

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ไข้หวัดที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวน ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) เป็นแรงดันของเลือดที่กระทำต่อผนังของหลอดเลือด มักจะบ่งบอกถึงความดันในหลอดเลือดแดงเป็น 2 ค่า ค่าความดันโลหิตตัวบนคือความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงสุดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และค่าความดันโลหิตตัวล่างคือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) เป็นความดันโลหิตต่ำสุดในหลอดเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว

คณะกรรมการองค์การอนามัยโลกและสมาคมโรคความดันโลหิตสูงระหว่างประเทศ (World Health Organization & International Society of Hypertension (WHO/ISH) โดย Joint National Committee, 1999) ให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูง ว่าเป็นภาวะที่ความดันโลหิต Systolic/ Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือมีการหดตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงเล็กลงหรือหดตัวทำให้เลือดที่จะไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลงทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ แต่พบมากในวัยผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป

### การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกเป็นระดับ (JNC VII, 1999) ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งระดับความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ JNC VI Report

ชนิดของความดันโลหิต	Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)
ความดันโลหิตปกติ	< 130	< 85
แนวโน้มความดันโลหิตสูง	130 - 139	85 - 89
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)		
- ระยะ 1 (Mild)	140 - 159	90 - 99
- ระยะ 2 (Moderate)	160 - 179	100 - 109
- ระยะ 3 (Severe)	≥ 180	≥ 110

นอกจากนี้ คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาโรคความดันโลหิตสูง (2533) แบ่งความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ

ระดับที่ 2 ตรวจร่างกายผู้ป่วยแล้วพบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. เวนตรีเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกาย หรือเอกซเรย์ทรวงอก หรือตรวจคลื่นไฟฟ้า

หัวใจ

2. หลอดเลือดแดงอาเทอร์iosklerosis ของเรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือตีบบางส่วน

3. ไช่ขาวในปัสสาวะหรือระดับครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงกว่าปกติ

ระดับที่ 3 มีอาการและตรวจพบความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากระดับ

ความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น คือ

1. ภาวะหัวใจวาย

2. อัมพาต ซึ่งเกิดจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิต

สูงชนิดร้ายแรง (Hypertensive Encephalopathy)

3. ความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตาในระดับ 3 หรือ 4 (Hypertensive Retinopathy Grade 3

หรือ Grade 4)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุมาโดยมีโรคประจำตัวบางโรคมาก่อน ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้ ที่สำคัญได้แก่

1.1 ความผิดปกติที่ไต เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด Secondary Hypertension มากที่สุด และพบมากในเด็กถึงร้อยละ 70-95 พยาธิสภาพของโรคจะไปกระตุ้นการทำงานของ Renin Angiotension Aldosterone System (RAA) มีผลทำให้มีการคั่งของ โซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย และยังทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว มีผลให้ความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เช่น การตีบของหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal Artery Stenosis) เนื้องอกที่ไต (Wilms' Tumor) การอักเสบที่ไต (Glomerulonephritis) และ ไตวาย (Renal Failure) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไตวายกับความดันโลหิตสูงจะเป็นโรคที่เป็นวัฏจักรต่อเนื่องกัน และทำให้ภาวะของโรคทั้งสองรุนแรงมากขึ้น

1.2 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ได้แก่

1.2.1 Primary Aldosteronism Cushing's Syndrome การใช้ฮอร์โมนบางชนิดเป็นเหตุส่งเสริมให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมน Glucocorticoid ได้แก่ Cortisol และฮอร์โมน Mineralocorticoid ได้แก่ Aldosterone ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้มีการคั่งของ โซเดียม และน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น

1.2.2 Pheochromocytoma เป็นเนื้องอกของ Chromaffin Tissue ของต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal Medulla) ทำให้มีการหลั่งของสารประกอบ Catecholamines เพิ่มขึ้น ซึ่งมีกลไกการทำงานที่แบบระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว อัตราการเต้นของหัวใจ และ Cardiac Output เพิ่มขึ้น เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โรคนี้ถ้าไม่รักษาภายใน 6 เดือนผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้

1.2.3 Acromegaly โรคนี้ทำให้มีระดับของ Aldosterone เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีการคั่งของ โซเดียม และน้ำเพิ่มขึ้น

1.2.4 Hypothyroidism ในโรค Hypothyroidism พยาธิสภาพของโรคจะทำให้มี Cardiac Output ลดลง ซึ่งร่างกายจะพยายามชดเชยให้เกิดความสมดุล โดยการเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือด ซึ่งสามารถตรวจพบค่าความดันเลือดไดแอสโตลิกมักสูงขึ้น นอกจากนี้การใช้ฮอร์โมนไทรอยด์ชดเชย จะมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก

1.3 ความผิดปกติของหลอดเลือด ภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง จะเป็นเหตุให้หลอดเลือดมีความต้านทานสูงขึ้นและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าความดันเลือดไดแอสโตลิก นอกจากนี้ถ้าหลอดเลือดตีบแข็งก็จะนำไปสู่การตีบแข็งของหลอดเลือดแดง

ที่ไต เมื่อเนื้อเยื่อของไตได้รับเลี้ยงไปเลี้ยงไม่พอเพียงก็จะมีกระบวนการทำหน้าที่ของ Renin Angiotension Aldosterone System ดังได้กล่าวแล้ว

1.4 ความผิดปกติของระบบประสาท มักพบในผู้ป่วยที่มีแรงดันในสมองเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะที่มีเลือดออกในสมอง (Intracranial Hemorrhage) หรือมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hematoma) จะเป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ถ้าสมองบางส่วน ถูกกดทับ เช่น Posterior Hypothalamus Medulla จะเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่ง Catecholamine เพิ่มขึ้นตามมา

1.5 การใช้ยาหรือสารเคมีบางชนิด ก็มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น

1.5.1 Sympathomimetic Agents ได้แก่ Amphetamine Caffeine และ Adrenalin

1.5.2 ฮอร์โมนต่างๆ และยาคุมกำเนิด

1.6 การตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Toxemia of Pregnancy)

2. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ

90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มักไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่มีปัจจัยเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน ความเครียด การรับประทาน อาหารที่ไม่เหมาะสม อาหารรสเค็มจัด และการสูบบุหรี่ เป็นต้น (เกษม วัฒนชัย, 2532)

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แท้จริง แต่การเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ พบว่า หากทั้งพ่อแม่เป็น โรคความดันโลหิตสูง โอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 44-73 หากพ่อหรือแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งป่วยโอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 16-57 แต่ทั้งพ่อและแม่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลูกมีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงประมาณร้อยละ 4-18 จากการศึกษาในฝาแฝด พบว่า หากเป็นคู่ฝาแฝด จะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 50 ส่วนเชื้อชาติ เพศ และวัยที่เพิ่มขึ้น พบว่าคนผิวดำมีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว 2 เท่า โดยพบว่า หญิงอเมริกันผิวดำวัย 18-74 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39 ส่วนหญิงอเมริกันผิวขาว เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 25 (พนิดา กุลประสูติคิลก, 2543)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic Risk Factors) พบว่าภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน มาตรฐานมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และในขณะเดียวกันหากลดน้ำหนักลงความดันโลหิตก็ลดลงด้วย มีการศึกษาความสัมพันธ์ของ ความอ้วนกับการเกิดความดันโลหิตสูง พบว่าประมาณร้อยละ 46 ของคนอ้วนจะพบความดันโลหิต

สูง นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรกประมาณร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากความอ้วน (Havlik et al., 1983 อ้างถึงใน สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) จากการสำรวจภาวะสุขภาพของชาวอเมริกันพบว่าผู้หญิงที่อ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วน 4 เท่า ในขณะที่ผู้ชายอ้วนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่อ้วนและผู้ชายที่อ้วนจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิง (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

2.2 ปัจจัยทางด้านอาหาร (Dietary Risk Factors) พบว่าการได้รับประทานอาหารบางชนิดมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ชนิดของอาหารที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ

2.2.1 โซเดียม จากการศึกษพบว่า ปริมาณเกลือโซเดียมที่รับประทานมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง ทั้งในคนปกติ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (Stamler et al., 1987 อ้างถึงใน ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542) เนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวม ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดแดงมากขึ้น ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา มีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าประเทศพัฒนามาก ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา ได้รับโซเดียมเพียง 1,600 มิลลิกรัมต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับชาวอเมริกัน ซึ่งได้รับ 4,000 – 5,800 มิลลิกรัมต่อวัน (National Research Council, 1989)

2.2.2 แคลเซียมและโปแตสเซียม แคลเซียมนอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตแล้วยังช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูง ปริมาณที่ร่างกายควรได้รับ คือ 1,500 – 3,000 มิลลิกรัมต่อวัน จากการศึกษาวัยชัยทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่าระดับแคลเซียมที่ลดลงจะสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่สูงขึ้น และหากรับประทานแคลเซียมในปริมาณที่น้อยร่วมกับการรับประทานอาหารเค็มจะเสริมให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น สำหรับโปแตสเซียม (Potassium) ร่างกายต้องการ โปแตสเซียม 2 – 6 กรัมต่อวัน เมื่อร่างกายได้รับโปแตสเซียมเข้าไปจะขยายหลอดเลือดโดยตรงเพิ่มการสูญเสียน้ำตาลและโซเดียมออกจากร่างกาย ถ้าร่างกายได้รับโซเดียมจำนวนมากควรเพิ่ม โปแตสเซียมด้วย เพื่อไม่ให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จากการศึกษพบว่า การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมปริมาณสูงจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (Wittman et al., 1989 อ้างถึงใน ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542)

2.2.3 ไขมัน หากรับประทานอาหารที่มีไขมันประเภทอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ทำให้มีการสะสมของไขมันในเลือด ในรูปโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติ ทำให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีผลให้ผนังหลอดเลือดหนาแข็งและเปราะมากขึ้นกว่าปกติ ตลอดจนขนาดความยืดหยุ่นของหลอดเลือด เมื่อผนังหลอดเลือดหนาขึ้น

จะเป็นเหตุให้เลือดไหลไปสู่ส่วนต่าง ๆ ได้น้อย และเมื่อนั่งที่ส่วนใดส่วนหนึ่งอาจเกิดการตีบตันขึ้นทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงได้ ถ้าเกิดกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็จะทำให้หน้าที่ของสมองส่วนนั้นเสียไป อาจเป็นเหตุให้เกิดความพิการ เป็นอัมพาต ถ้าเกิดกับเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจจะทำให้เกิดอาการหัวใจขาดเลือดได้ และหากเกิดกับอวัยวะอื่น ๆ ก็จะเป็นอันตรายร้ายแรงตั้งแต่สูญเสียอวัยวะส่วนนั้นจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) การรับประทานไขมันอิ่มตัวจึงทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง เป็นผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากน้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวสูงที่มีผลต่อการขจัดไขมันของโคเลสเตอรอลและทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว

### 2.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

#### 2.3.1 แอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับ

ความดันโลหิตสูง การดื่มสุราเล็กน้อยหรือดื่มสุราในระยะแรก ๆ มีผลให้ความดันโลหิตลดลง แต่ถ้าดื่มในจำนวนมากหรือดื่มในระยะเวลานาน จะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญจะทำให้เกิดการออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดแข็งหรือแตก และในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาแอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดอันตรายจากการเสริมฤทธิ์ของยาได้ (WHO, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญจะผลิตกรดแลคติก ซึ่งจะมีผลในการยับยั้งการขับถ่ายกรดยูริกทางไต เป็นเหตุให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูง เสี่ยงต่อการตกตะกอนในไต ซึ่งมีผลทำให้เนื้อไตถูกทำลาย (Kannel, 1982 อ้างถึงใน อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) ผู้ที่ดื่มสุราจัดในปริมาณที่มากกว่า 60 มิลลิลิตรต่อวัน พบว่าจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ การดื่ม Ethanol Alcohol ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

#### 2.3.2 การออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า ถ้าออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นประจำและสม่ำเสมอ รวมทั้งการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะสามารถลดความดันโลหิตลงประมาณ 5 – 7 มิลลิเมตรปรอท ทั้งระดับความดัน Systolic และ Diastolic (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) เนื่องจากจะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น คือ อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและยังช่วยลดไขมันอิสระ ซึ่งจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง (อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) หากออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric) เช่น การยกน้ำหนัก การวิดพื้น เป็นต้น จะมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว และเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

#### 2.3.3 ความเครียด ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาท Sympathetic โดยกระตุ้นการหลั่ง Epineprine จากต่อมหมวกไต และ Norepineprine จากปลายประสาท Sympathetic ทำให้มีการบีบตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จากการศึกษา

การเผชิญความเครียดในประชากรกลุ่มต่าง ๆ พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรมมีความดันโลหิตต่ำกว่าประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่สถานีควบคุมการจราจรทางอากาศมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกว่าประชาชนทั่วไปมากกว่า 5 เท่า (Schnall et al., 1990 อ้างถึงใน สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) และจากการศึกษาพบว่าความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน (National Institutes of Health, 1977 อ้างถึงใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541)

2.3.4 การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และเร่งการป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายปล่อยสาร Catecholamine เข้าสู่ร่างกายมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงทำให้หลอดเลือดตีบตันมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (WHO, 1999)

2.3.5 ความอ้วน จากการศึกษา ในคนที่มีอายุระหว่าง 20 – 39 ปี พบว่าถ้ามีน้ำหนักตัวเกินจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนน้ำหนักปกติถึง 2 เท่า เนื่องจากคนอ้วนมักรับประทานอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรตเกินความต้องการของร่างกาย เมื่อไขมันและคาร์โบไฮเดรตถูกเผาผลาญจะเกิดคาร์บอนไดออกไซด์ น้ำ และพลังงาน สำหรับคาร์โบไฮเดรต เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเปลี่ยนเป็นกลูโคส และไกลโคเจน และท้ายสุดจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าได้รับมากกว่าร้อยละ 40 ของปริมาณแคลอรีที่ร่างกายได้รับทั้งหมด นอกจากนี้ยังทำให้ระดับของอินซูลินในเลือดสูง (Hyperinsulinemia) ซึ่งภาวะนี้จะทำให้การขับถ่ายโซเดียมออกจากร่างกายลดลง และยังทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกผิดปกติไปด้วย ในคนอ้วนมักมีระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้หลอดเลือดแดงตีบแข็งและเกิดความดันเลือดสูงได้ (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

#### อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ปวดศีรษะ มักพบในผู้ใหญ่ที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง ลักษณะอาการปวดมักจะปวดที่บริเวณท้ายทอย เกิดขึ้นในตอนเช้าและอาจจะดีขึ้นหรือค่อย ๆ หายไปเองภายในไม่กี่ชั่วโมงต่อมา อาจจะมีคลื่นไส้ อาเจียน หรือมักมีอาการตามัวร่วมด้วย ซึ่งกลไกนี้เชื่อว่าเกิดจากการมีการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ ในช่วงระยะหลังตื่นนอน อาจพบเลือดกำเดาไหล (Epistaxis) แต่พบได้น้อย

2. เวียนศีรษะ (Dizziness) มึนงง อาจเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

3. อาการเหนื่อยหอบขณะออกแรง หรือทำงานหนัก หรืออาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ซึ่งบ่งถึงภาวะห้องหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว

4. อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ หรือกล้ามเนื้อหัวใจโต

## แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีหลายวิธี ได้แก่ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา

1. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา (Pharmacologic Treatment) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนี้แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาลดการดูดกลับของน้ำและ โซเดียมที่ไตซึ่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตได้ดี เป็นยาที่ใช้มานาน มีราคาถูกและใช้ได้ผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิต อาการข้างเคียงที่พบคือ ทำให้โปแตสเซียมและ โซเดียมในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง มียูริกสูงในเลือด ทำให้เกิด โรคเก๊าท์และน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เกิดความผิดปกติในเรื่องเพศสัมพันธ์และทำให้อ่อนเพลีย

1.2 ยาต้านเบต้า (Beta Blockers) ออกฤทธิ์ทำให้แรงบีบของหัวใจลดลง มีผลลดแรงต้านของเลือด ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อาการข้างเคียงที่พบ คือ หลอดเลือดตีบจากการหดตัว ทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถ้ามีภาวะหัวใจวายอยู่ด้วย เมื่อใช้ยานี้ภาวะหัวใจวายจะรุนแรงขึ้น ทำให้มีน้ำตาลในเลือดต่ำ ไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ผู้ป่วยที่ใช้ยาชนิดนี้จะทนต่อการออกกำลังกายได้น้อย

1.3 ยาต้านแอลฟา (Alpha Blockers) ออกฤทธิ์ต้านรีเซปเตอร์แอลฟา – 1 ของระบบประสาท Sympathetic ซึ่งอยู่ที่ผนังของหลอดเลือด มีผลห้ามการหดตัวของหลอดเลือดทำให้ลดแรงต้านในหลอดเลือดแดง ยานี้ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด อาการข้างเคียงของยา คือ มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น

1.4 ยาต้านแคลเซียม (Calcium Antagonist) เป็นยารักษาหลอดเลือดตีบ ใช้กับผู้ป่วยโรคไต ยานี้จะออกฤทธิ์ต่อการลดปริมาณแคลเซียมในเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลอดเลือดขยายตัว อาการข้างเคียงของยา คือ ปวดศีรษะ หน้าแดง มึนงง หัวใจเต้นเร็ว ภาวะอาหารทำงานผิดปกติ ขาบวม

1.5 ยาต้าน Angiotensin-Converting Enzymes Inhibitors (ACE I) ยานี้จะออกฤทธิ์ในการลดระดับของ Angiotensin II มีผลในการลดแรงต้านทานในหลอดเลือด ยาชนิดนี้เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงเมื่อใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะมักใช้ในรายที่มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง แต่มักพบอาการข้างเคียง ได้แก่ ไอ ผื่นขึ้น โปแตสเซียมในเลือดสูง

1.6 Angiotensin II Receptor Antagonist ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา กลุ่ม ACEI ได้ เนื่องจากการเลือกใช้ยากับชนิดของโรคความดันโลหิตสูง อายุของผู้ป่วย

ความรุนแรงของโรค เมื่อให้ยากับผู้ป่วยแล้ว จะต้องติดตามประเมินผลค่าของความดันโลหิต และฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น หากความดันโลหิตลดลงมากเกินไปจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมอง ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการง่วง เป็นลมได้

2. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติ โดยปฏิบัติตน ดังนี้

2.1 ควบคุมอาหาร ประกอบด้วย การควบคุมอาหารประเภทต่าง ๆ ดังนี้

2.1.1 จำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง ปกติอาหารที่คนทั่วไปรับประทานจะมีโซเดียม อยู่ประมาณ 3,000 – 6,000 มิลลิกรัม ซึ่งเท่ากับเกลือแกงประมาณ 2–3 ช้อนชา ดังนั้น ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงจึงต้องลดปริมาณโซเดียมในอาหารให้เหลือน้อยกว่าในอาหารของคนทั่วไป เพื่อลดการคั่งของน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม ให้เหลือไม่เกินวันละ 2,400 มิลลิกรัม หรือเทียบเท่าเกลือแกง 1 ช้อนชา โดยงดอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม น้ำพริกกะปิ ปลาร้า ของคอง เกลือ ลดการรับประทานอาหารที่ใส่ ผงชูรส หรืออาหารที่ได้ผงฟู เช่น ขนมปัง เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีเกลือโซเดียมสูง ควรรับประทาน อาหารที่มีรสจืด หลีกเลี่ยงการจิ้มน้ำจิ้ม หรือซอสที่รสเค็ม ควรเลือกอาหารกระป๋อง หรืออาหาร ตำเร็จรูปชนิดที่มีโซเดียมต่ำ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544)

2.1.2 จำกัดอาหารประเภทไขมัน ไขมันที่รับประทานควรเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัวที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดฝ้าย เป็นต้น เนื่องจากไขมันไม่อิ่มตัวมีฤทธิ์ลดโคเลสเตอรอลให้เป็นน้ำดี นอกจากนี้กรดไขมันไม่อิ่มตัวบางส่วนจะถูกนำมาใช้ในการสร้าง ฮอร์โมนพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin) ซึ่งมีฤทธิ์ในการเพิ่มการขับโซเดียมและน้ำออกจาก ร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู หมูสามชั้น แคนหมู เป็ดย่าง ไก่ทอด ปาท่องโก๋ เป็นต้น (อรพินท์ ภายโรจน์, 2542) หากร่างกายได้รับไขมัน โดยเฉพาะไขมันที่มาจาก สัตว์มากกว่าร้อยละ 40 ของแคลอรีทั้งหมดจะเพิ่มการสะสมโคเลสเตอรอลในเลือด ไขมัน ที่จับเกาะตามผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบและการไหลเวียนของเลือด ไม่สะดวก จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543)

2.1.3 จำกัดอาหารประเภทหวานจัด จากการศึกษาพบว่า การรับประทาน อาหาร ที่มีฟรุกโตส (Fructose) และซูโครส (Sucrose) ปริมาณสูง โดยเฉพาะอาหารจำพวกน้ำตาล ช็อคโกแลต และขนมหวานต่าง ๆ มากกว่าร้อยละ 60 ของแคลอรีทั้งหมด จะเป็นผลให้น้ำหนัก ร่างกายเกินมาตรฐาน และเกิดโรคอ้วน เนื่องจากร่างกายจะเปลี่ยนกลูโคสเป็น ไกลโคเจน และ ท้ายสุดเป็นไขมันสะสมตามร่างกาย (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทาน



2.3.2 ผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายจะทำให้มีผลดีต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโดยลอสอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาท การผ่อนคลายความเครียดจะทำให้จิตใจสงบ ควรหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด ตื่นเต้น มีวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การสวนมนต์กาวนา การฝึกกีฬาสนากรรมฐาน การฝึกโยคะ เป็นต้น (อรพินท์ ภายโรจน์, 2542)

## 2.4 การดูแลรักษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

2.4.1 ตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ อาจเป็นเดือนละ 1-2 ครั้ง ซึ่งอาจจะวัดเองที่บ้าน หรือไปวัดความดันโลหิตที่สถานีนามัยใกล้บ้าน ควรบันทึกความดันโลหิตเอาไว้แล้วนำไปให้แพทย์ตรวจสอบเมื่อไปรับการตรวจรักษาครั้งต่อไป

2.4.2 ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จะต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องไปพบแพทย์ทุกครั้งตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

2.5 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การงดดื่มสุรา การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การงดสูบบุหรี่ การดื่มน้ำกาแฟ เป็นต้น

### ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ สมอง ไตและหลอดเลือด ดังต่อไปนี้

1.1 หัวใจ ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโต หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนักเนื่องจากแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้น โดยการขยายตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังเกิดขึ้นต่อไป เส้นใยของกล้ามเนื้อจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิมเกิดอาการเลือดคั่งในปอด ทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก ในปัจจุบันถือว่าภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโตเป็นภาวะที่อันตรายสูง เพราะจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) และก่อให้เกิดอุบัติเหตุการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541 อ้างถึงใน ปราณี ทองพิลา, 2542)

1.2 สมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มากกว่าคนที่ความดันโลหิตปกติ อาการทางสมองที่เกิดขึ้นเป็นผลจากหลอดเลือดแดงของสมองแตก

(Hemorrhage) ติบ หรืออุดตัน (Thrombosis) เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมอง หรือในรายที่หลอดเลือดแข็งตัวก็จะเกิดการอุดตันได้ และเมื่อความดันโลหิตสูงมาก จะทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว (Brain Edema) เกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Encephalopathy) ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติ อาจชักเป็นอัมพาตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่และอาจเสียชีวิตได้ (ปราณี ทองพิลา, 2542)

1.3 ไต ความดันโลหิตที่สูงมากจะมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย เช่น ครีเอตินิน (Creatinine) และสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย ถ้ามีการคั่งของของเสียในระดับสูงจะทำให้ความดันโลหิตสูงอยู่แล้วกลับสูงมากขึ้นกว่าเดิมจนอาจเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541)

1.4 หลอดเลือดในร่างกาย ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง เพราะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก เกิดการอุดตัน เกิดลิ่มเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ ได้ (เกษม วัฒนชัย, 2532) การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่พบได้บ่อย คือ

1.4.1 Hypertensive Retinopathy หมายถึงภาวะที่ผนังหลอดเลือดไปเลี้ยงตาหนาและแข็งตัวจากภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจทำให้หลอดเลือดแตกและอุดตัน มีเลือดซึมออกมีการทำลายประสาทตาให้เสื่อมสภาพเกิดตามัว เลือดออกในลูกตา และจอประสาทตาทำให้ตาบอดได้

1.4.2 Dissecting Aortic Aneurysm หมายถึงภาวะที่ผนังหลอดเลือดใหญ่บริเวณ Aorta แตกโดยมีสาเหตุมาจากการอุดตัน ทำให้การไหลเวียนของโลหิตไม่ปกติซึ่งจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดของหัวใจ (Coronary Heart Disease) เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นต้น

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตและความเสื่อมถอยของร่างกายจากเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องเพราะหากไม่ปฏิบัติก็จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะความเครียดต่อเนื่องเป็นเวลานานมีผลทำให้ประสาททากัส (Vagus Nerve) ถูกกระตุ้น ทำให้กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) หลั่ง ทำให้มีการเพิ่มปริมาณของกรดไขมันในกระแสเลือดทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยเกิดความเครียดไม่สบายใจ โกรธ หงุดหงิด กังวล หรือตกอยู่ในสภาพที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมหรือสภาพการณ์ใหม่ ๆ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

3. ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ โรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา และผลจากภาวะแทรกซ้อนทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัวจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวที่ต้องคอยดูแลเอาใจใส่ การเปลี่ยนแปลงสภาพและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระต่อครอบครัว ทำให้การเข้าสังคมลดลงและกระทบต่อการทำงานตามมา (อรพิน ภายโรจน์, 2542) ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง จนทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำ จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มานอนพักรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในปี 2540 พบว่า ค่ารักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 1,670.09 บาท ต่อครั้งต่อคน และเมื่อเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองค่ารักษาจะเพิ่มขึ้นเป็น 115,283.22 บาทต่อครั้งต่อคน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อน จึงทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

### พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ซาดา จิตพิทักษ์ (2525 อ้างถึงใน เกลิมพล ต้นสกุล, 2541) ได้ให้นิยามไว้ว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำของคนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม โดยต้องสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุ กำหนดให้บุคคลเลือกตัวอย่างตัดสินใจการกระทำดังที่ปรากฏออกมา เช่น การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย การงดรับประทานเนื้อสัตว์เมื่อตั้งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจของบุคคล ซึ่งคนอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น เจตคติ ความรู้ ความเชื่อ เป็นต้น พฤติกรรมของบุคคลเป็นการเรียนรู้ ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ พฤติกรรมของบุคคลจึงแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายในซึ่งหมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมภายในตัวบุคคลซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ เช่น การสูบฉีด โลหิตของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม พฤติกรรมภายในนี้บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้นอกจากใช้เครื่องมือบางอย่างในการวัด ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การเดิน การนั่ง การยืน การเขียนหนังสือ เป็นต้น (ธิดาพิพย์ ชัยศรี, 2541)

กัลยา ศรีมหันต์ (2541) ให้นิยามว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกทางด้านความคิดความรู้สึกต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่

บุคคลกระทำเป็นประจำ เช่น การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียม การปรุง การรับประทาน สุขนิสัยในการรับประทาน และทางด้านความคิดความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการรับประทานอาหาร

นัยนา เมธา (2544) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง ลักษณะความชอบ ความเคยชินในการรับประทานอาหาร แบบอย่างที่รับประทานอาหาร โดยสังเกตได้จาก การเลือกปรุง การเก็บรักษา และการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติจนเคยชิน เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำด้วยความชอบ ความเคยชิน และความเต็มใจในการรับประทานอาหารเพื่อสนองต่อความต้องการของตนเอง

จากที่กล่าวมาแล้วสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ การเลือก การเตรียม การรับประทานอาหาร รวมทั้งความชอบ ความเคยชิน เพื่อสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นได้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีและควบคุมโรคได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติตัวในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา การรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงระดับปกติ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจผิดปกติหรือป้องกันไม่ให้รุนแรงมากขึ้น อาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นอาหารที่ควบคุมประเภทของอาหาร ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ และอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เกลือโซเดียม แอลกอฮอล์ และอาหารที่ให้พลังงานสูง จะส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Nissimen et al., 1987 อ้างถึงใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) ซึ่งการควบคุมอาหารดังกล่าวจะป้องกันไม่ให้โรคดำเนินไปสู่ภาวะรุนแรงได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

#### หลักการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

หลักการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ มีดังนี้

1. ลดอาหารที่มีโซเดียมสูง เนื่องจากโซเดียมจะทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้น ทำให้ปริมาณของเลือด เพิ่มขึ้น หัวใจทำงานหนัก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ และยังทำให้ความตึงตัวของผนัง หลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันเลือด Diastolic สูงขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด และอาหารหมักดองประเภททำเค็ม ควรจำกัดเกลือในอาหารไม่ให้เกิน 2 กรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน ไม่ควรเติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงแล้ว รวมทั้งควรลดอาหารที่ใส่ผงชูรสลงในอาหาร การลดหรือจำกัดโซเดียม จะมีผลทำให้ระดับความดัน

โลหิตลดลง ทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณเลือดลดลง ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของหัวใจ

อาหารแทบทุกชนิดมีโซเดียมอยู่ในปริมาณเล็กน้อยแตกต่างกัน หากมีปริมาณสูงก็อาจรับรู้ได้จากรสชาติที่เค็ม นอกจากนั้นโซเดียมอาจผสมอยู่ในอาหารที่มีการแปรรูป เช่น ขนมเค้กที่มีการเติมผงฟู หรืออาหารกระป๋องที่มีการเติมสารกันบูด เป็นต้น อาหารที่มีโซเดียมอาจจำแนกได้ดังนี้ (รุจิรา สัมมะสุต, 2543)

1.1 อาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดยธรรมชาติอาหารจำพวกเนื้อสัตว์จะมีโซเดียมอยู่มากกว่าอาหารจำพวกพืช แต่ไม่มีรสเค็ม จึงทำให้ผู้บริโภคคิดว่าไม่ได้บริโภคโซเดียม

1.2 อาหารที่มีการถนอมอาหาร ส่วนใหญ่การแปรรูปอาหารมักใช้เกลือเป็นหลักในการปรุงรส เพื่อให้เก็บอาหารไว้ได้นาน เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็ม อาหารตากแห้ง เป็นต้น ดังนั้นจึงมีโซเดียมสะสมอยู่ในอาหารที่มีการแปรรูปดังกล่าว

1.3 เครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ เช่น เกลือ มีทั้งเกลือเม็ดและเกลือป่น น้ำปลา ซึ่งพบว่าในน้ำปลามีปริมาณของเกลือแตกต่างกันตั้งแต่ ร้อยละ 23 ถึงร้อยละ 25 นอกจากนั้นซอสปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น ซอสถั่วเหลือง ซีอิ๊วขาว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว น้ำบูดู กระปิ ปลาเจ่า เต้าหู้ยี้ และซอสปรุงรสที่ไม่มีรสเค็มหรือเค็มน้อย เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริกน้ำจิ้ม ไก่หรือปลาหมึกที่มีรสเปรี้ยว ๆ หวาน ๆ ซอสเหล่านี้มีโซเดียมผสมอยู่จำนวนหนึ่งแม้จำนวนไม่มากเท่ากับน้ำปลา แต่ก็ยังเป็นแหล่งของโซเดียม

1.4 ผงชูรส (Monosodium Glutamate) เป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็ม แต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วยประมาณร้อยละ 15 อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ ที่ขายในท้องตลาดมีการเติมผงชูรสเพื่อช่วยให้อาหารมีรสอร่อยขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรหลีกเลี่ยงการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน

1.5 อาหารบรรจุกระป๋องชนิดต่าง ๆ เช่น ผลไม้กระป๋อง ปลากระป๋อง ฯลฯ และอาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ เช่น ขนมกรอบที่เป็นถุง ๆ มันฝรั่งทอด เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีการเติมเกลือหรือสารกันบูด ซึ่งมีโซเดียมอยู่ในปริมาณมาก

1.6 อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารสำเร็จรูปที่มีขายอยู่ในท้องตลาด เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปชนิดต่าง ๆ อาหารเหล่านี้มักใส่เครื่องปรุงรสเรียบร้อยแล้ว บางชนิดจะมีซองบรรจุผงเครื่องปรุงที่มีผงชูรสผสมอยู่ด้วย

1.7 ขนมชนิดต่าง ๆ ที่มีการเติมผงฟู (Baking Powder และ Baking Soda) ขนมหลายชนิดที่ทำให้ฟู เช่น เค้ก คุกกี้ แพนเค้ก ขนมปัง รวมทั้งแป้งสำเร็จรูปที่ใช้ทำขนมดังกล่าว จะมีโซเดียมผสมอยู่ด้วยในรูปของผงฟู

1.8 เครื่องดื่มต่าง ๆ ได้แก่ เครื่องดื่มเกลือแร่ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่บรรจุขวด มักมีการเติมสารประกอบของโซเดียมเพื่อเพิ่มโซเดียม เพราะมีจุดประสงค์ให้เป็นเครื่องดื่มสำหรับนักกีฬาหรือผู้ที่มีการสูญเสียเหงื่อมาก นอกจากนั้นยังพบว่า น้ำบาดาลและน้ำประปาก็มีโซเดียมปนอยู่บ้าง จำนวนไม่มากนัก

2. ลดอาหารประเภทไขมัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด อาหารที่ใส่กะทิ ประเภทไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น ไข่แดง ควรรับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันพืช เป็นต้น

3. ลดอาหารประเภทหวานจัดที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ขนมหวานทุกชนิด ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีแป้งหรือน้ำตาลมาก ควรรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวานจัด เช่น มะละกอ ส้ม ฝรั่ง เป็นต้น ควรจำกัดการรับประทานผลไม้ที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ทูเรียน ละมุด องุ่น เป็นต้น การลดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล จะเป็นการลดน้ำหนักตัวด้วยการที่มึ้น้ำหนักตัวเพิ่มเร็วและเพิ่มมากจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงมากขึ้น

4. รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ส้ม กล้วย องุ่น ลูกเกด เป็นต้น อาหารที่มีโปแตสเซียมในปริมาณที่สูง จะมีความสัมพันธ์กับการลดความดันโลหิต โปแตสเซียมจะช่วยขับปัสสาวะที่มีโซเดียมมากผิดปกติ ยับยั้งการหลั่งเรนินจากไต และยังช่วยลดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งจะเป็นการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต (Mahan, 1996)

5. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในขณะเดียวกันถ้าบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมต่ำจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Mahan, 1996) อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย เป็นต้น

6. รับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียม แมกนีเซียมจะเป็นตัวยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด และมีบทบาทในการขยายตัวของหลอดเลือดซึ่งมีผลต่อความดันโลหิต

7. รับประทานอาหารที่มีวิตามินสูง โดยเฉพาะวิตามินซี และวิตามินอี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ช่วยลดอุบัติการณ์เกิดโรคความดันโลหิตสูง วิตามินซี ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง เนื่องจากจะช่วยสร้างกรดน้ำดีจากโคเลสเตอรอลมากขึ้น ส่วนวิตามินอี ช่วยลดปริมาณโคเลสเตอรอลที่เกาะอยู่ที่หลอดเลือดในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ป้องกันหลอดเลือดตีบตัน โดยทำหน้าที่ร่วมกันกับวิตามินซี และวิตามินบี 6

8. รับประทานอาหารที่มีใยอาหาร (Fiber) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานผักและผลไม้ เพราะในผักและผลไม้มีใยอาหารซึ่งจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมกับเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นมาใหม่ที่ตับ เป็นการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง

9. งดการดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหนึ่งที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูง ผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 60 มิลลิลิตรต่อวัน จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ การดื่ม Ethanol Alcohol ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

10. หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ ผู้ที่ดื่มกาแฟมากกว่า 3 ถ้วยต่อวัน (กาแฟ 1 ถ้วยจะมีคาเฟอีนประมาณ 100 มิลลิกรัม) จะมีผลต่อการเพิ่มความดันโลหิต โดยจะเพิ่มได้ถึง 5-15 มิลลิเมตรปรอทภายใน 15 นาที และจะคงอยู่นาน 2 ชั่วโมง

11. งดการสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ จะมีผลต่อการหลั่งสารเคมีโคลามีน ซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันเป็นยุคที่มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้กระทบต่อสังคมไทยและแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น การเลือกซื้ออาหารตามระบบโฆษณา การแสวงหาความสะดวกสบายในการซื้ออาหารที่ง่ายต่อการปรุงและประหยัดเวลา การเลือกซื้ออาหารประเภทอาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูปและอาหารพร้อมปรุง การบริโภคอาหารแบบตะวันตก อาหารประเภทจานด่วน นอกจากนั้นยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงในการเก็บรักษาและการหุงต้มอาหาร เช่น การปรุงอาหารโดยวิธีทอดกรอบหรือวิธีการอบ ซึ่งจะทำให้อาหารประกอบด้วยไขมัน แป้งและน้ำตาลมากขึ้น (วิมลรัตน์ งามเจริญ, 2543) ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหาร

แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการปฏิบัติและการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย เป็นต้น แนวคิดนี้เชื่อว่า การตัดสินใจ

ของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยความพร้อมดังกล่าวขึ้นอยู่กับความเชื่อ เช่น เชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น มีความรุนแรงต่อชีวิตและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตน เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค เชื่อว่าไม่น่ามีปัญหาอุปสรรค เช่น ความไม่สะดวก ความเครียด ความกลัว ความอาย มาขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เพศ วัย อายุ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974) ได้ทำการปรับปรุงรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเดิมที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกำบังโรคและการเจ็บป่วยของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ช่วยกระตุ้นการกระทำหรือสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974) ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้ ของบุคคล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตน (Likelihood of Action) และปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่

#### 1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค (Perceived Susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมาในทุก ๆ ด้าน ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การลดการทำหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน และผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตในครอบครัวและชีวิตในสังคม

1.3 การรับรู้ภาวะถูกคุกคามของโรค (Perceived Threat) เป็นการรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะถูกคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด

#### 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตน (Likelihood of Action) ได้แก่

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัตินั้น ๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัตินั้น เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย เป็นต้น

3. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลและปัจจัยความเป็นไปได้ของการปฏิบัติคน ได้แก่

3.1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio-Psychological Variables) เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม

3.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural Variables) เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น

3.4 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อมวลชน จากบุคคลใกล้ชิดหรือจากบุคคลอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับตนเอง เป็นต้น

การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเสี่ยงต่อการมีปัญหาดสุขภาพซึ่งเชื่อว่าจะมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติตน แต่อาจยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าจะเกิดพฤติกรรมในการเลือกแนวทางปฏิบัติตนเชื่อว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคมีน้อย ก็จะมีการปฏิบัติตนขึ้น แต่ถ้าความพร้อมมีน้อยในขณะที่ข้อเสียมีมาก หรือ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติมีมาก แต่ข้อเสียหรืออุปสรรคก็มีมากเช่นกัน ในสถานการณ์เช่นนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้งและอาจมีปฏิกิริยาออกมาใน 2 ลักษณะ คือ พยายามหนีจากสถานการณ์นั้นโดยปฏิบัติกิจกรรมอย่างอื่นที่อาจไม่มีในการภาวะอันตรายที่มีอยู่ หรือ มีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมากจนมีผลทั้งในทางบวกและทางลบต่อพฤติกรรมเป้าหมาย

การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรง ทำให้เป็นแรงขับที่เกิดการปฏิบัติตน ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้บุคคลสามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้หากยังเกิดการปฏิบัติจะต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น ซึ่งแต่ละคนต้องการการกระตุ้นในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง หากระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่ำ ก็ต้องอาศัยการกระตุ้นอย่างมาก และหากระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงสูงอาจกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็อาจจะเพียงพอ นอกจากนั้นการปฏิบัติตนยังมีผลมาจาก

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมร่วมด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

จากการศึกษาความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ กวี เมฆประดับ (2544) ซึ่งศึกษาผลของการจัด โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยศึกษาเปรียบเทียบการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบกลุ่มเดี่ยว วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการให้ความรู้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 ราย พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .236, p < .01$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สว่างจิตต์ จันทร์ (2544) ซึ่งศึกษาผลของการสอน โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาเปรียบเทียบการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอน โดยใช้โปรแกรมการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณรัตน์ ซีโฮ (2547) ซึ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนได้รับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าปัจจุบันการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีแพร่หลายโดยใช้สื่อมากมาย และสื่อเหล่านี้ใช้ภาษาที่ง่ายมีความเหมาะสมกับประชาชนทุกระดับ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ โทรทัศน์ เสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้อง หรือ

อาจปฏิบัติได้ถูกต้อง แต่ไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นการสื่อสารทางเดียว ซึ่งอาจต้องให้ความรู้โดยมีแบบแผนที่ชัดเจน และเหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์การคาดการณ์ถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ จากการศึกษาของ นัยนา เมธา (2544) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหมวดแบ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.405, p < .05$ ) แตกต่างจากการศึกษาของ สิริมา มิตรเกษม (2548) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 ราย เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อความรุนแรงของโรค ที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เช่น จากการศึกษาของ เนลสัน และคณะ (Nelson et al., 1978 อ้างถึงในกรรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เนื่องจากกลัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา เมธา (2544) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการรับประทานอาหารหมวดเครื่องปรุงรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .310, p < .05$ ) แตกต่างจากการศึกษาของ พชรินทร์

สืบสายอ่อน (2546) ซึ่งศึกษาการบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ จำนวน 110 ราย ใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลที่จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค โดยการปฏิบัตินั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย จากการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .421, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .407, p < .01$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ การศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .189, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 165 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .460$ ,  $p < .01$ )

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค เป็นการรับรู้ หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารมารับประทาน ทำให้ไม่สามารถซื้ออาหารที่เหมาะสมมารับประทานได้ ความไม่สะดวกสบายจากการบริโภค เช่น การทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาเตรียมอาหารต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับโรคมารับประทานและรวมไปถึงความเคยชินในการรับประทานอาหาร ซึ่งกระทำมาเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ จากการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.440$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะ โรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ได้ ( $r = -.573$ ,  $p < .01$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.410$ ,  $p < .01$ )

จากการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ของ อวยพร จินาวงศ์ (2547) ซึ่งศึกษาผู้ที่มาใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนสันป่าเลียด อำเภอค้อยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 95 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการสังเกตการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $p < .05$ ) แต่เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การเลือก การเตรียม การปรุง และการเก็บรักษาอาหาร และรับประทานอาหารที่ไม่จำกัดปริมาณ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 4 ราย พบว่า มีความเคยชินกับการรับประทานเครื่องปรุงรส โดยเฉพาะผงชูรส ซึ่งต้องใส่ทุกครั้งที่ปรุงอาหาร ถ้าไม่ใส่เหมือนขาดอะไรไปและรสชาติไม่อร่อย นอกจากมีการใช้ผงชูรสแล้ว ยังมีเครื่องปรุงรสทั้งแบบผงและแบบก้อนที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ได้แก่ เครื่องปรุงรสไก่ เครื่องปรุงรสหมู และเครื่องปรุงรสต้มยำ

นอกจากนั้นยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

อายุ มีผลต่อการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นวัยผู้ใหญ่มีหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุอื่น และมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $\chi^2 = 23.545$ ) แตกต่างจากการศึกษาของ รุจิวัฒน์นากอร์ (Rujiwatthanakorn, 2004) ซึ่งศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 87 ราย และการศึกษาของ อารักขา ไชธรรม (2545) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้นทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย การศึกษาของ อุบลรัตน์ จินตวนิชย์ (2545) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 250 คน พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเฉพาะโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 20.94$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเฉพาะโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเฉพาะโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 19.389$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อารักขา ไชธรรม (2545) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเฉพาะโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .350, p < .01$ ) แตกต่างจากการศึกษาของ รุจิวัฒน์นากอร์ (Rujiwatthanakorn, 2004) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะพัฒนาตามระยะเวลา ประสบการณ์และการเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนมาเป็นเวลานานในชีวิต จากการศึกษาของ อุบลรัตน์ จินตวนิชย์ (2545) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .128, p < .05$ ) และสามารถ

ทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความโลหิตสูงได้ แต่จากการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีความขัดแย้งกัน ดังนั้นในการศึกษารังนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะ โรค ปัจจัยด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความโลหิตสูง รวมทั้งหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป