาจารย์ที่ปรึกษา

..... ประธานกรรมการ

(นายแพทย์ศุภฤกษ์ ตี๋รุ่งเรือง)

..... (รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิวิโรจน์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พญ.รัตนา พันธุ์พานิช)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิวิโรจน์)

14 กันยายน 2558

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่



แต่
บิดา มารดา ครูอาจารย์ และครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าแบบอิสระ เรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ นี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยกรุณาและช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษา การค้นคว้าแบบอิสระ ที่ให้คำแนะนำความรู้ คำปรึกษา และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องจน การค้นคว้าแบบอิสระสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก ที่ให้ความ ร่วมมือในการประสานงานภาคสนามในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกความดัน โลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ ข้อมูลตอบแบบสัมภาษณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.ศักดา พริงลำภู นักวิจัยอาวุโส เจ้าของ Research clinic ที่ให้คำแนะนำ และให้ความรู้ และตรวจสอบความถูกต้องของ การค้นคว้าแบบอิสระ คุณปรีชา ชัยชนันท์ รุ่นพี่ สม.53 ที่ช่วยแนะนำการใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทาง สถิติ

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบการค้นคว้าแบบอิสระทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ เพื่อให้การค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็น พื้นฐานในการดำเนินการค้นคว้าแบบอิสระตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่าง ยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือการค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้ศึกษาขอกราบเท้าขอบพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัว ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน ที่คอยให้กำลังใจและความห่วงใย จนการค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณค่าและ ประโยชน์ที่ได้เกิดจากการค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์

นรินทร์ สุวรรณ

หัวข้อการค้นคว้าแบบอิสระ	พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะ ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
ผู้เขียน	นายนิรันดร์ สุวรรณ
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญประภา ศิวโรจน์

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 117 คน ทำการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ทั้งหมดรับประทานยาความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง และไม่ซื้อยารักษาความดันโลหิตจากร้านขายยา (ร้อยละ 100.00) รองลงมาได้แก่ การไม่หยุดรับประทานยาเมื่อความดันโลหิตลดลง (ร้อยละ 92.00) การไม่ซื้อยารักษาความดันโลหิตของผู้ป่วยรายอื่นหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 86.00) การไม่รับประทานยาชนิดอื่นๆ หรืออาหารเสริม (ร้อยละ 84.00) และหากดื่มรับประทานยาลดความดันโลหิตจะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ในจำนวนเดิม (ร้อยละ 76.00) ในขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาชนิดอื่นๆ หรืออาหารเสริม (ร้อยละ 28.36) การซื้อยารักษาความดันโลหิตของผู้ป่วยรายอื่นหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 20.90) และหยุดรับประทานยาเมื่อความดันโลหิตลดลง (ร้อยละ 11.94)

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับความดันโลหิตพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาย ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่มีรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร (ร้อยละ 90.00) และ ผู้ป่วยหญิงมีรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตรเพียง (ร้อยละ 46.00) ผู้ป่วยกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 56.00) และ เป็นผู้ที่ไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ร้อยละ 57.14) ในขณะที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.19) สำหรับผู้ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา (ร้อยละ 60.00) ครึ่งหนึ่งไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมกับการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 50.00) มีการเติมเครื่องปรุงก่อนบริโภคนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 64.00) ประมาณ 1 ใน 3 มีการออกกำลังกายระดับเบาโดยปฏิบัติบ่อยๆ (ร้อยละ 34.00) ในด้านความเครียดพบว่า ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการนอน (ร้อยละ 40.00) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หงุดหงิด/กระวนกระวาย (ร้อยละ 68.00) และ ไม่มีความรู้สึกเบื่อเซ็ง (ร้อยละ 92.00)

ในขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในชาย มีรอบเอวมมากกว่า หรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (ร้อยละ 21.74) และกว่าครึ่งหนึ่งในผู้ป่วยหญิงมีรอบเอวมมากกว่าหรือ เท่ากับ 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 56.82) มีการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 100.00) 12 เดือนที่ผ่านมา มีการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 100.00) ดื่มแอลกอฮอล์ 30 วันที่ผ่านมา (ร้อยละ 75.00) รับประทานอาหาร รสเค็ม (ร้อยละ 43.28) ปรุงรสด้วยเครื่องปรุงเป็นประจำ (ร้อยละ 62.69) ไม่มีการออกกำลังกาย ระดับหนัก (ร้อยละ 58.21) มีปัญหาการนอน (ร้อยละ 26.87) และมีอาการหงุดหงิด/กระวนกระวาย (ร้อยละ 29.85)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Independent Study Title Drug Use Behaviors and Related Factors of Hypertensive Patients in Kongkhaek Health Promotion Hospital, Mae Chaem District, Chiang Mai Province

Author Mr. Nirun Suwan

Degree Master of Public Health

Advisor Assoc. Prof. Dr. Penprapa Siviroj

ABSTRACT

The study aimed to compare the behavior of hypertension patients using medications that can control blood pressure and cannot control blood pressure and factors associated to control blood pressure in Kongkhaek health promotion hospital Maechaem district, Chiang Mai province. The subject was 117 participants. The study tools used the record of Out Patient Department card and questionnaires. Data was corrected between January to February 2015. Data analyzed using descriptive statistics. The results were summarized as follows:

All controlled hypertensive patients prescribed medication on doctor recommendation and did not buy anti-hypertensive drugs from the drugstore (100%). Followed by non- stop taking medication when blood pressure decreased (92%), never borrowed medications from other patients or family member (86%), not taking other drugs or supplements (84%), and taking medication immediately after recalled of forgetfulness in the same dose (76%) respectively. While uncontrolled hypertensive patients were (86%) of taking anti-hypertensive drugs from the other and family member, (28.36%) of the patients have taken the other kind of drugs and the dietary supplements and (11.94%) of the patients have stopped taking medication after blood pressure reduction.

The related factors in the controlled hypertensive patients was found most of male patients had a waist circumference of less than 90 cm (90%) and nearly half of female hypertensive patients

with waist circumference less than 80 cm (46.00%), more than half of patients had co-morbid (56%), non-smoker (57.14%). While most of patients whom did not drink alcohol (76.19%). For those who drank found that most of them never drank alcohol with a meal (50%), with the addition of intergradient before use infrequently (64%), one in three had a light exercise by regularly (34%). Patients had no trouble sleeping with (40%). Most patients had no symptoms, irritability/ anxiety (68%), not feel sick or bore (92%).

The related factors in the uncontrolled patients were male patients a waist circumference of less than 90 cm (21.74%) and more than half of female patients with waist circumference of less than 80 cm (56.82%), smoking (100%), alcoholic drinking in the last 12 months (100%), alcoholic drinking in the last 30 days (75%), ate salty food every meals (43.28%), ate food seasoning (62.69%), non-exercise behavior (58.21%), having sleep problem (26.87%), and irritability/ anxiety and unstable mind (29.85%).



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ง
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
ABSTRACT	ช
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.3 คำถามการศึกษา	4
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	4
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	4
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง	7
2.2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	17
2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	20
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	29
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	29
3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	31
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	32
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	32

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	33
4.1 ข้อมูลทั่วไป	33
4.2 สถานะสุขภาพ	36
4.3 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	37
4.4 พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ	39
4.5 ความเครียด	50
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	52
5.1 สรุปผลการศึกษา	52
5.2 อภิปรายผล	55
5.3 ข้อเสนอแนะ	59
บรรณานุกรม	61
ภาคผนวก	67
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์	68
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ	69
ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา	71
ภาคผนวก ง แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย	72
ประวัติผู้เขียน	81

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลทั่วไป	33
ตารางที่ 4.2	สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	36
ตารางที่ 4.3	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	38
ตารางที่ 4.4	การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	40
ตารางที่ 4.5	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	43
ตารางที่ 4.6	การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	46
ตารางที่ 4.7	การรับประทานอาหารเสริมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	47
ตารางที่ 4.8	การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	49
ตารางที่ 4.9	ความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	50

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	การจำแนกระดับโรคความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	8
ภาพที่ 2	กรอบแนวคิดในการศึกษา	28



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ประวัติความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ idiopathic หรือ essential hypertension) จากการสำรวจภาวะสุขภาพทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคนสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าคนในวัยผู้ใหญ่ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทยประชากร 1 ใน 3 คน จะมีภาวะความดันโลหิตสูง (Joint National Committee VII [JNC VII], 2004) โดยเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยลำดับที่ 3 ในจำนวน 10 ลำดับแรก (World Health Organization [WHO], 2002) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงประมาณ 65 ล้านคน (Field, Burt, Cutler, Hughes, Roccella & Sorlie, 2004) และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 หรือ 65 ปี ซึ่งมีความดันโลหิตปกติ ภายใน 25 ปีต่อมามีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90 (JNC VII, 2004) จากการสำรวจภาวะสุขภาพทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตประมาณ 7.1 ล้านคน ต่อปีที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง (JNC VII, 2004) ส่วนประเทศไทยพบอัตราการป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 - 2556 เท่ากับ 1,349.39 1,433.61 1,570.63 และ 1,621.72 ต่อแสนประชากร ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย ปี พ.ศ.2553 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ในขณะที่อัตราตายในประเทศไทยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 - 2556 เท่ากับ 3.62 3.89 5.71 5.73 และ 7.99 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ส่วนจังหวัดเชียงใหม่พบมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่สูงขึ้นโดยมีอัตราป่วย ปี พ.ศ. 2554 - 2556 เท่ากับ 1,607.06 1,753.05 และ 1,707.19 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข, 2556) สำหรับอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2552 - 2556 เท่ากับ 6.18 5.5 5.29 3.94 และ 4.88 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราป่วยในปี 2554 - 2556 เท่ากับ 2,902 3,028 และ 3,160 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แจ่ม, 2556) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ได้ทำการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยรายใหม่และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ในปี พ.ศ. 2554 - 2556 จำนวน 15 18 และ 23 ราย

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ ด้านตัวผู้ป่วยเองการที่ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่มีญาติดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนผู้ป่วยวัยแรงงานมีการทำงานและมีความรีบเร่งในการประกอบอาชีพ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง เชื่อว่าโรคนี้นี้ไม่ได้อันตราย ด้านครอบครัวคนในครอบครัวให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วยโรคนี้น้อย เนื่องจากไม่มีอาการแสดงชัดเจนตลอดถึงการเดินทางมารับบริการซึ่งบางพื้นที่มีระยะทางไกลการคมนาคมยากลำบากโดยเฉพาะในฤดูฝน ผู้ป่วยบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเนื่องจากการไม่รู้ค่าเป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิตสูง รวมถึงภาษาในการสื่อสารจึงขาดความรู้ความเข้าใจในผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน และขาดการติดตามการวัดค่าความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง การไม่รู้สรรพคุณของยาที่ใช้จึงไม่ได้ให้ความสำคัญในการรับประทานยา ขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงส่งผลทำให้เกิดผลกระทบบและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงตามมา และไม่ให้ความสำคัญในการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาในขนาดและยาที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวานด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารักษาจะได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางรายเป็นผู้ป่วยชาวเขาจะมีปัญหาในการสื่อสารและได้รับคำแนะนำในการใช้ยาในเวลาจำกัด เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากในการรับบริการแต่ละครั้งและอาจเกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย นอกจากนี้สาเหตุหนึ่งที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากภาวะความดันโลหิตปลอมคือ ปรากฏการณ์ที่พบว่าค่าความดันที่วัดโดยแพทย์ หรือพยาบาลที่สถานพยาบาลจะสูงกว่าค่าความดันโลหิตที่วัดเองในช่วงเวลาเดียวกันที่บ้าน โดยใช้เครื่องวัดความดันชนิดเดียวกัน

การดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กองแขงมีการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในตำบลโดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขจะให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งได้ให้บริการผู้ป่วยในวัน อังคารที่สองของทุกเดือน ปัจจุบันจำนวนแพทย์ในอำเภอแม่แจ่มมีน้อยลงประกอบกับจำนวนผู้ป่วย ในโรงพยาบาลแม่แจ่มเพิ่มขึ้น จึงไม่สามารถมาให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขงได้และได้มอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและ ครอบครัวเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขง ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในคลินิกมีจำนวนทั้งสิ้น 117 ราย

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังดูแลภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้และได้ร่วมกับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ บริการเยี่ยมบ้านติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนจากการดำเนินงาน พบว่า การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ถูกต้องตามหลักการ มียารักษา โรคความดันโลหิตสูงเหลือใช้จำนวนมาก บางรายไม่ไปรับยาและได้ขอยืมยาจากผู้ป่วยรายอื่น และ คนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไปรับประทาน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่ สามารถอ่านหนังสือได้ ต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวเป็นผู้เตรียมยาให้รับประทาน เมื่อสอบถาม ถึงการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยส่วนใหญ่ วัธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง จากการศึกษา ประวัติการรักษาจากสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีความดันโลหิตจากการตรวจ รักษาใน 6 เดือนย้อนหลัง จำนวน 3 ครั้ง มีระดับความดันโลหิตช่วงบนสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตช่วงล่างสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

การดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขงในปัจจุบันยังขาดระบบการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื่องการใช้ยา สถานะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพและความเครียด ซึ่ง ทุกปัจจัยส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึง สนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิก โรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำข้อมูลเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการติดตาม และเฝ้าระวังควบคุมความดันโลหิตด้าน พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

1.3 คำถามการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 รวมระยะเวลา 2 เดือน

1.5 คำจำกัดความในการศึกษา

1.5.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 6 เดือนรับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549)

1.5.2 ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีระดับความดันโลหิตช่วงบนต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับความดันโลหิตช่วงล่างต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านมีระดับความดันโลหิตช่วงบนต่ำกว่า 135 มิลลิเมตรปรอท ช่วงล่างต่ำกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท ทุกครั้งในระยะ 3 เดือนย้อนหลัง

1.5.3 ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีระดับความดันโลหิตช่วงบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับความดันโลหิตช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านมีระดับความดันโลหิตช่วงบนมากกว่าหรือเท่ากับ 135 มิลลิเมตรปรอท ช่วงล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งในการรักษา 3 เดือนย้อนหลัง

1.5.4 ประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบัน

1.5.5 สถานะสุขภาพ หมายถึง ขนาดรอบเอว ดัชนีมวลกาย และการมีโรคร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดังรายละเอียดดังนี้

1) ขนาดรอบเอว หมายถึง การวัดรอบเอวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยวัดรอบเอวในท่ายืน เท้าแยกจากกัน 25 - 30 ซม. วัดรอบเอวระดับกึ่งกลางกระดูกสะโพกส่วนบนสุดและขอบล่างของกระดูกซี่โครงให้ขนานกับพื้นผู้วัดต้องนั่งข้างๆ และต้องวัดขณะหายใจออกเท่านั้น ส่วนสะโพกให้วัดบริเวณส่วนที่ก้นยื่นออกมามากที่สุด

2) ดัชนีมวลกาย หมายถึง การวัดความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หน่วยของน้ำหนักคิดเป็นกิโลกรัม และหน่วยของความสูงคิดเป็นเมตร โดยค่าดัชนีมวลกายของแต่ละคน จะมีค่าเท่ากับน้ำหนักของคนที่นั้นหารด้วยความสูงยกกำลังสอง ค่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูง เกณฑ์การประเมินค่าดัชนีมวลกายมีดังนี้ (ค่ามาตรฐานอาเซียน) (Pruenglampoo S, et. al. (2003)

- น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน : น้อยกว่า 18.5 (<18.5)
- เหมาะสม : มากกว่าหรือเท่ากับ 18.5 ถึง 22.9 (18.5 – 22.9)
- น้ำหนักเกิน : มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ถึง 29.9 (25 – 29.9)
- อ้วน : มากกว่าหรือเท่ากับ 30 (≥ 30)

3) การมีโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นๆ ที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรทางการแพทย์

1.5.6 การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างประกอบด้วย การใช้ยาถูกคน การใช้ยาถูกโรค การใช้ยาถูกทางการใช้ยาถูกขนาด และการใช้ยาถูกเวลา

1.5.7 พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการกระทำที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารรสเค็ม การออกกำลังกาย ดังรายละเอียดดังนี้

1) การสูบบุหรี่ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยสอบถามการสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบในปัจจุบัน และในอดีต ระยะเวลาในการสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำนวนการสูบต่อวัน

2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท สัมภาษณ์เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันและในอดีต ความถี่ในการการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนและความถี่ในการดื่ม สำหรับชาย 5 ดื่มมาตรฐาน หญิง 4 ดื่มมาตรฐานและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานอาหาร

3) การรับประทานอาหารรสเค็ม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบอกถึงรสชาติของอาหารที่ชอบรับประทาน และความถี่ของพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและเครื่องปรุงรสต่างๆ ที่มีรสเค็ม ได้แก่ การเติมเครื่องปรุงก่อนบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ที่มีรสเค็ม การรับประทานผลไม้ดอง และการปรุงรสด้วยเครื่องปรุงรสต่างๆ

4) การออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหวออกแรง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการปฏิบัติในการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่

1. ระดับหนักคือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการทำซ้ำและต่อเนื่อง เช่นการวิ่ง การทำงานหนักในอาชีพชานา ชาวสวน ทำไร่
2. ระดับปานกลางคือ การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาที่รู้สึกเหนื่อยพอสมควร เช่นการเดินเร็ว การขี่จักรยาน การทำงานบ้าน ทำครัว ภูบ้าน
3. ระดับเบาคือ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมาก เช่นการยืน การนั่ง ในอาชีพเย็บผ้า ทอผ้า

1.5.8 ความเครียด หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งเกิดจากความเครียดภายในจิตใจ เช่น มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก มีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1.6.1 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพ

1.6.2 เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการให้คำแนะนำการใส่ยาที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาคำรเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง
- 2.2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา

2.1 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

2.1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตเป็นแรงดันเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ความดันโลหิตมี 2 ค่า คือ ความดันตัวบนเป็นแรงดันเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (systolic blood pressure) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการบีบขยายของผนังหลอดเลือดแดงขณะรับเลือดจากหัวใจในช่วงที่หัวใจบีบตัว และความดันตัวล่างเป็นแรงดันเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว (diastolic blood pressure) ซึ่งหมายถึง ความดันของเลือดที่ยังค้างอยู่ในหลอดเลือดขณะหัวใจคลายตัว (อรุณรัตน์, ลักษณะานูรี, 2552)

ความดันโลหิตสูง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003) ได้ให้ความหมายว่า โรคหรือภาวะที่ค่าความดันโลหิตต่อผนังของหลอดเลือดแดงมีค่าสูงเกินกว่าค่าปกติ โดยที่มีค่าความดันตัวบน หรือค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure [SBP]) มีค่าความดันโลหิตตัวบนสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท (มม.ปรอท, mmHg) และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure [DBP]) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตปกติ หมายถึง ภาวะแรงดันในหลอดเลือดที่หัวใจบีบมีค่าต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในหลอดเลือดขณะหัวใจคลายตัวมีค่าต่ำกว่า 90

มิลลิเมตรปรอทอย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ถ้าเป็นการวัดความดันโลหิตที่บ้านค่าความดันโลหิตตัวบนจะสูงหรือเท่ากับ 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าและน้อยลงส่งผลให้หัวใจต้องสูบน้ำเลือดแรงขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้จำแนกระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงดังนี้

Category	SBP (มิลลิเมตรปรอท)		DBP (มิลลิเมตรปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120 – 129	และ/หรือ	80 - 84
High normal	130 – 139	และ/หรือ	85 – 89
Grade 1 Hypertension (mild)	140 – 159	และ/หรือ	90 – 99
Grade 2 Hypertension (moderate)	160 – 179	และ/หรือ	100 – 109
Grade 3 Hypertension (severe)	> 180	และ/หรือ	> 110
Isolated systolic hypertension	> 140	และ	< 90

ภาพที่ 1 การจำแนกระดับโรคความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป

หมายเหตุ SBP หมายถึง Systolic blood pressure, DBP หมายถึง Diastolic blood pressure, เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ ISH ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP

2.1.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2549)

2.1.2.1 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) หรือความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary hypertension) ส่วนใหญ่พบมากกว่าร้อยละ 90 ถึงแม้จะตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง แต่เชื่อว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยใหญ่ คือ

1) กรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ จากหลักฐานทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่มีบิดามารดาไม่เป็นอย่างกว่านั้นผู้ที่มีทั้งบิดาและมารดาเป็นความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงมากที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น

2) สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และความเครียด เป็นต้น

2.1) ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุหรือความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด สาเหตุที่พบได้บ่อย คือโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบเกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบบางส่วนทำให้ความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียวส่วนความดันช่วงล่างเป็นปกติ โรคความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคหลอดเลือดและหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบ วัณโรคของไต เนื้องอกที่ต่อมหมวกไต เป็นต้น ซึ่งพบได้ สองชนิด คือ ชนิดที่สร้างฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (aldosterone) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับเกลือแร่โปแตสเซียมในเลือดต่ำ อีกชนิดหนึ่ง ได้แก่ เนื้องอกที่สร้างฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamines) เรียกว่าโรคฟีโอโครโมไซโตมา (pheochromocytoma) ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับอาการใจสั่น ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติและหายได้ นอกจากนี้การรับประทานยาบางชนิดเป็นเวลานานทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เช่น ยาคุมกำเนิดหรือยาฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาแก้ปวดข้อ ยาแก้คัดจมูก เป็นต้น (ชวนพิศ วงศ์สามัญ, 2542)

2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการซึ่งตรวจพบโดยบังเอิญขณะไปพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่น โรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับการขนานนามว่า “ฆาตกรเงียบ” โดยผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือปานกลาง อาจพบว่ามีอาการวิงเวียนปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ เมื่อปล่อยทิ้งไว้นานๆ โดยไม่ได้รับการรักษาอาจมีการทำลายอวัยวะต่างๆ ไปทีละน้อยอย่างช้าๆ จนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในที่สุด เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตเสื่อมสมรรถภาพ หรืออัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงอาจมีอาการเลือดกำเดาออก ตามองไม่เห็นข้างหนึ่งชั่วคราว เห็นอย่างง่าย เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ปวดศีรษะตุบๆ อยากรู้ก็ตาม อาการเหล่านี้จะเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่น ไข้ อารมณ์เครียดหรือไมเกรนเป็นต้น ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิต เช่นความดันโลหิตสูงระดับอ่อนและ ปานกลางจะใช้เวลานานมากกว่า 10 ปี ส่วนความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงจะใช้เวลาสั้นกว่านี้ หรือใช้เวลาเพียงเป็นเดือน ดังนั้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติจึงควร

ปรึกษาแพทย์ เพราะถ้าพบความดันโลหิตสูงมากจะได้รับการได้ถูกต้องและทันท่วงที เมื่อความดันโลหิตลดลงเป็นปกติอาการดังกล่าวก็จะหายไป (สายพิน โชติวิเชียร, 2548)

2.1.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยทั่วไป หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ESH/ESC, 2007; JNC 7, 2003)

2.1.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตประกอบด้วย 2 วิธีคือ

2.1.5.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.1.5.2 การรักษาโดยวิธีใช้ยา

2.1.5.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1) การรับประทานอาหารควรลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมหรือรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท (Sacks et al., 2001; JNC7, 2003) นอกจากนี้การรับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) คือ อาหารที่เน้นผัก ผลไม้และผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ร่วมกับการลดปริมาณไขมันรวมและไขมันอิ่มตัว สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท (Sacks et al., 2001)

2) การควบคุมน้ำหนัก การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10 - 20 ของน้ำหนักมาตรฐานมีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลงเพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจ ซึ่งพบว่า การลดน้ำหนักได้ 1 กิโลกรัมในโรคอ้วน จะทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 1.6 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลง 1.3 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) การควบคุมน้ำหนักนอกจากจะจำกัดแคลอรีแล้ว ยังต้องลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและกรดไขมันอิ่มตัวด้วย ควรควบคุมดัชนีมวลกาย (body mass index) [BMI] ให้อยู่ในระดับ 18.5 - 24.9 ซึ่งพบว่า การลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003; Wexler & Aukerman, 2006)

3) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็วๆ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน มีผลให้ความดันโลหิตสูงลดลง 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003; Kelley & Kelley, 2000; Wexler & Aukerman, 2006; Whelton, Chin, Xin & He, 2002)

4) การจัดการความเครียด ความเครียดทำให้ความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมีภาวะความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดความเครียดได้ การจัดการความเครียดจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นการสวดมนต์ การทำสมาธิ ช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ (Wexler & Aukerman, 2006)

5) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคติน ใน บุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Wexler & Aukerman, 2006) และลดการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุรามากจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งถ้าดื่มเป็นประจำจะทำให้ขาดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ ในหนึ่งวันผู้ชายควรดื่มสุราไม่เกิน 30 มิลลิลิตร หรือเบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิลิตร หรือไวน์ไม่เกิน 300 มิลลิลิตร และสตรีที่ยังไม่ผสม 90 มิลลิลิตร ในผู้หญิงหรือผู้ที่รูปร่างเล็กควรดื่มน้อยกว่าที่จำกัดในผู้ชายครึ่งหนึ่งซึ่งสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003; Wexler & Aukerman, 2006) การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มก่อนมีความดันโลหิตสูง (prehypertension) และกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระดับหนึ่ง (hypertension stage I) จะเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่นการรับประทาน อาหารลดเค็มและลดไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชา กาแฟ เป็นต้น เป็นเวลา 6 เดือน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จึงใช้วิธีหนึ่งคือ การรักษาด้วยวิธีใช้ยา

2.1.5.2 ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโดยวิธีการใช้ยา หลักการใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต คือลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ และคงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับความรู้สึก เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่างๆ (วิลโล พัววิลโล และชัชชาญ ดิโรจนวงศ์, 2547; ESH/ESC, 2007; JNC VII, 2003)

การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ตามแนวปฏิบัติในการประชุมครั้งที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee) กล่าวถึงกลุ่มยาหลักที่สามารถลดความดันโลหิต และลดภาวะแทรกซ้อนได้ดีไว้ 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) กลุ่มยาด้านแคลเซียม (calcium channel blockers [CCBs]) กลุ่มยาด้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (angiotensin converting enzyme inhibitors [ACEIs]) กลุ่มยาขับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ (angiotensin receptor blockers [ARBs]) และกลุ่มยาขับยั้งที่ตัวรับเบตา-อะดรีเนอร์จิก หรือเบตา-บล็อกเกอร์ (beta-blockers [BBs]) ยาแต่กลุ่มมีการออกฤทธิ์ ดังนี้ (NIH, 2004)

กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตที่มีประโยชน์และใช้มากที่สุด เพราะมีราคาถูก มีประสิทธิภาพทั้งใช้เดี่ยวและใช้ร่วมกับยาอื่น โดยยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้คือ ไทอะไซด์ (thiazides) และอนุพันธ์ที่ใกล้เคียง(ลูปไดยูเรติก [loop diuretics] เป็นกลุ่มยาขับปัสสาวะที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนที่เรียกว่า เฮนเลย์ ลูป [Henle's loop] และโปตัสเซียมสparing ไดยูเรติก [potassium-sparing diuretics] เป็นกลุ่มขับปัสสาวะที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนคอลเลคติงทิวบูล [Collecting tubules] ยาไทอะไซด์ จะเพิ่มการผลิตน้ำปัสสาวะ ยับยั้งการดูดซึมโซเดียมและคลอไรด์ กลับเข้าเซลล์ท่อไตและกระแสโลหิต ทำให้เกลือและน้ำถูกขับออกจากร่างกายอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้กลุ่มยาขับปัสสาวะ คือการใช้ยาไทอะไซด์ ขนาดสูงกว่า 25 มิลลิกรัม พบว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น และจะทำให้มีอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้นและรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการข้างเคียงต่อระบบเมตาบอลิซึม (metabolic sideeffect) ได้แก่ ไนมันในเลือดสูง โปตัสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) เกิดโรคเก๊าท์จากกรดยูริกในเลือดสูง (hyperuricemia) และระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการข้างเคียงอื่นๆ เมื่อใช้ยาไทอะไซด์ ได้แก่ ปากแห้ง กระจายน้ำ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่นและมีผื่นแดง กล้ามเนื้อเป็นตะคริว และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ยากลุ่มลูปไดยูเรติก (loop diuretics) ทำให้เกิดอาการข้างเคียงเกี่ยวกับระบบเมตาบอลิซึมคล้ายคลึงกับยาไทอะไซด์ ยกเว้นผลต่อการขับแคลเซียมจะตรงข้ามกัน (ไทอะไซด์ ลดการขับแคลเซียม) และระวังพิษต่อหู การใช้ยาขับปัสสาวะ 2 กลุ่มนี้ร่วมกับยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) จะมีปฏิกริยาระหว่างยา (drug interaction) ทำให้ยาขับปัสสาวะไม่มีฤทธิ์ลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะที่สงวนโปตัสเซียม ห้ามใช้ในผู้ที่ไตบกพร่อง (ผ่องศรี อิ่มสอน, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

กลุ่มยาด้านแคลเซียม (CCBs) ยากลุ่มนี้มีผลยับยั้งการนำแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ จึงยับยั้งการหดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด มีผลให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง หัวใจเต้นช้าลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มนี้ คือ อาการมึนงง ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ ร้อนวูบวาบ การรับสัมผัสของนิ้วมือผิดปกติ และคลื่นไส้ บวมตามอวัยวะส่วนปลาย อาการข้างเคียงที่พบไม่บ่อย ได้แก่ มีผื่นแดง ง่วงนอน (ผ่องศรี อิ่มสอน, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

กลุ่มยาด้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (ACEIs) ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (Angiotensin Converting Enzyme [ACE]) โดยทำให้การสร้างแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากถูกยับยั้ง ความดันโลหิตจึงลดลงเนื่องจากแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายลดลงจึงส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง การลดลงของแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายนี้ไม่มีผลปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนั้นเนื่องจาก ACE เป็นเอนไซม์ตัวเดียวกัน

กับที่ใช้ในการทำลาย แบริคตินิน (bradykinin) ดังนั้นยาในกลุ่ม ACEIs จึงมีผลลดการทำลาย แบริคตินิน (bradykinin) อีกด้วยซึ่งผลดังกล่าวจะเสริมฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตมากยิ่งขึ้น เพราะ แบริคตินิน (bradykinin) เป็นสารเคมีที่มีฤทธิ์แรงในการทำให้หลอดเลือดขยายตัว และ แบริคตินิน (bradykinin) ยังมีผลกระตุ้นที่เบต้า-อะดเรเนอร์จิกรีเซปเตอร์ (β 2-adrenergic receptor) บริเวณผนังหลอดเลือด (endothelium) ทำให้เพิ่มการสร้างไนตริก ออกไซด์ (nitric oxide) และ โพรสตาไซคลิน (prostacyclin [PGI2]) ซึ่งสารทั้งสองมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ยิ่งไปกว่านั้นการยับยั้ง ACE ยังมีผลลดการทำลายของ โพรสตาแกรนดิน (prostaglandin E2 [PGE2]) ที่มีฤทธิ์ในการขยายตัวของหลอดเลือดเช่นเดียวกัน ดังนั้นการที่ยาในกลุ่ม ACEIs สามารถยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ลดการทำลาย แบริคตินิน (bradykinin) และเพิ่มปริมาณของโพรสตาแกรนดิน(PGE2) โพรสตาไซคลิน (PGI2) และไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) จึงส่งผลทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดและลดการหลั่งอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ซึ่งผลโดยรวมคือทำให้ความดันโลหิตลดลงอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ อาการไอแห้ง (dry cough) พบบ่อยที่สุดโดยเฉพาะในคนไทย พบได้ถึง ร้อยละ 20 เกิดจากแบริคตินิน (bradykinin) สะสมมากขึ้นเป็นอาการ ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยแต่รุนแรงถึงชีวิตได้ คือ แองจิโออีดีมา (angioedema โดยเป็นการแพ้ชนิดหนึ่ง เกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดภายในผิวหนัง ทำให้น้ำเหลืองซึมผ่านออกมาจากเส้นเลือดไปสะสมอยู่ในผิวหนังชั้นลึก จึงมีลักษณะเป็นผื่นบวม) (ผ่องศรี อิมสอน, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

กลุ่มยายับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ (Angiotensin receptor blockers [ARBs]) เป็นยากลุ่มล่าสุดที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะและการออกฤทธิ์เหมือนกับ ACEIs ยกเว้นไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ คือ ไอแห้งๆ เนื่องจากการศึกษาที่เกี่ยวกับการป้องกันหัวใจและไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีน้อย จึงควรเลือกยาในกลุ่มนี้เฉพาะในรายที่มีข้อบ่งใช้ ยาในกลุ่ม ACEIs แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ของยา ACEIs ได้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ตาพร่า ปวดศีรษะ นอนไม่หลับท้องเดิน อ่อนแรง (ผ่องศรี อิมสอน, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

กลุ่มยายับยั้งที่ตัวรับเบตา-อะดเรเนอร์จิก หรือ เบตา-บล็อกเกอร์ (Beta - blockers [BBs]) เป็นกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่มีประโยชน์และใช้อย่างแพร่หลายเช่นเดียวกับยาขับปัสสาวะ เพราะปลอดภัย ราคาถูกมีประสิทธิภาพทั้งใช้เพียงชนิดเดียวและใช้ร่วมกับกลุ่มอื่นแต่ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพลดลงในคนเชื้อชาติผิวดำ ผลของยาจะยับยั้ง เบต้า-อะดเรเนอร์จิกรีเซปเตอร์ (β -adrenergic receptor) ส่งผลต่อการควบคุมระบบไหลเวียนโลหิตด้วยกลไกหลายอย่าง ได้แก่ ลดการบีบตัว และลดปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output [CO])ลดการหลั่งเรนินที่ไต จึงลด

ระดับ แองจิโอเทนซิน II (angiotensin II) มีผลให้ความดันโลหิตลดลง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

1) อาการจากการยับยั้งเบต้า-อะดรีเนอร์จิก รีเซปเตอร์ (β -adrenergic receptor) เช่น ผนังหลอดเลือดหดตัวซึ่งต้องระวังในผู้ป่วยหัวใจบกพร่อง ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายผิดปกติ เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น การใช้ยาในกลุ่มนี้จะต้องกินยาต่อเนื่อง การหยุดยาทันทีอาจเกิดภาวะถอนยาได้แก่ ภาวะวุ่นวายตกใจง่าย (nervousness) หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) เพิ่มความรุนแรงของการเจ็บหน้าอก (angina) หรือเพิ่มความดันโลหิต

2) อาการที่ไม่เกี่ยวกับการยับยั้งที่ เบต้า-อะดรีเนอร์จิก รีเซปเตอร์ (β -adrenergic receptor) ได้แก่ ท้องเดิน (diarrhea) ท้องผูก (constipation) คลื่นไส้ (nausea) และอาเจียน (vomiting) (คณาจารย์ ภาควิชาเภสัชวิทยา, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547) นอกจากนี้ยังมียาในกลุ่มอื่นๆ ที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กลุ่มขยายหลอดเลือดโดยตรง (direct vasodilators) และกลุ่มยาที่ยับยั้งที่ศูนย์แอลฟา-อะดรีเนอร์จิก หรือแอลฟา-บล็อกเกอร์ (alpha-adrenergic blocking agents) การออกฤทธิ์ของยาทั้งสองกลุ่มเป็นดังนี้ (คณาจารย์ ภาควิชาเภสัชวิทยา, 2545)

2.1) กลุ่มขยายหลอดเลือดโดยตรง (direct vasodilators) เช่น ไฮดรอลาซีน (hydralazine) ซึ่งมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดแดงทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้แรงดันหัวใจทำงานลดลง ไฮดรอลาซีนเหมาะสำหรับใช้เป็นยาเสริมการรักษาความดันโลหิตสูง โดยใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิตชนิดอื่นๆ เช่น ยาที่ยับยั้งที่ศูนย์เบต้า-อะดรีเนอร์จิก หรือเบต้า-บล็อกเกอร์ และยาขับปัสสาวะ การให้ยาเหล่านี้ร่วมกัน ยาจะออกฤทธิ์เสริมกันทำให้ได้ผลในการลดความดันโลหิตด้วยขนาดยาดำ นอกจากนี้ อาการไม่พึงประสงค์ของยาแต่ละชนิดก็จะลดน้อยลง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน หัวใจเต้นเร็ว และปวดหน้าอก (ผ่องศรี อิ่มสอน, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

2.2) กลุ่มยาที่ยับยั้งที่ศูนย์แอลฟา-อะดรีเนอร์จิก หรือแอลฟา-บล็อก (Alpha-adrenergic blocking agents) ยาในกลุ่มนี้จะจับกับ แอลฟา รีเซปเตอร์ (alpha receptors) แล้วขัดขวางการออกฤทธิ์ของ ซิมพาโตมิเมติก เอมีน (sympathomimetic amines) ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ เช่น เมทิลโดพา (methyl dopa) ซึ่งมักใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิตชนิดอื่นๆ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มนี้ เช่น หัวใจเต้นเร็ว เต็มผัดจังหวะอาจทำให้เกิดอาการปวดหัวใจ (anginal pain) อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย อาการทางทางเดินระบบอาหารอาจพบปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และอาจทำให้อาการของโรคแผลในกระเพาะอาหารเป็นรุนแรงขึ้นได้ จึงควรระวังการใช้ในคนที่มโรครหัวใจหรือโรคกระเพาะอาหาร (เภสัชวิทยา, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547) การรักษาด้วยยาจะเริ่มต้นด้วยการรักษาด้วยยาเพียงชนิดเดียว หากไม่ได้ผลอาจให้ยา 2 - 3 ชนิดร่วมกันได้

(เกสัชวิทยา, 2545; สุรเกียรติ์ อาษานุกาภ, 2544) และควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; ESH/ESC, 2007)

2.1.6 ผลกระทบของความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน อีกทั้งยังพบมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อสมอง หัวใจ ไตและตา ผลที่เกิดจากอาการและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

2.1.6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ยาวนานและไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ด้านร่างกายเกิดจากการทำลายของอวัยวะสำคัญต่างๆ ในร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และตา เป็นต้น เพราะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ยาวนานจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและรูเล็กลงทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลงส่งผลให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานได้ไม่ปกติและหากเกิดการทำลายอย่างรุนแรงอาจทำให้ถึงแก่กรรมได้ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบและแข็ง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายจากผลของหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก โดยมีการบีบตัวด้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดันที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน เกิดเลือดคั่งที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจึงล้นเข้าสู่หลอดเลือดแดงของปอดตามเดิมเกิดอาการเลือดคั่งในปอดทำให้หัวใจห้องขวาทำงานหนักมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้การทำงานของหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวนี้จะเกิดขึ้นได้มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติถึง 6 เท่า ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจล้มเหลวได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นผิดปกติ หรือมีอาการใจสั่น เป็นต้น (สายพิณ โชติวิเชียร, 2548)

ความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมองคือ หลอดเลือดสมองแข็ง ตีบแคบ เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงและมีการโป่งพองเล็กๆ ที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองเสียความยืดหยุ่น เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกอาจทำให้ส่วนที่โป่งพองแตกเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวหรือเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ซึม สับสน ชัก เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และอาจหมดสติได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 3 - 5

เท่า นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงอาจส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ ได้แก่ ไต ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีหลอดเลือดมากที่สุดในร่างกาย ทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงไต ไม่เพียงพอ มีผลให้ไตเสื่อมสมรรถภาพจนถึงขั้นไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรังคือ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขาบวม หากเป็นมาก เนื่องจากมีการคั่งของสาร ครีเอตินีน (creatinine) และสารยูเรีย (urea) ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย อาจทำให้มีอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง หดศติ และเสียชีวิตในที่สุด ส่วนผลกระทบของความดันโลหิตสูงต่อตาอาจทำให้หลอดเลือดฝอยเล็กๆ ที่ตาเกิดการหนาตัวและตีบแคบทำให้มีแรงดันในลูกตาสูงขึ้น หลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม ประสาทตาบวม เกิดอาการตามัวหรือตาบอดได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549)

2.1.6.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และพบมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ขณะที่มีการเจ็บป่วยทางกายนั้น จิตใจของบุคคลย่อมได้รับการกระทบกระเทือนไปด้วย การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด กับผู้ป่วยได้ และหากเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบของโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวล ผู้ป่วยบางรายอาจท้อแท้หมดกำลังใจ เบื่อหน่ายในการรักษาและการปรับตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เลือกใช้พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่มากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความเครียดจะทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย ไตวายเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดในสมอง ผลกระทบทางกาย จากภาวะแทรกซ้อนทำให้สูญเสียความสามารถทางร่างกาย มีภาวะพิการ ทูพพลภาพ ปัญหาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความมีคุณค่าของตนเองลดลง จากพยาธิสภาพของโรคหัวใจจึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด จากความไม่แน่นอน ของโรค กลัวการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และกลัวการเสียชีวิต (ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551)

2.1.6.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาชีพทำให้รายได้ลดลง นอกจากนี้ผลของการเจ็บป่วย

ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ได้ตามปกติรวมทั้งต้อง เปลี่ยนบทบาทในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล ไร้ค่า (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว และสังคมตามมาจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองค่ารักษาพยาบาลจะสูงเพิ่มมากขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

2.2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรม

ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) กล่าวว่าพฤติกรรมเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้ อาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคุมไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ นั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงอาจแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมภายในตัวบุคคลซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบบุหรี่โลหิตของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ และความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม พฤติกรรมภายในนี้บุคคลอื่นไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้นอกจากใช้เครื่องมือบางอย่างในการวัดหรือสัมผัส ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง พฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น การเดิน การนั่ง การยืน การเขียนหนังสือ เป็นต้น

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำของคนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม โดยต้องสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุกำหนดให้บุคคลเลือกตัวอย่างตัดสินใจกระทำที่ปรากฏออกมา เช่น การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การงดบริโภคเนื้อสัตว์เมื่อตั้งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องรวมถึงสิ่งที่อยู่ในใจของบุคคล ซึ่งคนอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น เจตคติ (attitude) ความรู้ (knowledge) และความเชื่อ (belief)

ดังนั้นพฤติกรรมจึงหมายถึง กิจกรรมหรือปฏิบัติของบุคคลแต่ละบุคคลที่ปฏิบัติและแสดงออกทั้งภายในและภายนอก ทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้โดยเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลและต้องการตอบสนองของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไปตามสภาพสังคม

2.2.2 พฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง หมายถึง การรับประทานยาถูกต้องตามเวลา เช่น ยาก่อนอาหาร หลังอาหาร หรือก่อนนอน การรับประทานยาถูกต้องตามขนาดคือการรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง เช่น 1 เม็ด 2 เม็ด หรือครึ่งเม็ด ไม่หยุดยาเองหรือลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง การรับประทานยาถูกต้องตามวิธี คือ การรับประทานยาทางปากรวมไปถึงมีการตรวจสอบฉลากยาเกี่ยวกับชื่อยา ขนาด และเวลาที่รับประทานก่อนรับประทานยาทุกครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ถูกต้อง และ

มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นต้องอาศัย การปฏิบัติตามหลักการใช้อย่างนี้ (พุนทรัพย์ โสภารัตน์, 2537, Lois, W. 2002, Barbara, K.T. 2003)

2.2.2.1 การให้ยาถูกคน (right person) หมายถึงการให้ยาถูกบุคคล ไม่เอายาของบุคคลหนึ่งไปให้อีกคนหนึ่งถึงแม้ว่าลักษณะของยาจะเหมือนกันหรือเป็นโรคเดียวกันก็ตามเพราะ ยาลดความดันโลหิตมีหลายชนิด แต่ละชนิดก็ให้ผลในการรักษาที่ไม่เหมือนกัน ก่อนการให้ยา แต่ละครั้งจะต้องมีการอ่านป้ายหน้าซองยาและตรวจสอบชื่อ สกฤตให้ถูกต้อง

2.2.2.2 การให้ยาถูกโรค (right medicine) หมายถึง การให้ยาให้ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งโรคหรืออาการแต่ละอย่างมักมียารักษาเฉพาะอาการของโรคนั้นๆ เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีมากมายหลายชนิด แต่ละชนิดก็มีความแตกต่างกันในเรื่องของกลไก การออกฤทธิ์ของยา ซึ่งมีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต ดังนั้นการให้ยารักษาความดันโลหิตสูง ก็จะต้องใช้ให้ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ ไม่สามารถที่จะนำยารักษาโรคอื่นมาใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงได้

2.2.2.3 การให้ยาถูกทาง (right route) การให้ยามีหลายวิธีทาง ได้แก่ ทางปาก ทางหลอดเลือด ซึ่งยาแต่ละอย่างจะบ่งบอกถึงวิธีทางให้ยาโดยเฉพาะเช่น ยาเม็ดสำหรับกินใช้รับประทานทางปาก ยามั้ได้ลิ้น ใช้อมได้ลิ้นเท่านั้น ห้ามเคี้ยว เป็นต้น ซึ่งยา แต่ละชนิดจะมีวิธีรับประทานที่แตกต่างกัน จะเอามาใช้ปนกันไม่ได้ ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของยาแต่ละชนิดนั้นๆ และการออกฤทธิ์ในบริเวณที่ต้องการให้ออกฤทธิ์ ถ้านำมาใช้ปะปนกัน ยาอาจถูกทำลายก่อนที่จะออกฤทธิ์กับร่างกาย เช่นอาจถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหารเมื่ออยู่ในกระเพาะอาหารได้ (Lois, W. 2002)

2.2.2.4 การให้ยาถูกขนาด (right dose) ซึ่งโรคชนิดเดียวกันจะมีอาการ การดำเนินของโรคแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงทำให้ระดับของการรักษาแตกต่างกันออกไป ขนาดยาที่ให้จึงแตกต่างกันไปในแต่ละคน บางคนอาจได้รับยา 2 ชนิด บางคนอาจได้รับยา 3 ชนิด ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงโรคด้วยว่าโรคชนิดไหนต้องใช้ยาปริมาณเท่าใด ถี่แค่ไหน ซึ่งขนาดยา ที่เหมาะสมจะกำหนดจากน้ำหนักตัวผู้ป่วยต่อน้ำหนักของตัวยา เช่น กิโลกรัมต่อมิลลิกรัม ซึ่งขนาดยาที่รับประทานจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน เช่น ผู้ใหญ่ เด็ก คนอ้วนมาก หรือผอมมากหรือผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับตับหรือไตอาจจะต้องมีการให้ยาที่ขนาดแตกต่างกันออกไป ซึ่งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อมาพบแพทย์แต่ละครั้งถ้าอาการหรือการดำเนินของโรคไม่ดี อาจจะมีการเพิ่มหรือลดขนาดของยาได้ในแต่ละครั้ง การรับประทานยาให้ถูกขนาดจึงเป็น สิ่งสำคัญที่จะต้องระมัดระวังในการรับประทานยา

2.2.2.5 การให้ยาถูกเวลา (right time) เพื่อให้ยาได้ดูดซึมได้ดีที่สุด ให้ยาออกฤทธิ์ต่อร่างกายได้เหมาะสมจึงควรให้ยาให้ถูกเวลา เช่น ก่อนอาหาร หลังอาหาร ก่อนนอน เพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดมีมากพออยู่ตลอดเวลาโดยไม่เกิดพิษของยามากเกินไป และระดับของยาไม่น้อยเกินไป จนไม่สามารถรักษาโรคได้ ยาแต่ละชนิดมีช่วงห่างของการให้ยาไม่เท่ากัน ยาบางชนิดออกฤทธิ์สั้น

เช่น ยาขับปัสสาวะออกฤทธิ์สูงสุดใน 5 - 10 นาที มีระยะเวลา ในการออกฤทธิ์ 2 ชั่วโมง (Hardman J.G. & Limbird, L.E. , 2001) ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อยจึงต้อง มีการให้รับประทานยาในเวลา กลางวันเพื่อที่จะได้ไม่รบกวนเวลานอนพักของผู้ป่วย ดังนั้น จึงควรรับประทานยาให้ตรงเวลา และ หากลืมนรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลารับประทานยาในมือต่อไป ให้งด รับประทานยาในมือ นั้นและรับประทานยาในมือต่อไปตามปกติโดยไม่เพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545; สุรชัย อัญเชิญ, 2543)

1) ยาก่อนอาหาร ต้องกินยาก่อนอาหารอย่างน้อย ครึ่งชั่วโมงเพราะยาจะถูกดูด ซึมได้ดีตอนท้องว่าง หากรับประทานพร้อมหรือหลังอาหารจะทำให้การดูดซึมของยาลดลงมาก หาก ลืมรับประทานก่อนอาหารให้รับประทานหลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (Lois, W. 2002)

2) ยาหลังอาหาร ต้องกินหลังอาหารอย่างน้อย 15 นาที เพื่อให้ยาดูดซึมเข้าสู่ กระแสเลือดร่วมกับอาหารในลำไส้เล็ก

3) ยาระหว่างมือ ต้องกินก่อนหรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง เช่น ยาลดกรด

4) ยาก่อนนอน มักเป็นยานอนหลับหรือยากล่อมประสาทเพื่อให้ได้พักผ่อนอย่าง เต็มที่ให้รับประทานก่อนนอนตอนกลางคืนวันละ 1 ครั้งเท่านั้นโดยรับประทานก่อนเข้านอน 15 - 30 นาที

5) ยาดตามอาการ เช่น รับประทาน 2 เม็ด ทุก 4 - 6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือ มีไข้ หมายความว่ารับประทานครั้งละ 2 เม็ด เมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ถ้ารับประทานแล้ว ยังมีอาการปวด อีก แต่ยังไม่ถึง 4 - 6 ชั่วโมงก็ไม่ต้องรับประทานซ้ำอีกเพราะอาจจะเกิดพิษจากยาเกินขนาดได้ การใช้ ยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมียาที่ใช้ในการรักษาอยู่หลายชนิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่ใช้รับประทาน มี ทั้งยาที่รับประทานก่อนอาหารและหลังอาหาร โดยในผู้ป่วย แต่ละคนอาจได้รับยาที่ไม่เหมือนกันทั้ง ชนิด ขนาดและเวลา เช่น บางคนอาจได้รับยา 2 ชนิดหรือ 3 ชนิด ในการรักษา และบางคนอาจ รับประทานวันละ 1 หรือ 2 ครั้งตามระดับความรุนแรงของโรคและระดับความดันโลหิต ดังนั้นผู้ที่มี ความดันโลหิตสูงจึงต้องมีการรับประทานยาให้ถูกต้องตามหลักการใช้ยาเพื่อประสิทธิภาพของการ ควบคุมระดับความดันโลหิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาต้องครอบคลุมในด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ ซึ่งผู้ศึกษาได้นำไป ประยุกต์ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์มีส่วนทำให้มีการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงได้หากทั้งพ่อและแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 44 - 73 (ยูพิน หงส์วะชิน, 2542 : 17) และจากการศึกษาลักษณะทางพันธุกรรมของโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับลักษณะทางชีวเคมี และสรีรวิทยาทั้งคนปกติและคนที่เป็นความดันโลหิตสูงพบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประวัติครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง แต่ไม่สามารถจำแนกปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้ (WHO 1996: 17) สำหรับปัจจัยเสี่ยงในที่นี่ได้แก่ปัจจัยเสี่ยงทางด้านกรรมพันธุ์ร่วมกับปัจจัยอื่นเช่น ความอ้วน วิถีดำรงชีวิต ส่วนประกอบของอาหารที่บริโภค และปัจจัยอื่นๆ อันมีผลต่อระดับความดันโลหิตดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านสรีรวิทยา (Physiology Risk Factors) ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นได้กับทุกคนแต่ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ ไขมันตัว เพศชาย และวัยที่เพิ่มขึ้น กรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภาวะอ้วน น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความดันโลหิต ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และขณะเดียวกันการลดน้ำหนักลง มักพบว่าความดันโลหิตลดลงด้วยนอกจากนั้นยังสามารถลดการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายและระดับของ norepinephrine กลไกของความดันโลหิตที่สัมพันธ์กับความอ้วนยังไม่ชัดเจนแต่มีกลไกที่เป็นไปได้คือการเพิ่มโซเดียม การเพิ่มการดูดซึมโซเดียมเนื่องจากการเพิ่มระดับอินซูลิน เอสโตรเจน สัดส่วนที่ไม่ได้ขนาดระหว่างมวลของร่างกายกับขนาดของไต ความไม่ได้อัตราส่วนของปริมาณเลือดกับความสามารถของหลอดเลือด และมีการเพิ่มปฏิกิริยาของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งเกิดจากการเพิ่มพลังงานในการบริโภค คนอ้วนจะมีการคั่งของโซเดียมในร่างกายมากทั้งนี้มีการเกี่ยวข้องกับมีข้อบกพร่องในการขจัดโซเดียมออกจากร่างกาย และนอกจากนี้คนอ้วนจะบริโภคเกลือมากกว่าคนกลุ่มอื่นบริโภคโปแตสเซียมต่ำไขมันสูงและบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงมากกว่าคนผอม

2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Risk Factors) ความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนที่มีรายได้น้อยและการศึกษาค่าทั้งนี้อาจเนื่องจากมีความเครียดและจัดการกับความเครียดแบบไม่ถูกวิธี การเคลื่อนย้ายจากชนบทไปสู่เขตเมือง พบว่ามีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2.3.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร (Dietary Risk Factors) การได้รับสารอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับอัตราการอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง

2.3.3.1 โซเดียม (Sodium) การที่ไตบกพร่องในการขจัดโซเดียมอาจทำให้ระดับของโซเดียมคลอไรด์และน้ำเพิ่มขึ้นในเลือด โดยปกติการเพิ่มปริมาณในพลาสมาจะถูกขจัดออกโดย natriuretic hormone (atrial natriuretic, peptide) ในคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้ไม่สามารถขจัด

ปริมาณ โซเดียมที่มีอยู่ตามปกติเนื่องจาก natriuretic บกพร่อง ในสังคมระดับต่ำที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิม (primitive societies) ซึ่งได้รับโซเดียมเป็นจำนวนน้อยคือ 1,600 มก./วัน เปรียบเทียบกับชาวอเมริกัน ซึ่งได้รับ 4,000 ถึง 5,000 มก./วันพบว่าชาวอเมริกันมีภาวะความดันโลหิตสูงน้อยกว่า และ ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่พบได้ในสังคมอุตสาหกรรม แต่ใน primitivesocieties ไม่ปรากฏ เช่นนั้นผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตหรือย้ายเข้าไปอยู่ประเทศอื่นที่พัฒนาแล้ว พบว่าอัตราการอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เช่น ญี่ปุ่น ได้รับโซเดียมในปริมาณมาก (9-12 กรัม/วัน) พบว่ามีความดันโลหิตสูง และ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของผู้ใหญ่ คณะกรรมการอาหารและสุขภาพของ The National Research Council ประเทศสหรัฐอเมริกาได้สรุปว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ ทางบวกอย่างยิ่งกับการกินเค็ม (วรรณ รัชตะไพบุลย์ 2549 : 13 - 14) อาหารที่มีโซเดียมจำแนกเป็นกลุ่มได้ดังนี้

- อาหารที่มีโซเดียมตามธรรมชาติมักจะไม่มีรสเค็ม มีอยู่ในสัตว์ มากกว่าพืช
 - อาหารแปรรูปหรือการถนอมอาหาร เช่น อาหารหมักดองอาหารตากแห้ง
 - อาหารกึ่งสำเร็จ หรืออาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก ขนมกรุบกรอบเป็นดุน้ำมัน
- ฝรั่งทอด อาหารถุง
- อาหารบรรจุกระป๋อง เช่น ปลากระป๋องผลไม้กระป๋อง
 - ขนมอบต่างๆ เนื่องจากการเติมผงฟู รวมถึงการใช้แป้งสำเร็จรูปทำขนม
- เนื่องจากการผสมผงฟูไว้ด้วย
- เครื่องปรุงรสต่างๆ
 - เกลือ น้ำปลาที่ใช้ในการปรุงรสอาหาร รวมถึงพริกเกลือ น้ำปลาทูหวาน น้ำจิ้มบ๊วย
- ที่จิ้มกับผลไม้
- ผงชูรส
 - ซอสปรุงรสเค็ม เช่น ซีอิ๊วขาว ซอสถั่วเหลือง ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้
- กะปิ ปลาร้า
- ซอสปรุงรสที่ไม่เค็ม เช่น น้ำจิ้มไก่ ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ ซอสเปรี้ยว
- เครื่องดื่มน้ำเกลือแร่ชนิดต่างๆ โดยทั่วไปอาหารไทยค่อนข้างจะมีรสจืด การรับประทานอาหารดังกล่าวข้างต้น และการปรุงรสโดยใช้เครื่องปรุงรสต่างๆ ทำให้ได้รับโซเดียมที่มีในอาหารอยู่มากมาย

2.3.3.2 แร่ธาตุอื่นๆ (Other minerals) ได้แก่ แคลเซียม (Calcium) การศึกษา Framingham study คือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10,000 คน

อายุระหว่าง 18 ถึง 74 ปี เปรียบเทียบการได้รับสารอาหาร 17 ชนิด กับอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง พบความสัมพันธ์ทางลบค่อนข้างสูงกับปริมาณแคลเซียม แต่ยังไม่ชัดเจนพอที่จะสรุปได้ว่าการได้รับแคลเซียมสูงจะป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

โปแตสเซียม (Potassium) การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาหลายการศึกษา พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความดันโลหิตกับโปแตสเซียมแต่ผลการทดลองทางคลินิกยังไม่ให้ผลชัดเจน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสัดส่วนของโปแตสเซียม: โซเดียมที่ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง หรือคงระดับต่ำเอาไว้ การที่โปแตสเซียมเข้าสู่ระบบแรงดันเลือดจะขยายหลอดเลือดโดยตรง เพิ่ม การสูญเสียน้ำตาล และ โซเดียมจากร่างกาย ระวังการหลั่ง เรนิน และ angiotensin ลด adrenergic tone และกระตุ้น

- Sodium potassium pump ถ้าได้รับ โซเดียมจำนวนมากควรเพิ่มโปแตสเซียมด้วย เพื่อให้ระดับความดันโลหิตไม่เพิ่มขึ้น

- แมกนีเซียม (Magnesium) พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่าง magnesium กับความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ แมกนีเซียมยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อลายและอาจ เป็นบทบาทหนึ่งในการทำให้ระดับความดันโลหิตเป็นไปอย่างปกติในแง่ของการขยายหลอดเลือด

2.3.3.3 ไขมัน (Lipid) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acids, PUFA) เป็นสารเริ่มต้นของ Prostaglandins มีผลต่อการจัดโซเดียมของไตและทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายผ่อนคลายการกำจัดการบริโภคไขมันด้วย PUFA: กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acids, SFA) สัดส่วนเท่ากับ 1 หรือมากกว่าทำให้ความดันโลหิตลดลงในคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่มีผลต่อผู้ที่มีความดันโลหิตปกติหรือ ความดันโลหิตอยู่ใน ระยะที่ 1 (mild) การบริโภคอาหารมังสวิรัตินำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภท เนื้อสัตว์

2.3.4 แอลกอฮอล์ (Alcohol) กลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในกลุ่มที่ดื่มสุรานั้น องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่ามีหลายกลไกด้วยกันคือ มีการเพิ่มระดับของ blood cortisol เพิ่ม ระดับของ catecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ rennin-angiotensin พบว่า alcohol withdrawal จะทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ประมาณกันว่าร้อยละ 10 ของโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา การดื่มสุราจำนวนมากจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น (มันทนา ประทีปะเสนและวงเดือน ปันดี 2542) สำหรับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าในคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวันจะมีระดับความดัน Systolic เพิ่มขึ้น 3-4 มิลลิเมตรปรอท และระดับ Diastolic เพิ่มขึ้น 1 - 2 มิลลิเมตรปรอท (สุพรชัย กองพัฒนากุล 2542 :12)

2.3.5 การสูบบุหรี่ (Tobacco) การสูบบุหรี่ยังไม่มีผลชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับความดันโลหิตสูง บุหรี่มีสารประกอบประมาณ 4,000 ชนิด สารอันตรายที่เป็นส่วนประกอบสำคัญคือ นิโคติน ซึ่งทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาท ส่วนกลางถ้าได้รับนิโคตินขนาดน้อยๆ เพียง 1 - 2 มวน อาจกระตุ้นทำให้รู้สึก กระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบ่อยๆ มวนจะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางทำให้ความรู้สึกต่างๆ ซ้ำ ลงส่วนใหญ่ นิโคตินประมาณ ร้อยละ 95 จะจับอยู่ในปอดบางส่วนตกค้างอยู่ที่เยื่อช่องปากและ บางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด หัวใจเต้นเร็ว กว่าปกติและไม่เป็นจังหวะเกิดการทำลายเยื่อ ชั้นในของหลอดเลือดแดง ไชมันในเลือดสูงขึ้น และไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดได้ง่ายขึ้นเส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่หรือหลอดเลือดที่ตีบอยู่แล้วเกิด การอุดตันเกิดความดันโลหิตสูงได้ในเวลาต่อมาการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชั่วคราวได้ (เสวต นันทกานันท์ 2538 :133) และมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงจนกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา ซึ่งอาจ เสียชีวิตทันทีและยังทำให้เกร็ดเลือดอายุสั้นลงเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น โดยเฉลี่ย ผู้ติดบุหรี่จะมีเส้น เลือดเสื่อม และตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบถึง 10-15 ปี ซึ่งเกิดได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย นอกจากนี้ยัง ทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือ ปลายเท้าอักเสบ และอุดตันเกิดการขาดเลือด ไปเลี้ยงที่อวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า มีอาการเจ็บปวด แขน ขา น่าจนอาจต้องตัดทิ้ง ผู้ที่สูบบุหรี่จะ เกิดอาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่ 1 - 6 เท่า และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิด หัวใจวาย กะทันหันเพิ่มขึ้น 20 เท่า และความเสี่ยนี้จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การสูบบุหรี่ เป็น ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และเร่งการป่วยเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด (WHO 2005 : 21) ผู้สูบบุหรี่โดยทั่วไปไม่มีความเข้าใจว่า บุหรี่ที่มีก้นกรองสามารถกรองสารต่างๆที่อยู่ในบุหรี่ได้ การสูบบุหรี่ จึงมีความปลอดภัยกว่าการสูบบยาเส้น (ยาสูบที่มวนด้วยวัสดุต่างๆ เช่น ใบตองแห้ง ใบจาก กระจาย) แต่สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ยืนยันว่าการสูบบุหรี่ที่มีก้นกรองก็ไม่ได้ช่วยทำให้ปริมาณนิโคตินลดลงด้วย ดังนั้นการสูบบุหรี่และ การสูบบยาเส้นจึงได้รับสารประกอบที่เป็นอันตรายไม่แตกต่างกัน

นกุล ร่วมสุข (2547 : 66) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และคิมสุราของคนไทย พบว่า คนที่อยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมการเป็นผู้สูบบุหรี่น้อยกว่าคนที่อาศัยอยู่ในชนบท โดยคนที่อยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 18.93 ของจำนวนคนที่อยู่ในเขตเมืองทั้งหมด 12,460.832 คน คิดเป็นจำนวน 2,358.513 คน คนที่สูบบุหรี่คนที่มีการกิจของตัวเองหรือช่วยงานครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีความถี่พฤติกรรมสูบบุหรี่สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.10 ของจำนวนคนที่มีการกิจของตัวเองหรือช่วยงานครอบครัว ซึ่งจะเป็ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่าคนที่ที่หยุดสูบบุหรี่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพทันทีโดยที่ปริมาณคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดลดลงทำให้ร่างกายสามารถนำเอาออกซิเจนไปใช้ได้ดียิ่งขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลงทำให้หัวใจทำงานหนักลดลงมีผลให้ความดันโลหิตลดลง

รวมทั้งปอดเริ่มปรับตัวไปในทางที่ดีขึ้นและยังพบว่าอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลดลงจนเท่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ใน 2 ปี ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่เป็น ผลดีต่อการลดการทำงานของหัวใจ และลดความดันโลหิตอีกด้วย (ปิยะนุช รักพาณิชย์ 2542 : 9)

2.3.6 ความเครียด (Stress) ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาท sympathetic โดยกระตุ้นการหลั่ง epinephrine จากต่อมหมวกไตและ norepinephrine จากปลายประสาท sympathetic ทำให้มีการบีบของหลอดเลือดและความดันเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อเกิด ความเครียด นานๆ baroreceptor ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับความดันเลือดให้เป็นปกติ มีการส่งกระแส ประสาทผ่าน Vagus nerve ให้มีการทำงานลดลงทำให้ร่างกายปรับระดับความดันให้สูงขึ้นกว่าเดิม (มันทนา ประที ประเสน และวงเดือน ปั้นดี 2542)

2.3.7 การออกกำลังกาย

วรศักดิ์ เพียรชอบ (2525 : 56 - 64) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ว่า การออกกำลังกายคือการที่เราทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงาน หรือ กำลังงานที่มีอยู่ในตัวนั้นเพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใด ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การกระโดด การวิ่ง การทำงาน หรือการเล่นกีฬา การออกกำลังกายแต่ละกิจกรรมร่างกายต้องใช้กำลังงานมากน้อยแตกต่างกันไปตามลักษณะ ของงานนั้นว่าจะมากน้อยหรือหนักเบาแค่ไหน

ชัชชัย มุ่งการดี (2534 : 37 - 42) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ว่า เป็นสิ่งจำเป็น ที่สุดอย่างหนึ่งจะต้องทำสม่ำเสมอ เช่น วิ่งเดิน ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น ใช้ระยะเวลา นาน 30 นาที ขึ้นไป โดยมีช่วงระยะเวลาของการแอโรบิกไม่น้อยกว่า 6 - 10 นาที จึงจะมีผลต่อร่างกายในด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ถ้าได้ปฏิบัติในปริมาณที่เพียงพอและสม่ำเสมอ การออกกำลังกายเพื่อ สุขภาพ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการใช้ไขมัน เป็นพลังงานใช้ออกซิเจนช่วยในการ สันดาปเป็นระยะเวลานานติดต่อกันเพียงพอที่จะทำให้เกิด ความอดทนของปอดหัวใจและระบบ ไหลเวียนโลหิตจึงจะมีผลต่อสุขภาพ โดยมีหลัก 3 ประการ

2.3.7.1 ความหนักคือ การออกกำลังกายให้หนักพอเพื่อให้อัตราชีพจรสูงถึง 0.6 - 0.9 ของ (220 - อายุ) ครั้ง/นาที ขึ้นกับสภาพของบุคคล

2.3.7.2 ความนานคือ การออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที

2.3.7.3 ความบ่อยคือ ออกกำลังกายวันเว้น วันหรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ กลไก การลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกายเกิดจากการที่หลอดเลือด ขยายตัวโดยเกิดขึ้นหลังการออก กำลังกายทันทีและผลอาจอยู่นานถึง 13 ชม. ภายหลังจากมีการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร่างกายจะ มีการปรับตัวในภาวะใหม่ โดยมีความดันโลหิตและการของหัวใจลดลง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของ

arterial compliance การลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic การลดลงของระบบยับยั้งของ Sodium - potassium pump และการที่ insulin ออกฤทธิ์ ได้ดีขึ้นและมีการหลั่ง insulin ลดลงซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญที่สุดของการลดความดันโลหิตจากการ ออกกำลังกาย (สุพรชัย กองพัฒนากุล 2542 : 15)

การออกกำลังกายด้วยการฝึกแบบ endurance training เช่น การวิ่งเป็นระยะ ทางไกลๆหรือ aerobic exercise สามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค และมีการศึกษาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตในเชิงผกผัน ในบุคคลธรรมดาจากการศึกษาเหล่านี้พบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำ สามารถลดความดันโลหิตลงประมาณ 5 - 7 มม.ปรอท ทั้ง Systolic และ Diastolic

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง อันได้แก่ ดัชนีมวลกายเกิน การบริโภคน้ำตาลที่มีไขมันสูงและอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ความเครียด

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชิคารัตน์ ฉิ่งนาง (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่ฮ้อยเงิน อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง 158 คน พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่ได้มีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือการจัดการอาการข้างเคียงและ การปฏิบัติตัวอื่นๆ เกี่ยวกับการใช้ยา โดยพฤติกรรมการใช้ยาสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมมากทั้งสองกลุ่ม

Manuel Morgado, Sandra Rolo, Ana Filipa Macedo ,Luusa Pereira, Miguel Castelo-Branco (2009) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในประชากรโปรตุเกสที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 197 คน วิเคราะห์ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ พบว่าการอยู่คนเดียว มีผลประมาณ 5.3 เท่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามีผล 4.8 เท่า และผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผล 4.4 เท่า การทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รู้ค่าของความดันโลหิตที่ต้องควบคุม (3.7 เท่าเทียบกับคนที่รู้) ไม่มีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงยา (3.7 เท่าเทียบกับคนที่รู้) และการขาดการติดตามการวัดค่าความดันโลหิต (2.5 เท่าเทียบกับคนที่ติดตาม) ไม่รู้สรรพคุณของยา (2.4 เท่าเทียบกับคนรู้) และไม่รู้จักกับปัจจัยเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง (2.1 เท่าเทียบกับคนรู้)

Larissa Grigoryan, Valory N. Pavlik, and David J. Hyman, (2013) ได้ศึกษาความชุกของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ โดยศึกษาในกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการ รับประทานยาเป็นอย่างดีและมีการติดตามอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 140 คนไม่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มต่างๆ อย่างน้อย 3 ชนิด (ร้อยละ 49.00) มีการควบคุมดูแลติดตามความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิด (ร้อยละ 22.00) ผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือ ในการใช้ยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 29.00) ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 49.00) ผู้ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยายังคงได้รับยาไม่เหมาะสมทั้ง ขนาดยา และการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด

สุมาลี วัจนกร ชูติมา ผาติดำรงกุล และ ปราณีย์ คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐม โรงเรียนบาลสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ ในระดับปานกลาง การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($R^2=0.16$, $F= 5.518$, $p<0.01$) โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปร เดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ ทาง สถิติ ($\beta=-0.347$, $t=-3.425$, $p<0.01$)

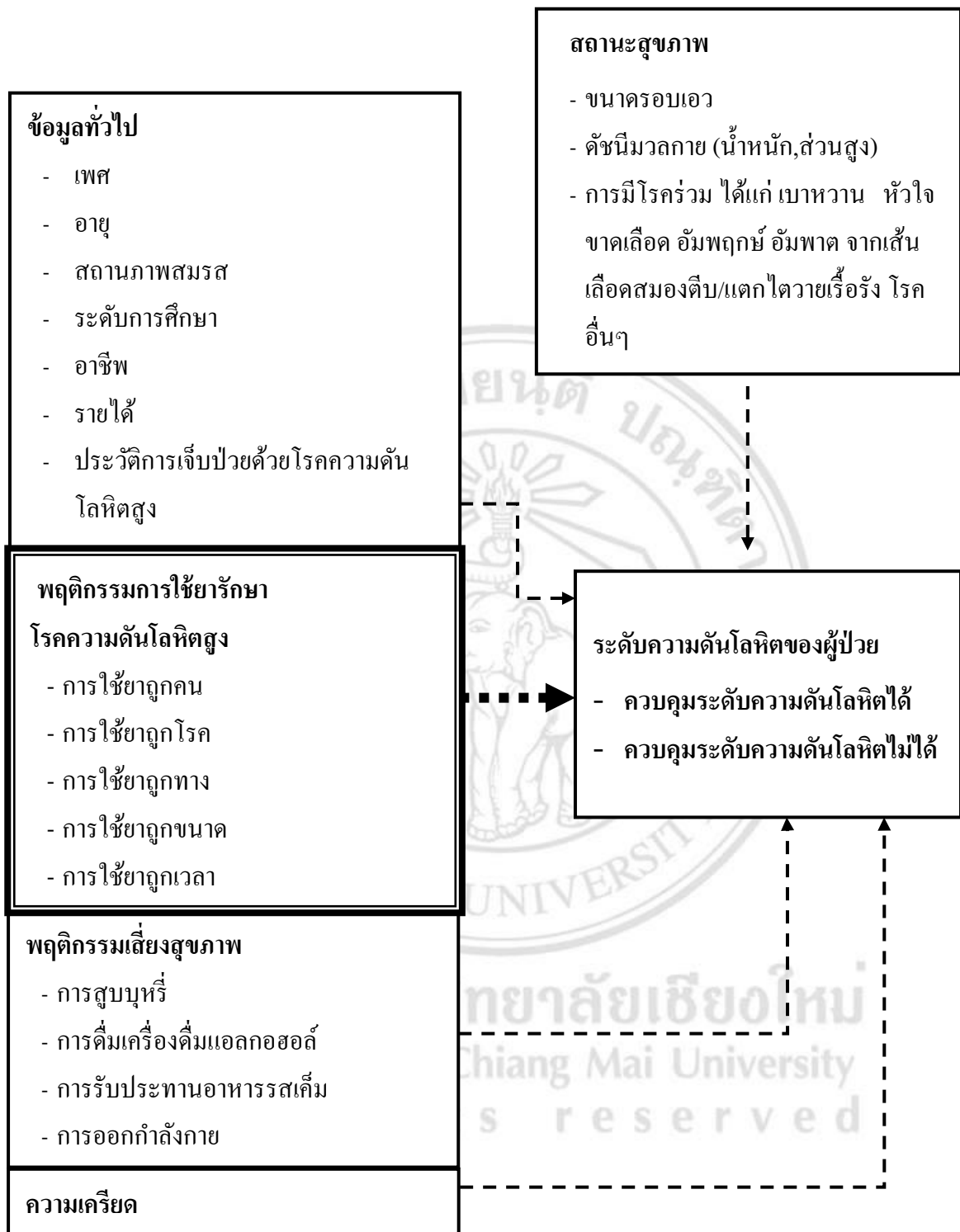
ธนาภรณ์ วงษา (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลระแงงสามพัน อำเภอ อุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับโลหิตสูง ได้แก่ การมี บิดามารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และยังพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต

นิพัทธวรรณ แสงพรหม (2553) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน บ้านพุนทอง หมู่ที่ 16 ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โดยการใช้ แบบสอบถาม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 75 คน ใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 50 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 94.4 ระดับการศึกษาจบชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 83.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 74.11 รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอปฏิบัติเป็น ประจำ ร้อยละ 20 บางครั้ง ร้อยละ 1.3 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 78.7 ออกกำลังกาย โดยการเดิน วิ่ง เหยาะๆ แกว่งแขน 20-30 นาที/ ครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 26.7 บางครั้ง ร้อยละ 68.0 ไม่เคยปฏิบัติ

ร้อยละ 5.3 ท่านสูบบุหรี่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 18.7 บางครั้ง ร้อยละ 14.7 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 66.7 การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 34.7 บางครั้ง ร้อยละ 54.7 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 10.7 ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 8 บางครั้ง ร้อยละ 53.3 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 38.7 เมื่อมีเวลาว่างจะทำงานอดิเรก เช่น การปลูกต้นไม้ การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การไปทำบุญที่วัดปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 48 บางครั้ง ร้อยละ 48 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 4 วัดความดันโลหิตเป็นประจำทุกเดือนปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 14.7 บางครั้ง ร้อยละ 37.3 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 48 และพบว่ามี การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของ แพทย์/พยาบาลอย่างเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพของตนเองปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 25.3 บางครั้ง ร้อยละ 41.3 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 33.3

2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยศึกษาข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สถานะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และดัชนีมวลกายและการมีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต จากเส้นเลือดสมองตีบ/แตก ไตวายเรื้อรังและโรคอื่นๆ ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การใช้ยาถูกคน การใช้ยาถูกโรค การใช้ยาถูกทาง การใช้ยาถูกขนาดและการใช้ยาถูกเวลา ด้านพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารรสเค็ม การออกกำลังกาย และความเครียด



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการศึกษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

3.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง ไม่ต่ำกว่า 6 เดือนในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 117 ราย โดยการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาประชากรทั้งหมด

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึก และแบบสอบถามดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 แบบบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลชนิดยืน เครื่องวัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล (automatic blood pressure monitoring) ที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่และการมีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง โรคอื่นๆ ที่มีผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง

3.2.2 แบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การใช้ยารักษาโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การใช้ยาถูกต้องตามหลักการโดยเป็นคำถามทางบวกได้แก่ ข้อ 1 4 6 9 10 11 และคำถามทางลบ ได้แก่ 2 3 5 7 8 รวมทั้งหมด จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 2 ระดับได้แก่

การใช้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ ดังนี้

	ทางบวก	ทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การคำนวณและแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยา มีค่าระหว่าง 0 - 11 คะแนน

ระดับคะแนน มากกว่า 6 แปลผล มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง
ระดับคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 แปลผล มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่

1) การสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามขององค์การอนามัยโลก (WHO STEPS Instrument for Chronic Disease)

2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามขององค์การอนามัยโลก (WHO STEPS Instrument for Chronic Disease)

3) การรับประทานอาหารรสเค็ม ใช้แบบสอบถามของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

3.1) รสชาติอาการที่ชอบ จำนวน 1 ข้อ

3.2) พฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็ม โดยเป็นคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ สัมภาษณ์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของท่าน ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 5 - 7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1 - 4 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

4) การออกกำลังกาย โดยใช้แบบสอบถามของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สัมภาษณ์การปฏิบัติในการออกกำลังกาย ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา เป็นคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่สม่ำเสมอแต่มีการปฏิบัติ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่บ่อยครั้งแต่มีการปฏิบัติ

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

ส่วนที่ 4 ความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ (ST5) ประเมินความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสอบถามอาการหรือความรู้สึกที่เกิดใน ระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมาแบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่

คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

การคำนวณและแปลผลคะแนนของแบบสัมภาษณ์ความเครียด แปลผลโดยใช้ระดับ คะแนนความเครียดของกรมสุขภาพจิตดังนี้

ระดับคะแนน น้อยกว่า	0 - 4	แปลผล เครียดน้อย
ระดับคะแนน ระหว่าง	5 - 7	แปลผล เครียดปานกลาง
ระดับคะแนน มากกว่า	8 - 9	แปลผล เครียดมาก
ระดับคะแนน มากกว่า	10 - 15	แปลผล เครียดมากที่สุด

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้กับ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่จาง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะทาง ประชากรคล้ายกัน จำนวน 30 คน โดยใช้แบบวัดความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbarch coefficient alfa) และปรับปรุงจนได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76

3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้เสนอโครงการศึกษา เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สาขาสาธารณสุขศาสตร์ หลังจากได้รับความเห็นชอบ ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำเอกสารเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษาแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมในการศึกษานี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม ตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอใน ภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางด้านวิชาการ และพัฒนาระบบการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพใน คลินิกโรคความดันโลหิตสูงใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก ให้มีประสิทธิภาพและ เหมาะสมต่อไป

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

3.4.1 ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แจ่ม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

3.4.2 ผู้ศึกษาออกแบบการบันทึก แบบสัมภาษณ์ในการรวบรวมข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3.4.3 ผู้ศึกษาชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก

3.4.4 ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไขและวัดความเชื่อมั่นแล้ว

3.4.5 ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ที่จัดเก็บได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป สถานะสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้และผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 6 เดือน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ.2558 จำนวน 117 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังต่อไปนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไป
- 4.2 สถานะสุขภาพ
- 4.3 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 4.4 พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ
- 4.5 ความเครียด

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00 และ 65.67) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี (ร้อยละ 28.00 และ 28.36) โดยมีอายุเฉลี่ย 66.22 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.00 และ 74.63) เมื่อสอบถามระดับการศึกษาพบว่าผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้เกือบครึ่งหนึ่งศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 44.00) รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 34.00) ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เกือบครึ่งหนึ่งจะไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 47.76) รองลงมาคือชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 37.31)

สำหรับการประกอบอาชีพพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้เกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 48.00) รองลงมาไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 38.00) ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้กว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 50.75) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.82) โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท/ต่อปี

(ร้อยละ 72.00 และ 62.69) สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและระยะเวลาในการรักษาทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 42.00 38.81) และ (ร้อยละ 42.00 40.30) (ดังแสดงในตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ		
ชาย	20(40.00)	23(34.33)
หญิง	30(60.00)	44(65.67)
2. อายุ (ปี)		
30 - 39	0(0.00)	3(4.48)
40 - 49	3(6.00)	3(4.48)
50 - 59	13(26.00)	16(23.88)
60 - 69	13(26.00)	16(23.88)
70 - 79	14(28.00)	19(28.36)
80 ขึ้นไป	7(14.00)	10(14.92)
อายุต่ำสุด = 34 ปี สูงสุด = 97 ปี		
ค่าเฉลี่ย = 66.22 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.92		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	3(6.00)	0(0.00)
คู่	40(80.00)	50(74.63)
หม้าย	7(14.00)	17(25.37)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	17(34.00)	32(47.76)
ประถมศึกษาตอนต้น	22(44.00)	25(37.31)
ประถมศึกษาตอนปลาย	4(8.00)	7(10.45)
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	3(6.00)	1(1.49)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	4(8.00)	2(2.99)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. อาชีพ		
รับจ้าง (แรงงานรายวัน)	5(10.00)	5(7.46)
เกษตรกร (ทำนา,ทำสวน,ทำไร่)	24(48.00)	24(35.82)
ค้าขาย	2(4.00)	4(5.97)
ไม่ได้ทำงาน	19(38.00)	34(50.75)
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/ปี)		
5,001 - 10,000 บาท	4(10.00)	6(10.44)
10,001 - 15,000 บาท	2(4.00)	2(2.99)
15,001 - 20,000 บาท	7 (14.00)	16(23.88)
มากกว่า 20,000 บาท	36 (72.00)	42(62.69)
7. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง		
1 - 5 ปี	21 (42.00)	26(38.81)
6 - 10 ปี	18(36.00)	25(37.31)
11 - 15 ปี	8(16.00)	12(17.91)
มากกว่า 15 ปี	3(6.00)	4(5.97)
ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด = 40 ปี ค่าเฉลี่ย = 7.89 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.77		
8. ระยะเวลาการที่เข้ารับการศึกษา		
1 - 5 ปี	21(42.00)	27(40.30)
6 - 10 ปี	18(36.00)	25(37.31)
11 - 15 ปี	8(16.00)	11(16.42)
มากกว่า 15 ปี	3(6.00)	4(5.97)
ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด = 40 ปี ค่าเฉลี่ย = 7.78 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.79		

4.2 สถานะสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพศชาย มีขนาดรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร (ร้อยละ 90.00 และ 78.26) ส่วนผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพศหญิงมีขนาดรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 53.33) และผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีขนาดรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 54.55) โดยทั้งสองกลุ่มมีดัชนีมวลกาย สมส่วน (ร้อยละ 48.00 และ 44.78) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้จะไม่โรคร่วม (ร้อยละ 56.00) ส่วนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะมีโรคร่วมร้อยละ (ร้อยละ 52.24) โดยมีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมจำนวนสูงสุด (ร้อยละ 47.76) (ดังแสดงในตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สถานะสุขภาพ	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ขนาดรอบเอว (จำนวน=117)		
ชาย (จำนวน=43)		
น้อยกว่า 90 เซนติเมตร	18(90.00)	18(78.26)
มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร	2(10.00)	5(21.74)
หญิง (จำนวน=74)		
น้อยกว่า 80 เซนติเมตร	14(46.67)	19(43.18)
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร	16(53.33)	25(56.82)
2. ดัชนีมวลกาย (จำนวน=117)		
ผอม	10(20.00)	17(25.37)
สมส่วน	24(48.00)	30(44.78)
ท้วม	15(30.00)	19(28.36)
โรคอ้วน	1(2.00)	1(1.49)

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

สถานะสุขภาพ	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. การมีโรคร่วม (จำนวน=117)		
ไม่มี	28(56.00)	35(52.24)
มี	22(44.00)	32(47.76)
เบาหวาน	9(42.86)	12(57.14)
ไม่มี	28(56.00)	35(52.24)
มี	22(44.00)	32(47.76)
หัวใจและหลอดเลือด		
ไม่มี	49(98.00)	67(100.00)
มี	1(2.00)	0(0.00)
ไตวายเรื้อรัง		
ไม่มี	50(100.00)	65(97.01)
มี	0(0.00)	2(2.99)
โรคอื่น ๆ ได้แก่ คอปกอกเป็นพิษ เก๊าท์ ไขมันในเลือด และหอบหืด จิตประสาท		
ไม่มี	36(72.00)	47(70.15)
มี	14(28.00)	20(29.85)

4.3 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการตรวจสอบชื่อ-สกุลบนซองยา (ร้อยละ 96.00 และ 97.01) มีการตรวจสอบชนิดยาให้ถูกต้องตามที่ใช้เป็นประจำ (ร้อยละ 98.00 และ 100.00) มีการตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนรับประทานยา (ร้อยละ 98.00 และ 98.51) รับประทานยาความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 100.00 และ 97.01) หากลืมรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงจะรับประทานยาทันทีที่นึกได้จำนวนเดิม (ร้อยละ 76.00 และ 74.63) รับประทานยาลดความดันโลหิตตรงเวลา (ร้อยละ 98.00 และ 98.51) ไม่ยึดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยรายอื่นหรือของคนในครอบครัว (ร้อยละ 86.00 และ 79.10) ไม่ซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงจากร้านขายยา (ร้อยละ 100.00 และ 97.01) ไม่รับประทานยาชนิดอื่นๆ หรืออาหาร

เสริม (ร้อยละ 84.00 และ 71.64) ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 90.00 และ 92.54) และไม่หยุดรับประทานยาความดันโลหิตสูงเมื่อความดันโลหิตลดลง (ร้อยละ 92.00 และ 88.06) (ดังแสดงในตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการใช้ยา (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ตรวจสอบชื่อ-สกุลบนซองยา		
ใช่	48(96.00)	65(97.01)
ไม่ใช่	2(4.00)	2(2.99)
2. ตรวจสอบชนิดยาให้ถูกต้องตามที่ใช้เป็นประจำ		
ใช่	49(98.00)	67(100.00)
ไม่ใช่	1(2.00)	0(0.00)
3. ตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนรับประทานยา		
ใช่	49(98.00)	66(98.51)
ไม่ใช่	1(2.00)	1(1.49)
4. รับประทานยาความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง		
ใช่	50(100.00)	65(97.01)
ไม่ใช่	0(0.00)	2(2.99)
5. หากลืมรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงจะ รับประทานทันทีที่นึกได้ในจำนวนเดิม		
ใช่	38(76.00)	50(74.63)
ไม่ใช่	12(24.00)	17(25.37)
6. รับประทานยาลดความดันโลหิตตรงเวลา		
ใช่	49(98.00)	66(98.51)
ไม่ใช่	1(2.00)	1(1.49)
7. *เยี่ยมรักษาความดันโลหิตของผู้ป่วยรายอื่น หรือของคนในครอบครัว		
ใช่	7(14.00)	14(20.90)
ไม่ใช่	43(86.00)	53(79.10)

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้ยา (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
8.*ซื้อยารักษาความดันโลหิตจากร้านขายยา		
ใช่	0(0.00)	2(2.99)
ไม่ใช่	50(100.00)	65(97.01)
9. *รับประทานยาชนิดอื่นๆ หรืออาหารเสริม		
ใช่	8(16.00)	19(28.36)
ไม่ใช่	42(84.00)	48(71.64)
10.*เพิ่มหรือลดขนาดยาเองในการรับประทานเมื่อมีอาการผิดปกติ		
ใช่	5(10.00)	5(7.46)
ไม่ใช่	45(90.00)	62(92.54)
11. *หยุดรับประทานยาความดันโลหิตลดลง		
ใช่	4(8.00)	8(11.94)
ไม่ใช่	46(92.00)	59(88.06)

4.4 พฤติกรรมเลี้ยงสุขภาพ

4.4.1 การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ไม่เคยสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ร้อยละ 40.82 และ 50.75) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกวัน (ร้อยละ 71.41 และ 100.00) มีการสูบบุหรี่ครั้งแรกในระหว่างอายุ 5 - 10 ปี (ร้อยละ 82.00 และ 83.58) โดยมีอายุต่ำสุด 8 ปี มากที่สุด 21 ปี (ค่าเฉลี่ย 16.04 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.12) เมื่อสอบถามชนิดของบุหรี่ที่ใช้พบว่าเป็นบุหรี่ แบบมวนเอง (ร้อยละ 52.38 และ 47.62) มีการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันจำนวน 3 - 4 มวน (ร้อยละ 60.00 และ 80.00) เมื่อสอบถามถึงการสูบบุหรี่ในอดีตที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 95.00 และ 92.31) หยุดสูบบุหรี่มากที่สุด ในอายุระหว่าง 1 - 30 ปี (ร้อยละ 68.00 และ 76.12) สำหรับระยะเวลาที่หยุดสูบบุหรี่มากที่สุดในอายุระหว่าง 1 - 20 ปี (ร้อยละ 86.00 และ 85.07) ไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ นอกจากบุหรี่ควบคุมความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 86.67) ส่วนผู้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ นอกจากบุหรี่ (ร้อยละ 66.67)

เมื่อสอบถามถึงการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ พบว่ามีการใช้ใบพลูในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 60.00) ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 40.00) และไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 85.71) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 96.77) (ดังแสดงในตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การสูบบุหรี่	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (จำนวน=116)		
สูบ	10(20.40)	10(14.92)
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	19(38.78)	23(34.33)
ไม่เคยสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	20(40.82)	34(50.75)
2. การสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกวันนี้		
ปัจจุบัน (จำนวน=24)		
ใช่	10(71.43)	10(100.00)
ไม่ใช่	4(28.57)	0(0.00)
3. การสูบบุหรี่ครั้งแรก (จำนวน=117)		
5 - 10 ปี	41(82.00)	56(83.58)
11 - 16 ปี	2(4.00)	8(11.94)
17 - 22 ปี	7(14.00)	3(4.48)
ต่ำสุด 8 ปี สูงสุด = 21 ปี ค่าเฉลี่ย = 16.04 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.12		
4. ชนิดของบุหรี่ที่ใช้ (จำนวน=21)		
บุหรี่มวนเอง	11(52.38)	10(47.62)
5. จำนวนการสูบบุหรี่/ยาสูบ เฉลี่ย		
ในแต่ละวัน (จำนวน=20) (บุหรี่มวนเอง)		
1 - 2 มวน	4(40.00)	2(20.00)
3 - 4 มวน	6(60.00)	8(80.00)

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การสูบบุหรี่	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
6. การสูบบุหรี่ในอดีต (จำนวน=46)		
เคยสูบ	19(95.00)	24(92.31)
ไม่เคยสูบ	1(5.00)	2(7.69)
7. อายุที่หยุดสูบบุหรี่ (จำนวน=117)		
1 - 30 ปี	34(68.00)	51(76.12)
31 - 60 ปี	10(20.00)	14(20.90)
61- 90 ปี	6(12.00)	2(2.98)
ต่ำสุด 10 ปี สูงสุด = 73 ปี ค่าเฉลี่ย = 42.36 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 16.23		
8. ระยะเวลาที่หยุดสูบบุหรี่ (จำนวน=117)		
1 - 20 ปี	43(86.00)	57(85.07)
21 - 40 ปี	7(14.00)	7(10.45)
41- 60 ปี	0(0.00)	3(2.56)
ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด = 49 ปี ค่าเฉลี่ย = 21.89 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.29		
9. ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆนอกจากบุหรี่		
(จำนวน=61)		
ใช่	4(13.33)	3(9.68)
ไม่เคยใช่	26(86.67)	28(90.32)
10. การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ในปัจจุบัน		
(จำนวน=10)		
ใช่	3(42.86)	2(66.67)
ไม่เคยใช่	4(57.14)	1(33.33)
11. การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ โดยเฉลี่ยต่อวัน		
ใบพลุ ความถี่ที่ใช้ ครั้ง/วัน (จำนวน=5)	3(60.00)	2(40.00)

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การสูบบุหรี่	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
12. การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นทุกวัน (จำนวน=59)		
ใช่	4 (14.29)	1(3.23)
ไม่เคยใช่	24(85.71)	30(96.77)

4.4.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม (ร้อยละ 58.00 และ 61.19) ปัจจุบันไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.19 และ 53.85) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาโดยดื่ม 1 - 3 วันต่อเดือน และดื่มน้อยกว่าหนึ่งวันในหนึ่งเดือน จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) ส่วนผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือน โดยดื่มทุกวัน และดื่ม 1 - 3 วันต่อเดือน จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 33.33) เมื่อสอบถามถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วันที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 60.00) ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 75.00) และโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์น้อยที่สุด (ดื่มมาตรฐาน) พบว่ามีการดื่มจำนวน 1 - 10 ครั้ง ควบคุมความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 100.00) ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 97.02) มีการดื่มแอลกอฮอล์แบบดื่มมาตรฐานมากที่สุด จำนวน 6 - 10 ครั้ง ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 96.04) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 91.05) มีการดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก จำนวน 6 - 10 ครั้ง ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 96.00) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 94.03)

สำหรับความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้ง (สำหรับผู้ชาย 5 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่า) การดื่มเบียร์ 5 กระป๋อง หรือ 2 ขวดครึ่ง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย มากที่สุด จำนวน 6 - 10 ครั้ง ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 96.00) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 95.52) เหล้าแดง 15 ฟา หรือ 5 เป๊ก(150 ml) จำนวน 6 - 10 ครั้ง ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 98.00) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 97.01) เหล้าขาว 5 - 10 เป๊ก (150 - 300 ml) จำนวน 6-10 ครั้ง ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 98.00) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 94.03) (สำหรับเพศหญิง 4 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่า) การดื่มเบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด ใน

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศหญิง มากที่สุด จำนวน 6 - 10 ครั้ง ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 100.00) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 98.51) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตได้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางครั้งพร้อมมื้ออาหารและไม่เคยดื่ม แอลกอฮอล์พร้อมมื้ออาหาร จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) ส่วนผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะ มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางครั้งพร้อมมื้ออาหาร (ร้อยละ 85.71) (ดังแสดงในตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว เหล้าท้องถิ่น เชียงซุน ยาดอง		
เคยดื่ม	21(42.00)	26(38.81)
ไม่เคยดื่ม	29(58.00)	41(61.19)
2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว เหล้าท้องถิ่น เชียงซุน เหล้ายาดอง (จำนวน=47)		
ดื่ม	5(23.81)	12(46.15)
ไม่ดื่ม	16(76.19)	14(53.85)
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมใน 12 เดือนที่ ผ่านมา (จำนวน=17)		
ใช่	4(80.00)	12(100.00)
ไม่ใช่	1(20.00)	0(0.00)
4. ความถี่ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยที่สุดใน 12 เดือน ที่ผ่านมา (จำนวน=16)		
ดื่มทุกวัน	0(0.00)	4(33.33)
ดื่ม 1-4 วัน ต่อสัปดาห์	0(0.00)	2(16.67)
ดื่ม 1-3 วันต่อเดือน	2(50.00)	4(33.33)
ดื่มน้อยกว่าหนึ่งวันในหนึ่งเดือน	2(50.00)	2(16.67)

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม		
ใน 30 วันที่ผ่านมา (จำนวน=17)		
เคยดื่ม	2(40.00)	9(75.00)
ไม่เคยดื่ม	3(60.00)	3(25.00)
6. โอกาสที่จะดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์น้อย		
ที่สุดจำนวนดื่มมาตรฐาน 30 วันที่ผ่านมา		
(จำนวน=117)		
1 - 10 ครั้ง	50 (100.00)	65(97.02)
11 - 20 ครั้ง	0(0.00)	1(1.49)
21 - 30 ครั้ง	0(0.00)	1(1.49)
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด = 30 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 8 ครั้ง		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.83		
7. การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์แบบดื่ม		
มาตรฐาน 30 วันที่ผ่านมา (จำนวน=117)		
1 - 5 ครั้ง	2(4.00)	5(7.46)
6 - 10 ครั้ง	48 (96.04)	61(91.05)
11 - 15 ครั้ง	0(0.00)	1(1.49)
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 15 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 4.77 ครั้ง		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.17		
8. การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนักนับรวมการดื่ม		
แอลกอฮอล์ทุกชนิดแบบดื่มมาตรฐาน 30 วันที่ผ่านมา		
มา (จำนวน=117)		
1 - 5 ครั้ง	2(40.00)	3(4.48)
6 - 10 ครั้ง	48(96.00)	63(94.03)
11 - 15 ครั้ง	0(0.00)	1(1.49)
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด = 15 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 4.62 ครั้ง		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.59		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9. ความบ่อยครั้งของการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้ง		
สำหรับผู้ชาย 5 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่า		
เบียร์ 5 กระป๋อง หรือ 2 ขวดครึ่ง (จำนวน=117)		
1 - 5 ครั้ง	2(4.00)	3(4.48)
6 - 10 ครั้ง	48(96.00)	64(95.52)
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด = 7 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 3.85 ครั้ง		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.11		
เหล้าแดง 15 ฟา หรือ 5 เป๊ก (150 ml) ครั้ง		
(จำนวน=117)		
1 - 5 ครั้ง	1(2.00)	2(2.99)
6 - 10 ครั้ง	49(98.00)	65(97.01)
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด = 8 ครั้ง		
ค่าเฉลี่ย = 4.66 ครั้ง		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.65		
เหล้าขาว 5 - 10 เป๊ก (150 - 300 ml)		
(จำนวน=117)		
1 - 5 ครั้ง	1(2.00)	3(4.48)
6 - 10 ครั้ง	49(98.00)	63(94.03)
11 - 15 ครั้ง	0(0.00)	1(1.49)
ต่ำสุด 2 ครั้ง สูงสุด = 15 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 5.83 ครั้ง		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.03		
สำหรับผู้หญิง 4 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่า		
เบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด (จำนวน=117)		
1 - 5 ครั้ง	0(0.00)	1(1.49)
6 - 10 ครั้ง	50(100.00)	66(98.51)
ต่ำสุด 4 ครั้ง สูงสุด = 10 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 7.00 ครั้ง		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.24		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10.ความบ่อยครั้งในการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้ รับประทานอาหารร่วมด้วย (ไม่รวมขนมขบเคี้ยว) (จำนวน=11)		
ทุกครั้งพร้อมมื้ออาหาร	0(0.00)	1(14.29)
บางครั้งพร้อมมื้ออาหาร	2(50.00)	6(85.71)
ไม่เคยเลย	2(50.00)	0(0.00)

4.4.3 การรับประทานอาหารรสเค็ม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้รับประทานอาหารรสเค็ม (ร้อยละ 60.00) ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รับประทานอาหารรสพอเหมาะ (ร้อยละ 44.78) รองลงมาได้แก่อาหารรสเค็ม (ร้อยละ 43.28) (ดังแสดงในตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อาหารที่ท่านชอบรับประทาน เป็นอาหารรสใด		
จืด	1(2.00)	4(5.97)
เค็ม	30(60.00)	29(43.28)
หวาน	1(2.00)	3(4.48)
พอเหมาะ	18(36.00)	30(44.78)
เผ็ด	0(0.00)	1(1.49)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีการดื่มเครื่องดื่มปรุงก่อนบริโภค นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 64.00 และ 56.72) บริโภคอาหารรสเค็มบางครั้ง (ร้อยละ 50.00 และ 59.70) มีการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 48.00) สำหรับผู้ป่วยที่คุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ บางครั้ง

(ร้อยละ 47.76) มีการบริโภคผลไม้ดองในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 76.00 และ 83.58) มีการปรุงรสด้วยเครื่องปรุงในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นประจำ (ร้อยละ 60.00 และ 62.69) (ดังแสดงในตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 การรับประทานอาหารรสเค็มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับประทานอาหารรสเค็ม (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การเติมเครื่องปรุงก่อนบริโภค		
เป็นประจำ	1(2.00)	4(5.97)
บางครั้ง	17(34.00)	20(29.85)
นานๆ ครั้ง	32(64.00)	38(56.72)
ไม่เคย	0(0.00)	5(7.46)
2. การบริโภคอาหารรสเค็ม		
เป็นประจำ	5(10.00)	5(7.46)
บางครั้ง	25(50.00)	40(59.70)
นานๆ ครั้ง	17(34.00)	22(32.84)
ไม่เคย	3(6.00)	0(0.00)
3. การบริโภคอาหาร สุกๆ ดิบๆ		
เป็นประจำ	3(6.00)	6(8.96)
บางครั้ง	20(40.00)	32(47.76)
นานๆ ครั้ง	24(48.00)	25(37.31)
ไม่เคย	3(6.00)	4(5.97)
4. การบริโภคผลไม้ดอง		
บางครั้ง	2(4.00)	6(8.96)
นานๆ ครั้ง	38(76.00)	56(83.58)
ไม่เคย	10(20.00)	5(7.46)

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

การรับประทานอาหารเสริม (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. การปรุงรสด้วยเครื่องปรุง		
เป็นประจำ	30(60.00)	42(62.69)
บางครั้ง	18(36.00)	23(34.33)
นานๆ ครั้ง	1(2.00)	2(2.99)
ไม่เคย	1(2.00)	0(0.00)

4.4.4 การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้มีการออกกำลังกายระดับหนัก โดยปฏิบัติมานานๆ ครั้ง (ร้อยละ 50.00) ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จะไม่เคยปฏิบัติในการออกกำลังกายแบบหนัก (ร้อยละ 58.21) สำหรับการออกกำลังกายระดับปานกลางในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 58.00 และ 64.18) การออกกำลังกายระดับเบาในผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะปฏิบัติ นานๆ ครั้ง และปฏิบัติบ่อยๆ จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 34.00) ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 44.78) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ไม่เคยปฏิบัติในการอบอุ่นร่างกาย (ร้อยละ 94.00 และ 88.06) สำหรับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่เคยปฏิบัติเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 90.00 และ 89.55) (ดังแสดงในตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการออกกำลังกาย (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การออกกำลังกายระดับหนัก		
ไม่เคยปฏิบัติ	18(36.00)	39(58.21)
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	25(50.00)	20(29.85)
ปฏิบัติบ่อยๆ	6(12.00)	8(11.94)
ปฏิบัติเป็นประจำ	1(2.00)	0(0.00)
2. การออกกำลังกายระดับปานกลาง		
ไม่เคยปฏิบัติ	7(14.00)	10(14.93)
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	29(58.00)	43(64.18)
ปฏิบัติบ่อยๆ	13(26.00)	14(20.90)
ปฏิบัติเป็นประจำ	1(2.00)	0(0.00)
3. การออกกำลังกายระดับเบา		
ไม่เคยปฏิบัติ	3(6.00)	0(0.00)
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	17(34.00)	30(44.78)
ปฏิบัติบ่อยๆ	17(34.00)	22(32.84)
ปฏิบัติเป็นประจำ	13(26.00)	15(22.39)
4. การอบอุ่นร่างกาย		
ไม่เคยปฏิบัติ	47(94.00)	59(88.06)
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	3(6.00)	8(11.94)
5. ยึดเหยียดกล้ามเนื้อ		
ไม่เคยปฏิบัติ	45(90.00)	60(89.55)
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	5(10.00)	7(10.45)

4.5 ความเครียด

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะไม่มีปัญหาการนอน และมีปัญหาการนอนบางครั้ง จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 40.00) ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จะมีปัญหาในการนอนบางครั้ง (ร้อยละ 37.31) และพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีปัญหาด้านสมาธิลดลง (ร้อยละ 70.00 และ 73.13) ไม่มีอาการหงุดหงิดกระวนกระวาย (ร้อยละ 68.00 และ 61.19) ไม่พบอาการรู้สึกเบื่อเซ็งในผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 92.00 และ 85.07) ไม่พบอาการไม่อยากพบปะผู้คนในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 96.00 และ 97.01) (ดังแสดงในตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินความเครียด (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีปัญหาการนอน		
แทบไม่มี	20(40.00)	22(32.84)
บางครั้ง	20(40.00)	25(37.31)
บ่อยครั้ง	10(20.00)	18(26.87)
เป็นประจำ	0(0.00)	2(2.99)
2. มีสมาธิลดลง		
แทบไม่มี	35(70.00)	49(73.13)
บางครั้ง	14(28.00)	18(26.87)
บ่อยครั้ง	1(2.00)	0(0.00)
3. หงุดหงิด/กระวนกระวาย		
แทบไม่มี	34(68.00)	41(61.19)
บางครั้ง	13(26.00)	20(29.85)
บ่อยครั้ง	2(4.0)	6(8.96)
เป็นประจำ	1(2.00)	0(0.00)

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

การประเมินความเครียด (จำนวน=117)	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
4. รู้สึกเบื่อเซ็ง		
แทบไม่มี	46(92.00)	57(85.07)
บางครั้ง	2(4.00)	7(10.45)
บ่อยครั้ง	2(4.00)	3(4.48)
5. ไม่อยากพบปะผู้คน		
แทบไม่มี	48(96.00)	65(97.01)
บางครั้ง	1 (2.00)	2(2.99)
บ่อยครั้ง	1(2.00)	0 (0.00)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 6 เดือน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 จำนวน 117 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 3) พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ 4) ความเครียด ซึ่งแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวเป็นแบบสัมภาษณ์มาตรฐานจากต่างประเทศ และของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการประยุกต์แบบสัมภาษณ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งผ่านการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์และเฝ้าระวังโรคสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่แจ่ม ซึ่งประชากรมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงที่ศึกษา จำนวน 30 รายหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 จากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 28.00) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.00) ศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 44.00) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 48.00) มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและระยะเวลาในการรักษาในช่วง 1 - 5 ปีเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 42.00) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นเดียวกันโดยมีอายุ

ระหว่าง 70 - 79 ปี (ร้อยละ 28.36) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.63) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 47.76) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 50.75)

5.1.2 สถานะสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้เพศชายมีขนาดรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร (ร้อยละ 90.00) เพศหญิงมีรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 53.33) มีดัชนีมวลกายสมส่วน (ร้อยละ 48.00) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 56.00) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีขนาดรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 78.26) เพศหญิงมีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 54.55) มีดัชนีมวลกายสมส่วน (ร้อยละ 44.78) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 52.24) ส่วนผู้ที่มีโรคร่วม (ร้อยละ 47.76) จะป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงสุด (ร้อยละ 52.24)

5.1.3 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้มากที่สุดจะมีการรับประทานยาความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง และไม่ซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงจากร้านขายยา (ร้อยละ 100.00) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 97.01) เมื่อลิ้มรับประทานยาจะรับประทานทันทีที่นึกได้ (ร้อยละ 76.00) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 74.63) ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องได้แก่ มีการขี้ยาผู้ป่วยรายอื่น (ร้อยละ 20.90) ซื้อยารักษาความดันโลหิตจากร้านขายยา (ร้อยละ 2.99) มีการบริโภคยาอื่นๆ หรืออาหารเสริมร่วม (ร้อยละ 28.36) และหยุดรับประทานยาเมื่อความดันโลหิตลดลง (ร้อยละ 11.94)

5.1.4 พฤติกรรมเลี้ยงสุขภาพ

1) การสูบบุหรี่

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ส่วนใหญ่จะไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ร้อยละ 59.18) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกวัน (ร้อยละ 100.00) มีการสูบบุหรี่ (บุหรี่แบบมวนเอง) เฉลี่ยวันละ 3 - 4 มวน/วัน (ร้อยละ 80.00) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน (ร้อยละ 80.00)

2) การดื่มน้ำเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ไม่เคยดื่มน้ำเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ผสม ร้อยละ (58.00) ปัจจุบันไม่ดื่มน้ำเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.19) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ดื่มน้ำแอลกอฮอล์น้อยที่สุด จำนวน 1 - 3 วันต่อเดือน (ร้อยละ 50.00) ใน 30 วันที่ผ่านมาไม่เคยดื่มน้ำเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม (ร้อยละ 60.00) และมีโอกาสดื่มน้ำแอลกอฮอล์น้อยที่สุด (ดื่มน้ำมาตรฐาน) จำนวน 1-10 ครั้ง (ร้อยละ 100.00) การดื่มน้ำแอลกอฮอล์แบบดื่มน้ำมาตรฐานและแบบหนัก จำนวน 6-10 ครั้ง (ร้อยละ 96.00) ความถี่ในการดื่มน้ำแอลกอฮอล์แต่ละครั้ง (สำหรับผู้ชาย 5 ดื่มน้ำมาตรฐานหรือมากกว่า) ในเบียร์ 5 กระป๋อง หรือ 2 ขวดครั้ง จำนวน 6 - 10 ครั้ง (ร้อยละ 96.00) เหล้าแดง 15 ฝา หรือ 5 เป๊ก จำนวน 6 - 10 ครั้ง (ร้อยละ 98.00) และเหล้าขาว 5 - 10 เป๊ก (150 - 300 ml) จำนวน 6 - 10 ครั้ง (ร้อยละ 98.00) (สำหรับผู้หญิง 4 ดื่มน้ำมาตรฐานหรือมากกว่า) ในเบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด จำนวน 6 - 10 ครั้ง (ร้อยละ 100.00) และไม่เคยดื่มน้ำแอลกอฮอล์และดื่มน้ำบางครั้งพร้อมมื้ออาหารเท่านั้น (ร้อยละ 50.00) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ปัจจุบันดื่มน้ำเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 46.15) มีการดื่มน้ำเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 100.00) โดยมีการดื่มน้ำทุกวันใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 33.33) และ 30 วันที่ผ่านมา (ร้อยละ 75.00) และดื่มน้ำเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์พร้อมมื้ออาหาร (ร้อยละ 85.71)

3) การรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม (ร้อยละ 60.00) ส่วนผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม (ร้อยละ 43.28) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ แต่รับประทานอาหารรสเค็มบางครั้ง (ร้อยละ 59.70) สูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 50.00) และมีการใช้เครื่องปรุงในอาหารเป็นประจำ (ร้อยละ 62.69)

4) การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ไม่เคยมีการออกกำลังกายระดับหนัก (ร้อยละ 58.21) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่เคยออกกำลังกายระดับหนัก (ร้อยละ 36.00) และทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่จะไม่มีกรอบออกกำลังกาย และยึดเหยียดกล้ามเนื้อ

5.1.5 ความเครียด

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้จะมีปัญหาเรื่องการนอน (ร้อยละ 60.00) ส่วนกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีปัญหาเรื่องการนอน (ร้อยละ 67.16) โดยเป็น

บ่อยครั้ง ร้อยละ (26.87) เป็นประจำ (ร้อยละ 2.99) และมีความหงุดหงิด กระวนกระวาย (ร้อยละ 38.81) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 การใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการรักษาโดยการใช้จ่ายได้ปฏิบัติตามแพทย์สั่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี วังชนากร ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติดีกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ได้แก่ มีการรับประทานยาความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง และไม่ซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงจากร้านขายยา แสดงว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมการใช้จ่ายที่ถูกต้อง หมายถึง การรับประทานยาถูกต้องตามเวลา เช่น ยาก่อนอาหาร หลังอาหาร หรือก่อนนอน การรับประทานยาถูกต้องตามขนาดคือ การรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง เช่น 1 เม็ด 2 เม็ด หรือครั้งเม็ด ไม่หยุดยาเองหรือลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง การรับประทานยาถูกต้องตามวิธี คือการรับประทานยาทางปาก รวมไปถึงมีการตรวจสอบฉลากยาเกี่ยวกับชื่อยา ขนาด และเวลาที่รับประทานก่อนรับประทานยาทุกครั้ง (พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2537) ซึ่งผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการใช้จ่ายไม่ถูกต้องได้แก่ มีการขี้นยาผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งเป็นการใช้จ่ายไม่ถูกบุคคลถึงแม้ว่าลักษณะของยาจะเหมือนกันหรือเป็นโรคเดียวกันก็ตาม เพราะยาลดความดันโลหิตมีหลายชนิด แต่ละชนิดก็ให้ผลในการรักษาที่ไม่เหมือนกัน ก่อนการใช้จ่ายแต่ละครั้งจะต้องมีการอ่านป้ายหน้าซองยาและตรวจสอบชื่อ สกุลให้ถูกต้อง มีการซื้อยารักษาความดันโลหิตจากร้านขายยา ทำให้ไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษาตามนัด และอาจได้รับยาที่ไม่ต่อเนื่อง หากมีการบริโภคยาอื่นๆ หรืออาหารเสริมอาจเป็นอันตรายได้เนื่องจากยาบางตัวอาจมีผลข้างเคียงเสริมฤทธิ์กัน อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ คือ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินหัวใจเต้นเร็ว และปวดหน้าอก (ฟ่องศรี อิ่มสอน, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547) และมีพฤติกรรมหยุดรับประทานยาเมื่อความดันโลหิตลดลง แสดงว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Larissa Grigoryan, Valory N. Pavlik, and David J. Hyman, (2013) พบว่า (ร้อยละ 29.00) ที่ไม่สามารถควบคุมได้และไม่ให้ความร่วมมือในการใช้จ่าย และมีเพียง (ร้อยละ 49.00) ที่ให้ความร่วมมือในการใช้จ่ายแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทั้งหมดยังคงได้รับยาไม่เหมาะสมทั้งขนาดยาและยาที่ใช้ร่วมกัน Manuel Morgado, Sandra Rolo, Ana Filipa Macedo ,Luusa Pereira, Miguel Castelo-Branco (2009) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันไม่ได้ พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามีผล 4.8 เท่า

การทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา ได้แก่ การไม่รู้ค่าเป้าหมายของความดันที่ต้องควบคุม การไม่รู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงยา การขาดการติดตามการวัดค่าความดันโลหิต และขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

5.2.2 พฤติกรรมเลี้ยงสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5.2.3.1 การสูบบุหรี่

จากการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกวัน (ร้อยละ 100.00) มีการสูบบุหรี่(บุหรี่แบบมวนเอง) เฉลี่ยวันละ 3 - 4 มวน/วัน (ร้อยละ 80.00) แสดงให้เห็นว่าบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตเพราะสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิต ไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Wexler & Aukerman, 2006) ปัญหาการสูบบุหรี่เป็นปัญหาของสังคมไทยตั้งแต่อดีตกาล โดยเฉพาะในชนบทเนื่องจากวิถีชีวิตของชุมชนชนบทซึ่งสมัยก่อนมีการเลี้ยงวัว ควายเป็นอาชีพหลักผสมผสานกับการเกษตรและพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าเขาจึงมีขี้เถ้า รัน และแมลงจำนวนมากคนสมัยก่อนจึงนิยมสูบบุหรี่ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคนเพื่อป้องกันแมลงต่างๆ ที่มารบกวนในการทำงาน รวมถึงมีการส่งเสริมการเพาะพันธุ์ยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจ มีโรงบ่มยาสูบในชุมชนและมีการปลูกและรับซื้อจากนายทุนในการส่งเสริมอาชีพทำให้มีการใช้ยาสูบในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุตลอดถึงการใช้ผลิตภัณฑ์อื่นนอกจากบุหรี่ซึ่งได้แก่ ใบพลูซึ่งในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการเกี่ยวหมากต้องใช้ใบพลูเป็นส่วนผสมในการรับประทานหมากพลู และในชุมชนมีการเพาะปลูกจำนวนมากสอดคล้องกับการศึกษาของนุกุล ร่วมสุข (2547 : 66) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของคนไทยพบว่า คนที่อยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมการเป็นผู้สูบบุหรี่น้อยกว่าคนที่อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ธนาภรณ์ วงษา (2551) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับโลหิตสูง ได้แก่ การมีบิดามารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.55) ไม่เคยสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และขนาดกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เพียงพอ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาที่ยังพบว่า การสูบบุหรี่ยังไม่มีผลชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับความดันโลหิตสูง บุหรี่มีสารประกอบประมาณ 4,000 ชนิด สารอันตรายที่เป็นส่วนประกอบสำคัญ คือ นิโคติน ซึ่งทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้น และกดประสาทส่วนกลางถ้าได้รับนิโคตินขนาดน้อยๆ เพียง 1-2 มวนอาจกระตุ้นทำให้รู้สึก กระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบ่อยๆ มวน จะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆ ช้า ลงส่วนใหญ่ นิโคตินประมาณ (ร้อยละ 95.00) จะจับอยู่ในปอดบางส่วนตกค้าง อยู่ที่เยื่อช่องปากและ บางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด หัวใจเต้นเร็ว กว่าปกติ

และไม่เป็นจังหวะ เกิดการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง ไชมันในเลือดสูงขึ้น และไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่หรือหลอดเลือดที่ตีบอยู่แล้วเกิด การอุดตันเกิดความดันโลหิตสูงได้ใน เวลาต่อมาการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชั่วคราวได้ (แสวตนอนท กานันท์ 2538 :133) และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การสูบบุหรี่ เป็น ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและเร่งการป่วยเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด (WHO, 2005:21)

5.2.3.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผสม ร้อยละ (58.00) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ปัจจุบันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 46.15) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ นิพาวรรณ์ แสงพรหม (2553) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบ้านพุนทอง ต.หินดาด อ.ด่านขุนทด ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 8 บางครั้ง (ร้อยละ 53.30) ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 38.70) และผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 12 เดือนที่ผ่านมา มีการดื่ม (ร้อยละ 100.00) โดยมีการดื่มทุกวันใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 33.33) และ 30 วันที่ผ่านมา (ร้อยละ 75.00) และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมมื้ออาหาร (ร้อยละ 85.71) แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ซึ่ง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเกือบครึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่ามีหลายกลไกด้วยกันคือ มีการเพิ่มระดับของ blood cortisol เพิ่มระดับของ catecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ rennin-angiotensin พวก alcohol withdrawal จะทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ประมาณกันว่าร้อยละ10 ของโรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา การดื่มสุราจำนวนมากจะทำให้ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี 2542) สำหรับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวันจะมีระดับความดัน Systolic เพิ่มขึ้น 3 - 4 มิลลิเมตรปรอท และระดับ Diastolic เพิ่มขึ้น 1 - 2 มิลลิเมตรปรอท (สุพรชัย กองพัฒนากุล 2542 :12) ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือ ลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ได้ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการรักษาและผู้ป่วยเอง

5.2.3.3 การรับประทานอาหารรสเค็ม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชอบรับประทานอาหารรสเค็ม (ร้อยละ 49.57) รับประทานอาหารรสเค็มบางครั้ง (ร้อยละ 59.70) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิพาวรรณ์ แสงพรหม (2553) พบว่า

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 34.7 บางครั้ง ร้อยละ 54.7 ซึ่งทุกครัวเรือนจะมีเกลือและเครื่องปรุงรสต่างๆ ไว้ใช้ในการปรุงรสอาหาร ประกอบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 67.52) ซึ่งจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรสของลิ้น จึงทำให้มีการปรุงอาหารที่มีรสเค็ม ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ (ร้อยละ 49.15) เมื่อสอบถามถึงความถี่ของพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็มพบว่าการปรุงรสด้วยเครื่องปรุงเป็นประจำ (ร้อยละ 61.54) และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 58.33) ซึ่งเครื่องปรุงรสต่างๆ สามารถหาซื้อได้ง่ายและมีตามร้านขายของชำทั่วไปและทำให้อาหารมีรสชาติที่ดีขึ้น ซึ่งคณะกรรมการอาหารและสุขภาพของ The National Research Council ประเทศสหรัฐอเมริกาได้สรุปว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างยิ่งกับการกินเค็ม (วรรณ รัชตะไพบุลย์ 2549: 13 - 14) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็มไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เรื่องรสเค็มของอาหารเป็นการตอบตามความรู้สึกของลิ้นแต่ละบุคคลไม่อาจนำมาเปรียบเทียบกันได้ ควรมีการเก็บข้อมูลการบริโภคโซเดียมในแต่ละวันเพิ่มเติม

5.3.3.4 การออกกำลังกาย

จากการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยออกกำลังกาย ระดับหนัก (ร้อยละ 49.57) ออกกำลังกาย ระดับปานกลางโดยปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ร้อยละ 61.54) แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งบริบทพื้นที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นหุบเขา ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมในชุมชน ขาดอุปกรณ์และการส่งเสริมการออกกำลังกาย แต่มีการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม และการทำงานบ้านต่างๆ จึงทำให้มีการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายระดับเบาโดยปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ร้อยละ 40.17) ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 46.43) จะมีการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ รองลงมาที่มีการออกกำลังกายบ่อยๆ (ร้อยละ 33.33) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 43.59) ซึ่งกลไกการลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกายเกิดจากการที่หลอดเลือด ขยายตัวโดยเกิดขึ้นหลังการออกกำลังกายทันทีและผลอาจอยู่นานถึง 13 ชั่วโมงภายหลังจากมีการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร่างกายจะมีการปรับตัวในโรคใหม่ โดยมีความดันโลหิตและการของหัวใจลดลง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของ arterial compliance การลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic การลดลงของระบบยับยั้งของ Sodium - potassium pump และการที่ insulin ออกฤทธิ์ ได้ดีขึ้นและมีการหลั่งอินซูลินลดลงซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญที่สุดของการลดความดันโลหิตจากการ ออกกำลังกาย (สุพรชัย กองพัฒนากุล 2542 :15)

5.5.3.5 ความเครียด

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปัญหาเรื่องการนอน หรือมีความเครียด แสดงว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านความเครียดและการจัดการกับความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีภาระหนี้สินที่เกิดจากการกู้ยืมเงินจากธนาคาร กองทุนหมู่บ้าน และการกู้ยืมเงินนอกระบบมาลงทุนในการทำเกษตรกรรม ซึ่งบางปีพืชผลจากการเกษตรมีราคาตกต่ำ ทำให้ขาดทุน และมีโรคเครียดเกิดขึ้น ความเครียดที่เกิดจากการรักษาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีปัญหาการนอน บ่อยครั้ง (ร้อยละ 23.93) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 64.29) รองลงมาได้แก่ หงุดหงิด/กระวนกระวาย (ร้อยละ 6.84) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 75.00) มีปัญหาในการนอน และหงุดหงิด/กระวนกระวาย เป็นประจำ (ร้อยละ 1.71 และ 0.85) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย (ร้อยละ 90.60) รองลงมามีความเครียดปานกลาง (ร้อยละ 7.69) ซึ่งผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะมีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.78) โดยความเครียดมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ความเครียดถ้าเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะกระตุ้นระบบประสาททั่วทั้งร่างกายรวมทั้งมีการหลั่งของกลูโคคอร์ติคอยด์ไฮโดรโมนส่งผลให้หลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมากขึ้นและเพิ่มไขมันในเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งและหนาขึ้นส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (วิภาวรรณ ชุ่ม เพ็ญสุขสันต์, 2543)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

- 1) หน่วยงานสาธารณสุขควรวางแผนการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีญาติในการดูแลในเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่งซึ่งยังมีผู้ป่วยที่มีการใช้ยาไม่ถูกต้องซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำข้อมูลการใช้ยาไปวางแผนการอบรมให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขในการใช้ยาที่ถูกต้องตามหลักการ ซึ่งยังมีผู้ป่วยบางรายยังมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการติดตามดูแลกรณีผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้
- 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการวางแผนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ครอบครัว และชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการให้ความรู้ในเรื่อง สถานะสุขภาพ การใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทาน

อาหารเสริม การส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมถึงความเครียด จากการศึกษาปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ในการศึกษาวิจัยพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกไปด้วย
- 2) ในการศึกษาวิจัยที่ต้องจัดเก็บข้อมูลเรื่องการบริโภคอาหารเสริมควรมีการจัดเก็บปริมาณที่ชัดเจน เช่น การบริโภคเกลืออาจต้องคิดเป็นช้อน หรือเป็นกรัมเพื่อจะได้ข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์กับมาตรฐานได้
- 3) ควรมีการศึกษาวิจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับพฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554).
แหล่งข้อมูลระบบออนไลน์ <http://bps.ops.moph.go.th/2.3.4-48.xls> (15 ธันวาคม 2555)
- กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2555). รายงานสถิติประจำปี.
เชียงใหม่ : สำนักงานสาธารณสุขเขต 1 จังหวัดเชียงใหม่.
- เกสร ตามศักดิ์. (2549). การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหลวง จังหวัดน่าน. การค้นคว้าแบบอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2545). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ: สกายนุกต์
กองสุศึกษา. แบบสัมภาษณ์ระบบเฟียร์วังและเตือนภัยพฤติกรรมสุขภาพ HBSS.
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข For 152 Vilage (ระบบออนไลน์).
แหล่งที่มา 164.115.22.119/hbac/doc/form_1013.pdf
- คณาจารย์ ภาควิชาเภสัชวิทยา. (2545). เภสัชวิทยา. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 4)
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
(พิมพ์ครั้งที่ 2).
- ชวนพิศ วงศ์สามัญ. (2542). โภชนบำบัดสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ซัชชัย มุ่งการดี. (2534). นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ
สาเหตุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดารัตน์ ฉันทานง. (2555). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่ฮ้อยเงิน
อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ธนาภรณ์ วงษา. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- นิพัทธวรรณ แสงพรหม. (2553). ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน บ้านพุนทอง หมู่ที่ 16 ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. JOURNAL OF NAKHONRATCHASIMA COLLEGE, Vol.5 No.1 January - June 2011.
- นุกูล ร่วมสุข. (2547). “พฤติกรรมกรสูบบุหรี่และดื่มสุราของคนไทย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542). โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ประนอม สังขวรรณ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่नावาง อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง. (2550). สถิติรายได้
- ผ่องศรี อิ่มสอน. (2545). คู่มือปฏิบัติการเภสัชวิทยาในการบำบัดรักษาทางการพยาบาล. นครปฐม พิสิฐ วงศ์วัฒน์. (2547). ยา. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน
- พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2549). คู่มือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2553). โรคความดันโลหิตสูง.คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/articleDetail.asp?id=47> (21 ธันวาคม 2556).
- พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2553). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (2013 ESH/ESC Guidelines) [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://www.thaihypertension.org/files/250_Hypertension%20Guideline %202013.pdf](http://www.thaihypertension.org/files/250_Hypertension%20Guideline%202013.pdf) (10 พฤษภาคม 2557).
- พูนทรัพย์ โสภรัตน์. (2537). หลักการใช้ยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก. (2556). สรุปผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขปี 2556. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุข .

- มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปั้นดี. (2542). การดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อ.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ยุพิน หงส์วะชิน. (2542). “การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อ
ควบคุมภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
จังหวัดฉะเชิงเทรา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิล พัววิล และชัยชาญ ติโรจนวงศ์. (2547). Hypertension 2004: Preserve target organs damage
from hypertension. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- วิเชียร อัสวาดกร. (2551). “ยารักษาความดันโลหิตสูง.” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
http://www.geocities.com/HotSprings/Bath/8143/drug_hypertension.html
(16 มีนาคม 2551.)
- วรรณ รัชตะไพบุลย์. (2549). “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดัน
โลหิตสูงและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อ
การดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชามนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรศักดิ์ เพียรชอบ. (2525) “การออกกำลังกายสำคัญไฉน.” สุขศึกษาพลศึกษาและสันทนาการ 8, 4
(ตุลาคม 2525) : 56-64.
- เสวต นันทกานันท์. (2538) “ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง.” เอกสารรายงานการสัมมนา
แนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่โรงแรมเฟลิกซ์
ริเวอร์แคว รีสอร์ท กาญจนบุรี, 18 – 20 มกราคม 2538. (อัดสำเนา)
- ศุภวรรณ ป้อมจันทร์. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิธร อุดตะมะ. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์. (2551). การใช้ยาและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.
การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 15) (หน้า 129 - 163). กรุงเทพฯ: วิเจ พรินต์ติ้ง.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แจ่ม. (2556). สรุปผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขปี 2556. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุข .
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2556). ข้อมูลและสถิติ.(ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา <http://www.thaincd.com/good-stories-view.php?id=8434> (12 พฤษภาคม 2556).
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://thaincd.com/good-stories-view.php?id=8166> (21 ธันวาคม 2556)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). สถิติสาธารณสุข ปี 2541 - 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://bps.ops.moph.go.th/index.php=bps&doc=5>. (10 ธันวาคม 2556).
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2549). คู่มือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา http://www.thai_hypertensionsociety.ac.th (9 ธันวาคม 2552).
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (Guidelines on the treatment of hypertension 2012). [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.thaihypertension.org> (14 ธันวาคม 2556).
- สายพิน โขติวิเชียร. (2548). โรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรเกียรติ อชานานุภาพ. (2544). “ความดันโลหิตสูง.” ในสุรเกียรติ อชานานุภาพ, ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป หน้า 485-489 กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). เทคนิคการดูแลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุรชัย อัญญาเจริญ. (2543). การใช้ยาอย่างปลอดภัย: โอสถสาระ 2000. จุลสารรวมสาระเรื่องยาเพื่อส่งเสริมบทบาทเภสัชกร.1(3), 1-12.

- สุมาลี วัฒนกร ชูติมา ผาดิดำรงกุล ปราณิ คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ
รับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.สงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ 26
ฉบับที่ 6 พ.ย. - ธ.ค. 2555
- อรุณรัตน์ ลักษณะานูรี. (2552). โรคความดันโลหิตสูง. (ระบบออนไลน์).
แหล่งที่มา <http://www.learners.in.th> (9 ธันวาคม 2552)
- Barbara, K.T. (2003). *Fundamental skills and concepts in patient care* (7ed). Philadelphia: Lippincott
Williams & Wilkins.
- ESH/ESC. (2007). Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the
management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension
(ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*.
25, 1105-1187.
- Fields, L. E., Burt, V. L., Cutler, J. A., Hughes, J., Rocella E. J., & Sorlie, P. (2004). The burden
of adult hypertension in the united states 1999 to 2000. A rising tide. *Hypertension*, 44, 1-7.
- Groer, M. W. (2001). *Behavioral processes in human illness states*. Philadelphia: lippincott.
- Hardman, J.G. & Limbird, L.E. (2001). *The pharmacological basic of therapeutic*.
New York: McGraw-Hill.
- Joint National Committee VII. (2003). *National High Blood Pressure Education Program*.
complete report the seventh report of the joint national committee on prevention,
detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Retrieved July 22, 2006,
from <http://www.nhlbi.nih.gov/guideline/hypertension/jnc7full.htm>
- Joint National Committee VII. (2004). *The Seventh Report of the Joint National Committee on
Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure*.
- Joint National Committee 8 (2014). *Evidence-Based Guideline for the Management of High
Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth
Joint National Committee*. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>
- Kaplan, N. M. (2006). *Kaplan's clinical hypertension* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams
& wilkins.
- Kelley, G. A., & Kelley, K. S. (2000). Progressive resistance exercise and resting blood pressure:
A meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 35, 838-843.

- Law, M. R. (1997). Epidemiological evidence on salt and blood pressure. *American Journal of Hypertension*, 10, 42-45.
- Levine, B. S. (2004). Nursing management hypertension. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds). *Medical-surgical Nursing : Assessment and management of clinical problem* (pp. 777-798). St. Louis: Mosby.
- Larissa Grigoryan, Valory N. Pavlik, and David J. Hyman (2013). Characteristics, drug combination and dosages of primary care patients with uncontrolled ambulatory blood pressure and high medication adherence. *Journal of American of Hypertension* 7(6) (2013) p. 471-476
- Lois, W. (2002). *Basic nursing foundation of skills & concepts*. United states: Delmar ThomsonLearning.
- Manuel Morgado ,Sandra Rolo, Ana Filipa Macedo ,Luusa Pereira ,Miguel Castelo-Branco (2009). Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication Nonadherence. *Health Sciences Research Center, University of Beira Interior*, p. 196-202
- Pruenglampoo S, Pruenglampoo B, Kingkeow C and Mangklabruks A. Simple index for screening overweight and obesity. *Public Health Nutrition* 2003 Apr, 6(2):225-6
- Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D. et al. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med*, 344, 3-10.
- Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonpharmacologic Strategies for Managing Hypertension. *Am Fam Physician*, 73, 1953-1956.
- Whelton, S. P., Chin, A., Xin, X., & He, J. (2002). Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Ann Intern Med*, 136, 493 - 503.
- WHO STEP wise approach to chronic disease risk factor surveillance- Instrument v2.1
World Health Organization. (2002). *World Health Report 2002 Reducing risk, promoting healthy life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization Retrieved December 5, 2005, from <http://www.who.int/whr/2002/>.
- World Health Organization. *Health and the Millennium Development Goals*. France : n.p., 2005. (_____.) *Hypertension control : Report of a WHO expert committee*. Geneva Switzerland : n.p., 1996.




ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์



เอกสารเลขที่ ๐๓๘/๒๕๕๗
Document No. 038/2014

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์
Certification of Research Projects Involving Human Subjects

รับรองโดย Issued By
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Committee of Research Ethics in Public Health, Graduate School,
Chiang Mai University

โครงการวิจัย : การใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

Title of Project : Drugs Use and Health Behaviors of Hypertensive Patients in Kongkhaek Health Promotion Hospital, Maechaem District, ChiangMai Province

หัวหน้าโครงการวิจัย : นายนิรันดร์ สุวรรณ
Principal Investigator : Mr. Nirun Suwan

คณะกรรมการได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบในประเด็นจริยธรรมต่อโครงการวิจัยนี้
ในวันที่ ๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗
The Committee has reviewed and approved this project on 8 December 2014

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง Waraporn Boonchieng, Ph.D.
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ Chairperson of the Committee

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์ Songvuth Toungrotanaphan, Dr. P.H.
ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
Head, Graduate Committee of Public Health

.....
รองศาสตราจารย์ ดร.เอกชัย แสงอินทร์ Akachai Sang-in, Ph.D., DIC.
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย Dean, Graduate School

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการศึกษา

ชื่อโครงการศึกษา พฤติกรรมการ ใช้น้ำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ศึกษา นายนิรันดร์ สุวรรณ นักศึกษาปริญญาโทสาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ศึกษาขอความร่วมมือท่านเข้าร่วมในโครงการศึกษาเพื่อการค้นคว้าอิสระ เรื่องพฤติกรรมการ ใช้น้ำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการ ใช้น้ำของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และความเครียดของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การใช้น้ำรักษาโรคความดันโลหิตสูง 3) พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ 4) ความเครียด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดในคลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความ ดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 117 คน ในการตอบแบบสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 25 นาที ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จะต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์ค่อนข้างนานและขอความร่วมมือจากคนในครอบครัวในการให้ สัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด โดยข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางใน การพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังและควบคุมความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมการใช้น้ำและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ผู้ศึกษาขอเชิญท่านเข้าร่วม โครงการศึกษารุ่นนี้ ทั้งนี้การเข้าร่วม โครงการศึกษาเป็นความ
สมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมใน โครงการศึกษา หรือยุติการเข้าร่วมการศึกษาได้
ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ และการตกลงหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาจะไม่มี
ผลกระทบต่อท่าน ท่านสามารถงดเว้นการตอบคำถามหรือถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ และ
ผลการศึกษาจะไม่เปิดเผยอัตลักษณ์เฉพาะบุคคลของท่าน ทั้งนี้หากท่านเข้าร่วมการศึกษาข้อมูล
ส่วนตัวของท่านที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุม
โดยใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่านการนำข้อมูลที่ได้ออกไปปราชัยหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวม
เท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับท่านจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นโครงการศึกษา โดยท่านมีสิทธิ
ตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิของท่านกรุณาแจ้งให้ผู้ศึกษา
รับทราบ ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่นๆ อันเกิดจากผลการศึกษาระดับปริญญาจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หากมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษารุ่นนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้ที่ นายนิรันดร์ สุวรรณ
บ้านเลขที่ 32 หมู่ 11 อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ 50120 สถานที่ทำงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางหินฝน ตำบลปางหินฝน อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ 08-1884-1032 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ หมายเลขโทรศัพท์
089-757-1911 (ในเวลาราชการ)

ลงนาม.....(ผู้ศึกษา)

(นายนิรันดร์ สุวรรณ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

ในการศึกษาวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องดังกล่าว ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอคำยินยอม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง : พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ตอนได้แก่

ตอนที่ 1 แบบบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย

แบบบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย

แบบบันทึก น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว คชนิมวลกาย และระดับความดันโลหิตโดยการบันทึกจากสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

น้ำหนัก.....กิโลกรัม		
ส่วนสูง.....เซนติเมตร		
รอบเอว.....เซนติเมตร (ชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร)		
คชนิมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร ²		
ระดับความดันโลหิตบันทึกจำนวน 3 ครั้ง ในการเข้ารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง		
วัน.....เดือน.....ปี.....	วัน.....เดือน.....ปี.....	วัน.....เดือน.....ปี.....
BP เฉลี่ย	BP เฉลี่ย	BP เฉลี่ย
...../.....mmHg/.....mmHg/.....mmHg

การมีโรคร่วม นอกจากโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ท่านป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่ได้รับการรักษาอย่าง

ต่อเนื่องโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่

1. ไม่มี 2. มี ระบุโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1.เบาหวาน 2.หลอดเลือดหัวใจ 3.อัมพฤกษ์ อัมพาต จากเส้นเลือดสมองตีบ/แตก
- 4.ไตวายเรื้อรัง 5.อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์มี 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การใช้ยารักษาความดันโลหิตของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 การประเมินความเครียด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่า 5. แยก

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-ป.4)
 3. ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5-ป.6 หรือป.7) 4. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
 5. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า 6. อนุปริญญา/ ปวส. หรือเทียบเท่า
 7.ปริญญาตรี 8. อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

- 1.รับจ้าง(แรงงานรายวัน) 2.รับราชการ
 3.เกษตรกร(ทำนา,ทำสวน,ทำไร่) 4.ค้าขาย
 5.ไม่ได้ทำงาน 6.อื่นๆระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/ปี)

1. น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท 2. 5,001-10,000 บาท
 3. 10,001-15,000 บาท 4. 15,001-20,000 บาท
 5. มากกว่า 20,000 บาท

7. ประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

7.1 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์.....ปี

7.2 ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบัน.....ปี

ส่วนที่ 2 การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน โดยใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ให้ตรงกับข้อมูลของท่านเพียงคำตอบเดียว

ท่านมีวิธีการปฏิบัติในการรับประทานยาอย่างไร	ใช่	ไม่ใช่	ระบุเหตุผล
	1	2	
1.ท่านตรวจสอบชื่อ-สกุลบนซองยาก่อนรับประทานยา			
2.ท่านยืมยารักษาความดันโลหิตของผู้ป่วยรายอื่นหรือของคนในครอบครัว มารับประทานเมื่อยาหมด			
3.ท่านไปซื้อยารักษาความดันโลหิตจากร้านขายยา มารับประทานเมื่อยาหมด			
4.ท่านตรวจสอบชนิดยาให้ถูกต้องตามที่ใช้เป็นประจำเมื่อมีข้อสงสัยจะถามผู้จ่ายยาทันที			
5. ท่านรับประทานยาชนิดอื่นๆ หรืออาหารเสริมที่ระบุว่าสามารถลดความดันโลหิตได้			
6.ท่านตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนรับประทานยา			
7.ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยาเองในการรับประทานเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด อาเจียน และอาการอื่นๆ			
8.ท่านหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่าการความดันโลหิตลดลง			
9.ท่านรับประทานยาความดันโลหิตครบทุกชนิดตามแพทย์สั่ง			
10.ท่านลืมรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงจะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ในจำนวนเดิม			
11.ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเลี้ยงสุขภาพ

2.1 การสูบบุหรี่ และผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในหน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

1. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือ ไม่

1. สูบ 2. เคยสูบ แต่เลิกแล้ว (ข้ามไปตอบข้อที่ 6) 3. ไม่เคยสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ข้ามไปส่วนที่ 2.2)

2. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทุกวัน ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

3. ท่านเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก อายุ ปี

4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ชนิดใดในแต่ละวัน

1. บุหรี่โรงงาน 2. บุหรี่มวนเอง 3. ซิกก้า

5. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ เฉลี่ยกี่มวนในแต่ละวัน

1. บุหรี่โรงงาน.....มวน

2. บุหรี่มวนเอง.....มวน

3. ซิกก้ามวน

6. ในอดีตที่ผ่านมา ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ (เฉพาะผู้ที่เคยสูบบุหรี่และเลิกแล้ว)

1. เคยสูบ 2. ไม่เคยสูบ (ข้ามไปตอบข้อ 9)

7. ท่านหยุดสูบบุหรี่เมื่ออายุเท่าไร.....ปี (เฉพาะผู้ที่เคยสูบบุหรี่และเลิกแล้ว)

8. ท่านหยุดสูบบุหรี่มานานแค่ไหน (เฉพาะผู้ที่เคยสูบบุหรี่และเลิกแล้ว)

.....ปีเดือนสัปดาห์

9. ท่านใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆนอกจากบุหรี่(เช่น ยานัตถ์ ใบพลู บุหรี่เคี้ยว) อีกหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่เคยใช้ (ข้ามไปข้อ 12)

10. ปัจจุบัน ท่านยังใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่เคยใช้ (ข้ามไปข้อ 12)

11. โดยเฉลี่ย ท่านใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ก็ครั้งต่อวัน

1. ยานัตถ์ ความถี่ที่ใช้ ครั้ง/วัน

2. ใบพลู ความถี่ที่ใช้ ครั้ง/วัน

- 3. บุหรี่จี้โย ความถี่ที่ใช้ ครั้ง/วัน
- 4. อื่นๆ ระบุ..... ความถี่ที่ใช้ ครั้ง/วัน

12. ในอดีตที่ผ่านมา ท่านเคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ(เช่น ยานัตถ์ โบพลู บุหรี่เคียว) ทุกวันหรือไม่

- 1. ใช่
- 2. ไม่เคยใช้ (ข้ามไปส่วนที่ 2.2)

2.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

1. ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมหรือไม่ (เช่น เบียร์ไวน์ เหล้าขาว เหล้าท้องถิ่น เชียงขุน ยาดอง)

- 1. เคยดื่ม
- 2. ไม่เคยดื่ม (ข้ามไปตอบส่วนที่ 2.3)

2. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมหรือไม่ (เช่น เบียร์ไวน์ เหล้าขาว เหล้าท้องถิ่น เชียงขุน เหล้ายาดอง)

- 1. ดื่ม
- 2. ไม่ดื่ม (ข้ามไปตอบส่วนที่ 2.3)

3. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมหรือไม่

- 1. ใช่
- 2. ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 5)

4. ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ความถี่ที่คุณดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยที่สุด

- 1. ดื่มทุกวัน
- 2. ดื่ม 5-6 วันต่อสัปดาห์
- 3. ดื่ม 1-4 วัน ต่อสัปดาห์
- 4. ดื่ม 1-3 วันต่อเดือน
- 5. ดื่มน้อยกว่าหนึ่งวันในหนึ่งเดือน

5. คุณเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมใน 30 วันที่ผ่านมาหรือไม่

- 1. เคยดื่ม
- 2. ไม่เคยดื่ม

6. ใน 30 วันที่ผ่านมา คุณมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์น้อยที่สุดจำนวน.....ดื่มมาตรฐาน

7. ใน 30 วันที่ผ่านมา คุณดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์แบบดื่มมาตรฐานจำนวน.....ดื่มมาตรฐาน

8. ใน 30 วันที่ผ่านมา คุณดื่มแอลกอฮอล์แบบหนักนับรวมการดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดแบบดื่มมาตรฐาน จำนวน.....ครั้ง

9. ใน 30 วันที่ผ่านมา คุณดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้งเกินอัตราเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

สำหรับผู้ชาย 5 ดั้มมาตรฐานหรือมากกว่า

การดื่ม	ความถี่(เคยกี่ครั้ง)
เบียร์ 5 กระป๋อง หรือ 2 ขวดครึ่ง	
เหล้าแดง 15 ฝา หรือ 5 เป๊ก (150 ml)	
เหล้าขาว 5-10 เป๊ก (150-300 ml)	

สำหรับผู้หญิง 4 ดั้มมาตรฐานหรือมากกว่า

การดื่ม	ความถี่(เคยกี่ครั้ง)
เบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด	
เหล้าแดง 12 ฝา หรือ 4 เป๊ก (120ml)	
เหล้าขาว 4-8 เป๊ก (120-240ml)	

1 หน่วยมาตรฐาน = (เบียร์ 1 แก้ว 285 มล./1 กระป๋อง)

(ไวน์ 1 แก้วเล็ก 100 มล.) (เหล้า 1 แก้ว 30 มล.)

10. ใน 30 วันที่ผ่านมา

เมื่อคุณดื่มแอลกอฮอล์บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณจะรับประทานาร่วมด้วย (ไม่รวมขนมขบเคี้ยว)

1. ทุกครั้งพร้อมมื้ออาหาร 2. บางครั้งพร้อมมื้ออาหาร
3. แทบจะไม่เคยดื่มพร้อมมื้ออาหาร 4. ไม่เคยเลย

รู้ก่อนดื่ม

1 ดั้มมาตรฐาน = เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 ๑ = 1 ชั่วโมงขับออก

สำหรับผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ดื่มใช้เวลาประมาณ 1 ชม. ขับแอลกอฮอล์ 1 ดั้มมาตรฐาน ออกจากร่างกาย ไม่สามารถเร่งกระบวนการนี้ได้!

เบียร์ RTD 5-7% = 1 กระป๋อง หรือ ขวดเล็ก (330 ๑) = วิสกี้ หรือ วอดก้า 40-43% = 3 ฝา (รวม 30 ๑)

ปริมาณดั้มมาตรฐานในแต่ละเครื่องดื่ม จะช่วยควบคุมสติการดื่มให้เราได้

ไวน์ 11-13% = 1 แก้ว (100 ๑)

1 ดั้มมาตรฐาน

ดื่มอย่างรับผิดชอบ ดื่มแบบ DRINKiQ DRINK RESPONSIBLY. DRINK WITH DRINKiQ

2.3 การรับประทานอาหารรสเค็ม

1. ลักษณะอาหารที่ท่านชอบรับประทาน เป็นอาหารที่มีรสใด

1. จืด 2. เค็ม 3. หวาน
 4. พอเหมาะ 5. อื่น ๆ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของท่าน ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 5-7 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-4 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่าน ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

ลำดับ	รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
		เป็นประจำ	บ่อย ๆ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1	ท่านเติมน้ำปลา หรือน้ำปลาพริก ซอสปรุงรสเพิ่มในอาหาร ก่อนรับประทาน				
2	ท่านกินอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง กระเทียมดอง ปลาร้า น้ำปู กะปิ				
3	ท่านกินอาหารสุกๆดิบๆ เช่น ปลาร้า ก้อยดิบ แหนม ส้มตำปู ลาบดิบ				
4	ท่านรับประทานผลไม้ดอง เช่น มะม่วงดอง มะขามดอง ฝรั่งดอง ลูกกระท้อนดอง เป็นต้น				
5	ท่านปรุงรส อาหารในขณะที่ทำอาหารด้วยเครื่องปรุงรส ต่าง ๆ เช่น รสดี ซอส ซีอิ๊วขาว เกลือ น้ำปลา น้ำมันหอย ผงชูรส กะปิ ปลาร้า ถั่วเน่า และอื่น ๆ ระบุ.....				

2.4 การออกกำลังกาย

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ ในการออกกำลังกาย ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่สม่ำเสมอแต่มีการปฏิบัติ บ่อยครั้ง

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่บ่อยครั้ง แต่มีการปฏิบัติ นานๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามีท่าน ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

ลำดับ	รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
		เป็นประจำ	บ่อย ๆ	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนรู้สึกเหนื่อยมากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20 นาที				
2	ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาในระดับปานกลาง(รู้สึกเหนื่อยพอสมควร หายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อยแต่ยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที				
3	ท่านออกกำลังกายเล่นกีฬาเบาๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกายเช่นทำงานบ้าน เดินไปทำงาน (ไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อยหรืออาจเหนื่อยเล็กน้อย) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันๆ ละ 60 นาที				
4	ท่านทำการอบอุ่นร่างกาย ก่อนออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา 5-10 นาที				
5	ท่านทำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา 5-10 นาที				

ส่วนที่ 4 ความเครียด

แบบประเมินความเครียด โดยการให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/ระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล

นายนิรันดร์ สุวรรณ

วัน เดือน ปี เกิด

10 ธันวาคม พ.ศ. 2518

ประวัติการศึกษา

ปีการศึกษา 2537

จบมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสันป่าตองวิทยาคม

ปีการศึกษา 2539

ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก

ปีการศึกษา 2551

ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ปีการศึกษา 2555

ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์การทำงาน

พ.ศ. 2541 - 2545

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 2 สถานีอนามัย
บ้านสองธาร ตำบลบ้านทับ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

พ.ศ. 2546 - 2555

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน (รักษาการตำแหน่ง
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกองแขก)
ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

พ.ศ. 2555 - 2557

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสองธาร
ตำบลบ้านทับ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

พ.ศ. 2557 - ปัจจุบัน

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางหินฝน
ตำบลปางหินฝน อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

