

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันเลือดสูง

สุธี สฤณีศิริ พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์, อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา*¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผลการควบคุมระดับความดันเลือด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนาในปี พ.ศ. 2553 ทั้งหมด จำนวน 300 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพ และรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.2 ± 10.6 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.7) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.3 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.7 มีรายได้พอใช้เหลือเก็บ ร้อยละ 85.0 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วย ร้อยละ 24.3 เป็นโรคความดันเลือดสูงอย่างเดียว และร้อยละ 75.7 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจตีบ อัมพฤกษ์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมในด้านการรับประทานยามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย สำหรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันเลือดได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 71.3 ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 28.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ โรคประจำตัวที่พบร่วม เช่น เบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และไขมันเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ

สรุป: ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันเลือดได้ตามเกณฑ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันเลือด ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันเอชดีแอลคอเลสเตอรอล

* ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

¹ ผู้ติดต่อ, อีเมล: big_bossboom@hotmail.com

Abstract

Health Care Behaviors in Patients with Hypertension

Suthee Saritsiri MD¹

Public Health Center 67 Thaweewathana, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration

¹ Corresponding author, e-mail address: big_bossboom@hotmail.com

Objectives: To study health care behaviors, result of blood pressure control and its associated factors in patients with hypertension.

Methods: This descriptive study consisted of 300 patients with hypertension who attended an out-patient clinic of Public Health Center 67 Thaweewathana in 2010. An interview according to a structured questionnaire involving personal data and health behaviors was conducted during July–August 2011. Additional health data was obtained from medical records.

Results: Mean age of the patients was 59.2 ± 10.6 years. More than half were female (63.7%) and had primary level of education (74.3%). Nearly half were jobless (49.3%), however, more than half had sufficient income for saving (62.7%). Majority had universal coverage of health care (85.0%). Approximately one fourth of the patients (24.3%) had hypertension only, while the remaining had co-morbidity such as hyperlipidemia, diabetes mellitus, coronary heart disease, or cerebrovascular disease. Mean score of health care behavior among all patients was good. The two highest scores among all behaviors were drug compliance followed by exercise while the lowest score was dietary behavior. Regarding the result of blood pressure control, 71.3% of patients achieved good control while 28.7% had poor control. Factors significantly associated with poor blood pressure control were low education, co-morbidity such as diabetes mellitus, high fasting blood sugar, and low HDL cholesterol.

Conclusion: Most patients with hypertension had good health care behavior and had good blood pressure control. Blood sugar and HDL cholesterol level were factors associated with the results of blood pressure control.

Keywords: health care behavior, hypertension, blood pressure control

บทนำ

โรคความดันเลือดสูงจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง และมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง อัมพฤกษ์ อัมพาต หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม เลือดออกที่จอประสาทตา ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพ สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย¹ ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้ ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง หรือความดันโลหิตสูงหมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันเลือด 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่าซึ่งจะเป็นค่าความดันเลือดตัวบน (systolic blood pressure) หรือค่าความดันเลือดตัวล่าง (diastolic blood pressure) ก็ได้ บางรายไม่มีอาการหรืออาจปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ และเหนื่อยง่ายผิดปกติร่วมกับแน่นหน้าอกได้ เป้าหมายของการควบคุมระดับความดันเลือดมีเกณฑ์ดังนี้^{1,2} คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงทั่วไปควบคุมระดับความดันเลือดให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท หากเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพฤกษ์ อัมพาต ควบคุมระดับความดันเลือดให้น้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท จากผลการศึกษาของ Antonakoudis และคณะ³ พบว่าการควบคุมระดับความดันเลือดให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายจะสามารถลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ลดการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตร้อยละ 35–40 ลดการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าร้อยละ 50 และลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 20–25

การรักษาโรคความดันเลือดสูงทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้เหมาะสม และรับประทานยาลดความดันเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลการศึกษาว่าสามารถลดระดับความดันเลือด และลดปริมาณการใช้ยาลดความดันเลือดได้ คือ 1) พฤติกรรมด้านการรับประทาน ผู้ป่วยควรรับประทาน DASH diet (dietary approach to stop hypertension) คือ รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด ลดปริมาณไขมันโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว และจำกัดเกลือในอาหารให้น้อยกว่า 2.4 กรัมของโซเดียม หรือ 6 กรัมของเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว ๆ อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3) พฤติกรรมการเฝ้าระวังเพื่อลดความเสี่ยง โดยการควบคุมน้ำหนักให้ มีดัชนีมวลกาย (body mass index) ระหว่าง 18.5–24.9 กก./ม.² งดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์^{1,2} สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอื่นที่ควรปฏิบัติร่วมด้วย คือ การผ่อนคลายความเครียด เนื่องจากเวลาที่มีภาวะเครียดจะทำให้ระดับความดันเลือดสูง

กว่าปกติ⁴ และผู้ป่วยควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไม่ควรหยุดยาเอง^{5,6}

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี พ.ศ. 2550–2552 ของสำนักกระบาดวิทยา⁷ พบผู้ป่วยเป็นโรคความดันเลือดสูงมากเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ คือ 5,019.0 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ เบาหวาน (2,604.2 ต่อประชากรแสนคน) และโรคหัวใจขาดเลือด (660.2 ต่อประชากรแสนคน) และมีอุบัติการณ์ของโรคความดันเลือดสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2553 สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์⁸ รายงานว่าโรคความดันเลือดสูง และหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประเทศ มีอัตราตาย 31.4 ต่อประชากรแสนคน รองจากมะเร็ง (91.2 ต่อประชากรแสนคน) และอุบัติเหตุ (51.6 ต่อประชากรแสนคน) และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของกรุงเทพมหานคร มีอัตราตาย 43.2 ต่อประชากรแสนคน รองจากมะเร็ง (147.6 ต่อประชากรแสนคน) โรคหัวใจ (47.5 ต่อประชากรแสนคน) และโรคปอดอักเสบ (44.2 ต่อประชากรแสนคน) จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550–2553 พบว่าโรคความดันเลือดสูงมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 63.8 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 20.8) และภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 14.3) และมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2553 ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา มีผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงทั้งหมด 300 ราย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง และผลการควบคุมความดันเลือด รวมทั้งปัจจัยทางด้านพฤติกรรม และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง และเป็นข้อมูลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันเลือดสูงต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ในปี พ.ศ. 2553 ทั้งหมด จำนวน 300 รายโดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หลังจากได้รับการรับรองให้ทำวิจัยได้ จากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ที่ดัดแปลงจากงานวิจัยของมงคลชัย แก้วเอี่ยม⁹ และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันเลือดสูง¹ และทำการตรวจสอบคุณภาพ และตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค จำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.63 จากนั้นผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ในปี พ.ศ. 2553 ทั้งหมด 300 ราย ยังรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์ฯ 270 ราย ในกลุ่มนี้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รักษาต่อเนื่องที่ศูนย์ฯ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหากอยู่ในพื้นที่เขตทวีวัฒนา หรือส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถติดตามได้ทั้งหมด 30 ราย

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร 5 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ การจัดการความเครียด 3 ข้อ การรับประทานยา 3 ข้อ และการเฝ้าระวังเพื่อลดความเสี่ยง 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1-3 แบ่งระดับความถี่ของการปฏิบัติ และการให้คะแนนดังนี้ คือ พฤติกรรมเชิงบวกเป็นพฤติกรรมที่ดี และเหมาะสมปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-4 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน หากเป็นพฤติกรรมเชิงลบ เป็นพฤติกรรมที่จะต้องปรับปรุง ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-4 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้ 3 คะแนน การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพทำโดยรวมคะแนน 20 ข้อแล้วคิดค่าเฉลี่ย แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ระดับต่ำ 1.00-1.66 คะแนน ระดับปานกลาง 1.67-2.32 คะแนน และระดับดี 2.33-3.00 คะแนน สำหรับพฤติกรรมในแต่ละด้านแปลผลแบบเดียวกันโดยหาค่าเฉลี่ยจากคะแนนรวมของข้อคำถามในแต่ละด้าน

แบบบันทึกข้อมูลการรักษา ได้แก่ โรคประจำตัวที่พบร่วม ระดับความดันเลือดในแต่ละครั้ง จำนวนชนิดของกลุ่มยาลดความดันเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ ผลการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดขณะงดอาหาร ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ระดับความดันเลือดที่นำมาประเมินผลการควบคุมความดันเลือด หมายถึง ระดับความดันเลือดเฉลี่ยของผู้ป่วย หลังจากได้รับการรักษาควบคุมความดันเลือดมานาน 3 เดือนเป็นต้นไปจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูลคำนวณโดยนำค่าความดันเลือดที่วัดเวลาผู้ป่วยมาพบแพทย์แต่ละครั้งรวมกันหารด้วยจำนวนครั้ง จำแนกความดันตัวบน (systolic blood pressure) และความดันตัวล่าง (diastolic blood pressure) ผลการควบคุมระดับความดันเลือด ควบคุมได้ หมายถึง ค่าความดันเลือดเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย¹ กำหนด คือน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท แต่หากมีโรคประจำตัวอื่นร่วม เช่น เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพฤกษ์ อัมพาต จะกำหนดค่าน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ค่าความดันเลือดเฉลี่ยของผู้ป่วยมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับค่าระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือด นำมาจากการตรวจเลือดประจำปี พ.ศ. 2554 ซึ่งทางศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนาจะตรวจในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายนของทุกปี ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ หมายถึงระดับน้ำตาลที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง ระดับไตรกลีเซอไรด์มีค่ามากกว่า 150 มก./ดล. และ/หรือ ระดับคอเลสเตอรอลรวมมากกว่า 200 มก./ดล. และ/หรือ ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลมากกว่า 130 มก./ดล. และ/หรือ ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 45 มก./ดล. ในเพศชาย หรือน้อยกว่า 55 มก./ดล. ในเพศหญิง ซึ่งหากระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือดผิดปกติจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดได้¹⁰

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 17.0 ทดสอบการกระจายข้อมูลโค้งปกติ โดยใช้ komolgorov smirnov test ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์และนำเสนอด้วยความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย อายุ ค่าระดับความดันเลือด วิเคราะห์และนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใช้สถิติ chi-square test, unpaired t-test หรือ one-way ANOVA test ทั้งนี้ใช้ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติต่ำกว่า 0.05 ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงมีจำนวนทั้งสิ้น 300 ราย เป็นเพศหญิง 191 รายคิดเป็นร้อยละ 63.7 เพศชาย 109 รายคิดเป็นร้อยละ 36.3 มีอายุระหว่าง 29 – 85 ปี เฉลี่ย 59.2 ± 10.6 ปี ร้อยละ 74.3 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในด้านสถานะเศรษฐกิจ ร้อยละ 62.7 มีรายได้พอใช้เหลือเก็บ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.0) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 9.0 ใช้สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 2.3 ใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 3.7 ชำระค่ารักษาเอง ผู้ป่วยเป็นโรคความดันเลือดสูงอย่างเดียวโดยไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 24.3 โรคประจำตัวที่พบร่วมกับโรคความดันเลือดสูงมากที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 66.7) รองลงมาได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 31.0) ทั้งนี้มีผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นคือไขมันในเลือดสูงอย่างเดียวร้อยละ 43.7 เบาหวานอย่างเดียวร้อยละ 8.0 โรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเดียว ร้อยละ 0.3 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตอย่างเดียว ร้อยละ 0.3 ไขมันในเลือดสูงร่วมกับเบาหวานร้อยละ 22.7 ไขมันในเลือดสูงร่วมกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 0.3 เบาหวานร่วมกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 0.3 กลุ่มยาลดความดันเลือดที่ผู้ป่วยได้รับมี 5 กลุ่มได้แก่ กลุ่ม diuretics กลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) กลุ่ม beta blocker กลุ่ม angiotensin receptor blockers (ARBs) และกลุ่ม calcium channel blockers (CCBs) ผู้ป่วยความดันเลือดสูงส่วนใหญ่ได้รับยาลดความดันเลือดมากกว่า 1 กลุ่ม คือร้อยละ 42.7 ได้รับยา 2 กลุ่ม และร้อยละ 19.0 ได้รับยาตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป (ตารางที่ 1)

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงพบว่าพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ย 2.47 ± 0.22 เมื่อจำแนกพฤติกรรมในแต่ละด้านพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ด้านการรับประทานยาซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.87 ± 0.24 ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.0) รับประทานยาตรงตามเวลาตามแพทย์สั่งเป็นประจำ และร้อยละ 91.7 ไม่เคยปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยารักษาโรคความดันเลือดสูงเอง พฤติกรรมที่ได้คะแนนรองลงมา คือการออกกำลังกาย 2.52 ± 0.46 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.6) ทำกิจกรรมเคลื่อนไหว เช่น เดิน ทำงานบ้าน ล้างรถ ทำสวนเป็นประจำ ในด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียดมีคะแนน 2.47 ± 0.41 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.7) พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวันเป็นประจำ ในด้านการเฝ้าระวังเพื่อลดความเสี่ยงมีคะแนน 2.44 ± 0.33 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ

88.0) ตรวจวัดความดันเลือดอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ แต่มีผู้ป่วยที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 14.3 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 2.26 ± 0.34 ทั้งนี้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ปฏิบัติได้แก่ การควบคุมปริมาณเกลือโซเดียมในฉลากก่อนซื้ออาหารสำเร็จรูป (ร้อยละ 66.7) และผู้ป่วย (ร้อยละ 48.7) มักเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส เพิ่มก่อนรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.0) รับประทานอาหารหลากหลาย เน้นผัก และผลไม้รสไม่หวานจัดเป็นประจำ และร้อยละ 34.7 รับประทานเป็นบางครั้ง (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ผลการควบคุมระดับความดันเลือดในกลุ่มผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันเลือดได้ตามเกณฑ์ 214 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.3 ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ 86 รายคิดเป็นร้อยละ 28.7 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลการควบคุมระดับความดันเลือด พบว่า ระดับการศึกษา และโรคประจำตัวสัมพันธ์กับผลการควบคุมระดับความดันเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะควบคุมความดันเลือดได้ ร้อยละ 81.0 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ที่ควบคุมได้ร้อยละ 70.0 และระดับปริญญาตรีที่ควบคุมได้ร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงอย่างเดียวหรือมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยมี 204 ราย ควบคุมได้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคความดันเลือดสูงแห่งประเทศไทยกำหนด คือ น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท 181 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.7 กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม เช่น เบาหวาน และ/หรือหลอดเลือดหัวใจตีบ และ/หรือ อัมพฤกษ์ร่วมด้วย 96 ราย ควบคุมได้ตามเกณฑ์ที่น้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานะเศรษฐกิจก็มีแนวโน้มว่าสัมพันธ์กับการควบคุมความดันเลือดได้ แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ไม่มีเงินพอใช้เหลือเก็บจะควบคุมความดันเลือดได้ร้อยละ 74.5 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีเงินไม่พอใช้หรือเป็นหนี้ จะควบคุมความดันเลือดได้ร้อยละ 66.1 ส่วนเพศ อายุ อาชีพ จำนวนกลุ่มของยาลดความดันเลือดที่ใช้ ไม่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันเลือดได้ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ และสถานะเศรษฐกิจ โดยพบว่าเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 2.51 ± 0.22 สูงกว่าเพศชายซึ่งมีคะแนน 2.41 ± 0.21 ผู้ป่วยที่มีเงินพอใช้ เหลือเก็บ จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่เป็นหนี้ (คะแนน 2.49 ± 0.22 และ คะแนน 2.44 ± 0.23 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับผลการควบคุมระดับความดันเลือด และพฤติกรรมสุขภาพ (n=300)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ผู้ป่วยทั้งหมด		ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันเลือดได้			พฤติกรรมสุขภาพ	
	จำนวน	ร้อยละ ^a	จำนวน	ร้อยละ ^b	p-value ^c	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value ^d
เพศ					0.550		0.010
ชาย	109	36.3	75	68.8		2.41 $\pm$ 0.21	
หญิง	191	63.7	139	72.8		2.51 $\pm$ 0.22	
อายุ (ปี)					0.332		0.604
< 60	158	52.7	117	74.1		2.51 $\pm$ 0.21	
$\geq$ 60	142	47.3	97	68.3		2.44 $\pm$ 0.23	
ระดับการศึกษา					0.046		0.612
ประถมศึกษา	223	74.3	156	70.0		2.47 $\pm$ 0.22	
มัธยมศึกษา	63	21.0	51	81.0		2.50 $\pm$ 0.22	
ปริญญาตรี	14	4.7	7	50.0		2.46 $\pm$ 0.24	
อาชีพ					0.388		0.339
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	148	49.3	101	68.2		2.49 $\pm$ 0.22	
ใช้แรงงาน	51	17.0	36	70.6		2.49 $\pm$ 0.23	
รับราชการ ค้าขาย อื่น ๆ	101	33.7	77	76.2		2.45 $\pm$ 0.22	
สถานะเศรษฐกิจ					0.155		0.023
ไม่พอใช้เป็นหนี้	112	37.3	74	66.1		2.44 $\pm$ 0.23	
พอใช้ เหลือเก็บ	188	62.7	140	74.5		2.49 $\pm$ 0.22	
กลุ่มยาลดความดันเลือด					0.383		0.582
ได้ยา 1 กลุ่ม	115	38.3	85	73.9		2.49 $\pm$ 0.22	
ได้ยา 2 กลุ่ม	128	42.7	86	67.2		2.46 $\pm$ 0.23	
ได้ยา $\geq$ 3 กลุ่ม	57	19.0	43	75.4		2.46 $\pm$ 0.22	
โรคประจำตัวที่พบรวม					< 0.0001		0.556
ไม่มีหรือมีแต่ไขมัน	204	68.0	181	88.7		2.48 $\pm$ 0.22	
ในเลือดสูง							
มีโรคเบาหวาน และ/หรือ	96	32.0	33	34.4		2.46 $\pm$ 0.24	
หลอดเลือดหัวใจตีบ							
และ/หรือ อัมพฤกษ์							
รวม	300	100	214	71.3		2.47 $\pm$ 0.22	

^a ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด 300 ราย^b ร้อยละของผู้ป่วยในกลุ่มนั้น ๆ เช่น ร้อยละของเพศชาย^c p-value by chi-square test^d p-value by t-test or one-way ANOVA test

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในแต่ละด้าน กับผลการควบคุมระดับความดันเลือด (n=300)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ผลการควบคุมระดับความดันเลือด			p-value ^a
	ทั้งหมด (n=300)	กลุ่มควบคุมได้ (n=214)	กลุ่มควบคุมไม่ได้ (n=86)	
	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ด้านการรับประทานอาหาร	2.26 ± 0.34	2.24 ± 0.34	2.31 ± 0.35	0.091
ด้านการออกกำลังกาย	2.52 ± 0.46	2.47 ± 0.47	2.64 ± 0.43	0.004
ด้านการรับประทานยา	2.87 ± 0.24	2.88 ± 0.25	2.86 ± 0.25	0.523
ด้านการเฝ้าระวังความเสี่ยง	2.44 ± 0.33	2.45 ± 0.33	2.41 ± 0.36	0.513
ด้านการจัดการความเครียด	2.47 ± 0.41	2.48 ± 0.42	2.47 ± 0.41	0.918
พฤติกรรมโดยรวม	2.47 ± 0.22	2.47 ± 0.22	2.48 ± 0.23	0.465

^a p-value by unpaired t-test

จำนวนกลุ่มขาดความดันเลือดที่ผู้ป่วยได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมความดันเลือดพบว่าคะแนนพฤติกรรมโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดได้และไม่ได้ ส่วนคะแนนพฤติกรรมรายด้านพบว่าคะแนนเกือบทุกด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงด้านพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่กลุ่มควบคุมความดันเลือดไม่ได้มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ในด้านพฤติกรรมรายข้อที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดได้และไม่ได้ ได้แก่ การควบคุมปริมาณเกลือโซเดียมในฉลากก่อนซื้ออาหารสำเร็จรูป และการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และ 30 นาทีต่อวันโดยกลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดได้มีการควบคุมปริมาณเกลือโซเดียมในฉลากก่อนซื้ออาหารสำเร็จรูปเป็นประจำและบางครั้งร้อยละ 10.8 และ 19.6 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดไม่ได้มีการควบคุมปริมาณเกลือโซเดียมในฉลากก่อนซื้ออาหารสำเร็จรูปเป็นประจำและบางครั้ง ร้อยละ 19.8 และ 20.9 ตามลำดับ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์และ 30 นาทีต่อวัน กลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดได้ ปฏิบัติเป็นประจำและบางครั้ง ร้อยละ 40.7 และ 38.3 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดไม่ได้

ปฏิบัติเป็นประจำและบางครั้ง ร้อยละ 60.4 และ 29.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

สำหรับการตรวจหาภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยประเมินจากระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดขณะอดอาหาร พบว่าผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั้งหมดมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 114.1 ± 30.4 มก./ดล. ผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วมด้วย 93 ราย มีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 140.4 ± 34.7 มก./ดล. พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 22.0 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ ≥ 126 มก./ดล. ผู้ป่วยร้อยละ 38.3 มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 55.7 มีระดับคอเลสเตอรอลรวมสูง ร้อยละ 43.0 มีระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลสูง และร้อยละ 51.0 มีระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มก./ดล. สามารถควบคุมความดันเลือดได้เพียงร้อยละ 43.9 ในขณะที่ผู้ที่มีการระดับน้ำตาลในเลือด < 126 มก./ดล. สามารถควบคุมความดันเลือดได้ร้อยละ 79.1 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลสูงจะสามารถควบคุมระดับความดันเลือดได้ร้อยละ 77.6 ซึ่งสูงกว่าผู้ที่มีการระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำที่ควบคุมความดันได้ร้อยละ 65.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับไตรกลีเซอไรด์คอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอลคอเลสเตอรอลไม่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันเลือด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันเลือดได้ และควบคุมไม่ได้ (n=300)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ผลการควบคุมระดับความดันเลือด									p-value ^a
	ทั้งหมด (n=300)			กลุ่มควบคุมได้ (n=214)			กลุ่มควบคุมไม่ได้ (n=86)			
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ	
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร										
รับประทานอาหารหลากหลายเน้นผักและผลไม้	1.3	34.7	64.0	1.4	35.0	63.6	1.2	33.7	65.1	0.783
รับประทานอาหารสำเร็จรูปปริมาณ	66.7	20.0	13.3	69.6	19.6	10.8	59.3	20.9	19.8	0.035
ก่อนรับประทานอาหารเติมน้ำปลา ซีอิ๊วหรือ	51.3	32.7	16.0	51.4	30.8	17.8	51.2	37.2	11.6	0.535
รสไม่หวานจัด (DASH diet)										
เกลือโซเดียมในฉลาก										
รับประทานอาหารรสเค็ม เช่น กะปิ ปลาเค็ม	67.0	23.7	9.3	64.0	26.2	9.8	74.4	17.5	8.1	0.151
ไดปลา ผักกาดดอง ไข่เค็ม										
รับประทานอาหารมัน เช่น ข้าวขาหมู	35.7	58.6	5.7	36.0	58.4	5.6	34.9	59.3	5.8	0.858
ข้าวมันไก่ อาหารผัด อาหารทอด										
พฤติกรรมการออกกำลังกาย										
ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	18.0	35.7	46.3	21.0	38.3	40.7	10.5	29.1	60.4	< 0.005
และ 30 นาทีต่อวัน										
ทำกิจกรรมเคลื่อนไหว เช่น เดิน	1.7	20.7	77.6	2.3	20.1	77.6	0.0	22.1	77.9	0.653
ทำงานบ้าน ล้างรถ ทำสวน										
พฤติกรรมการจัดการความเครียด										
ทำงานอดิเรกยามว่าง เช่น ปลูกต้นไม้	12.7	40.7	46.6	12.1	39.3	48.6	13.9	44.2	41.9	0.335
ฟังเพลง ทำบุญที่วัด										
พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อย	8.0	26.3	65.7	8.9	26.6	64.5	5.8	25.6	68.6	0.378
6-8 ชั่วโมงต่อวัน										
เครียดวิตกกังวลปัญหาต่าง ๆ เช่น สุขภาพ	60.3	30.0	9.7	59.8	30.8	9.4	61.6	27.9	10.5	0.935
ตนเอง คนในครอบครัว หน้าที่การงาน										
พฤติกรรมการรับประทานยา										
รับประทานยาตรงตามเวลาตามแพทย์สั่ง	0.3	3.7	96.0	0.0	3.7	96.3	1.2	3.5	95.3	0.460
ปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยารักษา	91.7	8.3	0.0	92.5	7.5	0.0	89.5	10.5	0.0	0.399
โรคความดันเลือดสูงเอง										
หยุดรับประทานยารักษา	80.3	13.7	6.0	79.9	14.5	5.6	81.4	11.6	7.0	0.987
โรคความดันเลือดสูงเอง										
พฤติกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยง										
ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน	35.7	20.7	43.6	36.0	19.6	44.4	34.9	23.2	41.9	0.900
หาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ	29.3	37.7	33.0	29.0	36.4	34.6	30.2	40.7	29.1	0.503
โรคความดันเลือดสูง										
ตรวจวัดความดันเลือดอย่างสม่ำเสมอ	2.0	10.0	88.0	0.9	9.8	89.3	4.6	10.5	84.9	0.115
สังเกตความผิดปกติ เช่น ขาบวม	24.3	14.7	61.0	25.2	13.1	61.7	22.1	18.6	59.3	0.944
ซีด ปัสสาวะเป็นฟอง										
รีบพบแพทย์หากมีอาการปวดศีรษะ	31.7	22.3	46.0	31.3	20.1	48.6	32.6	27.9	39.5	0.355
เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก										
สูบบุหรี่	85.7	10.0	4.3	86.9	9.4	3.7	82.6	11.6	5.8	0.304
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	80.0	18.3	1.7	79.0	19.1	1.9	82.6	16.3	1.1	0.457

แสดงข้อมูลเป็นร้อยละ

ปฏิบัติบางครั้ง = ปฏิบัติ 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์

^a p-value by chi-square test

ปฏิบัติประจำ = ปฏิบัติ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด กับผลการควบคุมระดับความดันเลือด (n=300)

ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดขณะงดอาหาร	ผู้ป่วยทั้งหมด		ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันเลือดได้		p-value ^c
	จำนวน	ร้อยละ ^a	จำนวน	ร้อยละ ^b	
น้ำตาลในเลือด					< 0.001
< 126 มก./ดล.	234	78.0	185	79.1	
≥ 126 มก./ดล.	66	22.0	29	43.9	
ไตรกลีเซอไรด์					0.993
≤ 150 มก./ดล.	185	61.7	132	71.4	
> 150 มก./ดล.	115	38.3	82	71.3	
คอเลสเตอรอลรวม					0.630
≤ 200 มก./ดล.	133	44.3	93	69.9	
> 200 มก./ดล.	167	55.7	121	72.5	
แอลดีแอลคอเลสเตอรอล					0.305
≤ 130 มก./ดล.	171	57.0	118	69	
> 130 มก./ดล.	129	43.0	96	74.4	
เฮชดีแอลคอเลสเตอรอล					0.020
ชาย ≥ 45 มก./ดล., หญิง ≥ 55 มก./ดล.	147	49.0	114	77.6	
ชาย < 45 มก./ดล., หญิง < 55 มก./ดล.	153	51.0	100	65.4	

^a ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด 300 ราย

^b ร้อยละของผู้ป่วยในกลุ่มนั้น ๆ เช่น ร้อยละของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด < 126 มก./ดล.

^c p-value by chi-square test

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงโดยรวมอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมระดับความดันเลือดได้ตามเกณฑ์ถึงร้อยละ 71.3 หากจำแนกพฤติกรรมในแต่ละด้านพบว่ามีความเหมาะสมระดับดีเกือบทุกด้าน ยกเว้นพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนระดับปานกลาง พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารเชิงบวก เช่น การรับประทานอาหารที่หลากหลาย เน้นผักผลไม้รสไม่หวาน ในกลุ่มผู้ป่วยมีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงประจำสูงถึงร้อยละ 98.7 อาจเนื่องจากเขตทวีปนี้เป็นพื้นที่เกษตร คือเป็นแหล่งปลูกผัก หารับประทานได้ง่าย แต่พฤติกรรมการดูปริมาณเกลือโซเดียมในฉลากก่อนซื้ออาหารสำเร็จรูปเป็นพฤติกรรมที่กลุ่มผู้ป่วยไม่ได้ทำสูง อาจเป็นเพราะปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่รับประทานอาหารสำเร็จรูปเป็นถุงหรือจาน

ไม่ทราบปริมาณเกลือโซเดียมที่ชัดเจน และฉลากที่แสดงปริมาณเกลือโซเดียมมีเฉพาะในอาหารกึ่งสำเร็จรูปที่มีบรรจุภัณฑ์ เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ผักกาดกระป๋อง ขนมหกัณฐ์กรอบ ซึ่งก็มีขนาดตัวอักษรค่อนข้างเล็ก

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พบว่าไม่สัมพันธ์กับผลการควบคุมความดันเลือด แต่เมื่อพิจารณารายพฤติกรรม พบว่าพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผลการควบคุมความดันเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การออกกำลังกาย และการดูปริมาณเกลือโซเดียมในฉลาก โดยพบว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันไม่ได้มีพฤติกรรมทั้ง 2 ด้านนี้ดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันได้ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Ham และ Yang¹¹ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันเลือดได้ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างน้อย 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนกลุ่มที่ควบคุมความดันไม่ได้มักขาดการออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมเคลื่อนไหว เหตุที่การศึกษานี้มีผลต่างจาก

การศึกษาของ Ham และ Yang¹¹ อาจเป็นเพราะในกลุ่มผู้ที่ควบคุมความดันเลือดไม่ได้แพทย์จะส่งต่อพยาบาลประจำคลินิกความดันเลือดสูงซึ่งจะมีการให้คำปรึกษาแนะนำให้ออกกำลังกายรวมถึงลดการรับประทานอาหารรสเค็มโดยเป็นการเน้นย้ำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดได้

ผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ และสถานะเศรษฐกิจ โดยพบว่าเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของเนวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ¹² ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีเงินพอใช้เหลือเก็บจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่เป็นหนี้ ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของเนวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ¹² ที่พบว่ารายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง อย่างไรก็ตามสถานะเศรษฐกิจน่าจะมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เนื่องจากการเลือกซื้ออาหาร ผัก ผลไม้รับประทานการออกกำลังกายในสถานที่ต่าง ๆ การตรวจสุขภาพ ล้วนต้องมีการใช้จ่ายทั้งสิ้น

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันเลือด พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาควบคุมความดันเลือดได้ร้อยละ 81.0 ซึ่งสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี สามารถควบคุมความดันเลือดได้เพียงร้อยละ 50.0 อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้มีผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเพียง 14 ราย การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ที่มิโรคความดันเลือดสูงอย่างเดียวหรือมีภาวะไขมันในเลือดสูงรวมด้วย ควบคุมความดันได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 88.7 ในขณะที่ผู้ที่มิโรคเบาหวาน และ/หรือหลอดเลือดหัวใจตีบ และ/หรืออัมพฤกษ์รวมด้วย ควบคุมความดันได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 34.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้รายที่มีระดับน้ำตาลในเลือด < 126 มก./ดล. และรายที่มีระดับเฮโมกลินเอซีแอลสูง จะสัมพันธ์กับการควบคุมความดันเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระดับไขมันเอซีแอลคอเลสเตอรอลจะสูงขึ้นในผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ² สำหรับด้านสถานะเศรษฐกิจ การศึกษานี้พบว่าผู้ที่เศรษฐกิจพอใช้ หรือเหลือเก็บมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับความดันเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีเงินไม่พอใช้หรือเป็นหนี้ แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุและเพศไม่สัมพันธ์กับการสามารถควบคุมโรคความดันเลือดสูง การศึกษาของ Lloyd-Jones และคณะ¹³ และการศึกษาของ Mendez และคณะ¹⁴ ก็พบว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดไม่ได้มักไม่ได้เรียน หรือจบเพียงชั้น

ประถมศึกษา และมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ ในด้านอายุและเพศ การศึกษาของ Hyman และคณะ¹⁵ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย หรือเพศหญิงสามารถควบคุมความดันเลือดได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ซึ่งเพศและอายุไม่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันเลือด ในด้านการควบคุมความดันเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว การศึกษาของ ACCORD (The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) Study Group¹⁶ พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ควบคุมความดันเลือดได้ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้

โดยสรุปผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมความดันเลือดได้ตามเกณฑ์ปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับการควบคุมความดันเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวที่พบร่วมด้วย โดยเฉพาะเบาหวาน การที่มีระดับน้ำตาลในเลือด > 126 มก./ดล. และการมีระดับเฮโมกลินเอซีแอลคอเลสเตอรอลต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มงานบริการสุขภาพศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนาที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Hypertension Society. Guideline in the treatment of hypertension 2008. Available at: http://www.thaihypertension.org/files/162_1.2012%20Guideline.pdf. Retrieved Dec 15, 2011.

2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-72.
3. Antonakoudis G, Poulimenos L, Kifnidis K, Zouras C, Antonakoudis H. Blood pressure control and cardiovascular risk reduction. *Hippokratia* 2007; 11: 114-9.
4. Rodrigo R, Prat H, Passalacqua W, Araya J, Guichard C, Bächler JP. Relationship between oxidative stress and essential hypertension. *Hypertens Res* 2007; 30: 1159-67.
5. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH, et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA* 2003; 289: 2534-44.
6. Hadi N, Rostami Gooran N. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. *Arch Iranian Med* 2004; 7: 292-6.
7. Bureau of Non-communicable Disease, Ministry of Public Health. Annual report 2010. Bangkok. Ministry of Public Health; 2010.
8. Policy and Strategy Office, Ministry of Public Health. Rates of morbidity and mortality statistics, disease. Bangkok. Ministry of Public Health; 2010.
9. Kaewaium M. Health perceives and self-care behaviors of people with diabetes mellitus Nongklangna Subdistrict, Muang District, Ratchaburi Province [dissertation]. Bangkok: Nakhon Pathom Rajabhat University; 2007. p. 79-80.
10. Diabetes Association of Thailand. Diabetes Clinical Practice Guideline 2011. Bangkok: Srimueng Press; 2011. p. 40.
11. Ham OK, Yang SJ. Lifestyle factors associated with blood pressure control among those taking antihypertensive medication. *Asia Pac J Public Health* 2011; 23: 485-95.
12. Juntanon N, Singchai B, Worawong W. Self care behavior of hypertension patients who live in Muang district, Chumphon province. *KKU Res J* 2011; 16: 749-58.
13. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Levy D. Hypertension in adults across the age spectrum: current outcomes and control in the community. *JAMA* 2005; 294: 466-72.
14. Mendez MA, Cooper R, Wilks R, Luke A, Forrester T. Income, education, and blood pressure in adults in Jamaica, a middle-income developing country. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 400-8.
15. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med* 2001; 345: 479-86.
16. ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC Jr, Grimm RH Jr, Cutler JA, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010; 362: 1575-85.