

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจประชากรทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยประมาณ 1,000 ล้านคน (Joint National Committee, VII [JNC VII], 2003) สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) จำนวน 445,300 คน และมีอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง 24.3 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพโดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 55.2 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Hyman & Pavlik, 2003) มากกว่าคนปกติ 3 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า (Howard & Kirshner, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้มากกว่าคนปกติ 7 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550)

โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาตัว ขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย ภาวะเสื่อมของจอประสาทตา ทำให้ดามัวจนถึงตาบอดได้ (Howard & Kirshner, 2009) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ โดยพบว่าผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง นอนไม่หลับ หรือมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542; อวยพร จินางค์, 2547) รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูง มีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษา และรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานทำให้รายได้ลดลง (อรพินท์ กายโรจน์, 2542)

เป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต คือ การควบคุมความดันซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, VII [JNC VII], 2003) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546) การควบคุมความดันโลหิตมี 2 วิธี ได้แก่

การควบคุมโดยการใช้น้ำ และการควบคุมโดยการไม่ใช้น้ำ (Joint National Committee, [JNC], 1997)

การควบคุมความดันโลหิตโดยการใช้น้ำนั้นผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างถูกต้องตามหลักการบริหารยา ได้แก่ ถูกชนิด ถูกเวลา ถูกขนาด และถูกวิธี แต่ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงมักมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์โดยทำให้เกิดความไม่สบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Clark, 1991) ซึ่งส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาไม่ตรงเวลา เพิ่ม ลด หรือหยุดยาเอง ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ไม่ปรึกษาแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติ จะรับประทานยาต่อเมื่อมีอาการปวดศีรษะหรือมีน้ำในตา (พนิดา จันดา, 2551; นภารัตน์ ฐราพร, 2545; ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550) และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ต้องรับประทานยา หลายชนิด หลายเวลา และหลายขนาด ซึ่งยาแต่ละชนิดอาจมีผลข้างเคียง ทำให้เกิดความไม่สบาย ผู้ป่วยอาจปรับขนาดยา มีโอกาสผิดพลาดในการรับประทานยา (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550)

การควบคุมความดันโลหิตโดยการไม่ใช้น้ำ ทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Anderson & Young, 2008) ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมเผชิญความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง เช่น ลดเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และงดสูบบุหรี่ (Joint National Committee, [JNC], 1997) การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมในปริมาณที่สูง มีไขมันสูง ใช้น้ำมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของเกลือแร่หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ (กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรชา, 2549; พนิดา จันดา, 2550; ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550) ซึ่งอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเป็นอาหารที่โซเดียมต่ำ ไขมันต่ำ (Anderson & Young, 2008) จากการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ อาหารเฉพาะโรคมีราคาแพง ไม่มีเวลาเตรียมอาหาร ทำงานนอกบ้าน ไม่เคยชินในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค (อรุณลดา นางเยี่ยม, 2550) จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า อาหารที่ควบคุมความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH]) ต้องประกอบด้วยอาหารที่มีเส้นใยสูง ผักสดและผลไม้ ลดอาหารไขมันอิ่มตัว รับประทานเนื้อปลา และถั่ว สามารถลดระดับความดันโลหิต 8-14 มิลลิเมตรปรอทได้ภายใน 2 สัปดาห์ (Conlin, Thomas, & Bohannan, 2002; Coffman, Lin, & Svetkey, 2004)

พฤติกรรมการออกกำลังกายช่วยลดความดันโลหิตได้โดยทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ช่วยลดแรงต้านภายในหลอดเลือด ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ส่งผลให้การเต้นของหัวใจลดลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยควบคุมน้ำหนักตัว และทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 7 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท ภายในระยะเวลา 4 เดือน (Blumenthal, Sherwood, Elizabeth, Babyak, & Hinderliter, 2000; สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมออกกำลังกายต่ำ (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกาย (Juarbe, P'serez-Stable, & Turox, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550; วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ดี จะทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังจากฝึกหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้อง หายใจให้ลึก ช้าและสม่ำเสมอ ใช้เวลา 15 นาทีทุกวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้ระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 (Viskoper, Shapira, & Priluck, 2003) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวแนวซิงก์ เพื่อผ่อนคลายกลัมนื้อ ส่งผลให้ความเครียดลดลง ระดับความดันโลหิตลดลง (นวลทิพย์ ทวีรัตน์, 2544; อุดมลักษณ์ จำสัดย์, 2550)

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ดื่มแอลกอฮอล์ ๕๐ กรัม กาแฟ สูบบุหรี่ ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท (Beulens et al., 2007) นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุทำให้ไขมันในเลือดสูง โดยเร่งการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เมื่อดื่มในปริมาณมากเป็นประจำจะทำให้เกิดโรคหัวใจอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว นอกจากนั้น ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพยังรวมถึงการดื่มชา กาแฟ ซึ่งจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นสาเหตุของการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งและมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนการสูบบุหรี่จะกระตุ้นการหลั่งสารเคมีโคเลสเตอรอล ทำให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดในกลัมนื้อขยายตัว มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ธิดา จัปจิตต์, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เนื่องจาก ขาดความตระหนักไม่สนใจในการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (ศักดิ์ดา ธานีรินทร์, 2542; ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550)

จากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2549 มีรายใหม่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 628 เป็น 1,110 คน

ในปี พ.ศ. 2551 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องในคลินิกความดันโลหิต จำนวนทั้งหมด 792 คน เป็นกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้เพียงจำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 369 คน คิดเป็นร้อยละ 46.59 (โรงพยาบาลบ้านโพธิ์, 2551) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ยังมีจำนวนสูง และจากการทบทวนงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง พบว่าการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นการสอนรายการกลุ่มเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และจะสอนเป็นรายบุคคลสำหรับผู้ที่ปัญหาในการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยลักษณะดังกล่าวพบว่า ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ และนำผลการวิจัยไปใช้วางแผนการดูแลรักษาและป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการเผชิญความเครียด พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ แตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สมมติฐานของการวิจัย

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

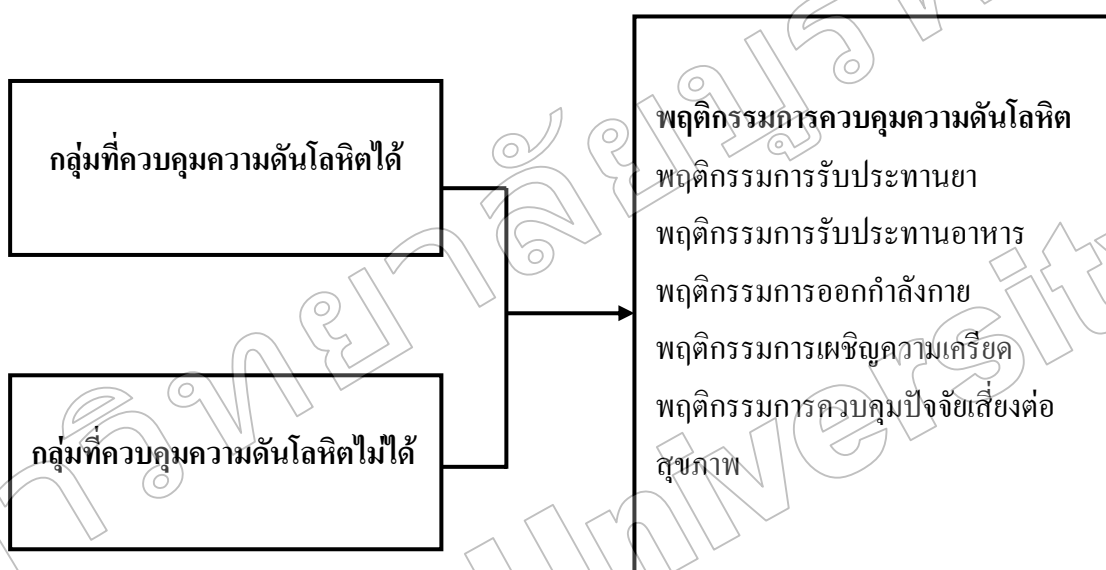
กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (1991) ที่มีเป้าหมายในการวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน แล้วนำมาวางแผนแก้ปัญหา เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งในแนวคิดนี้ประกอบด้วย 2 ระยะ 9 ขั้นตอน โดยระยะที่ 1 เป็นขั้นตอนในการตรวจสอบปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนระยะที่ 2 เป็นการวางแผนแก้ปัญหา การดำเนินการและประเมินผลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินปัญหา ประกอบด้วย การประเมินสังคม (Social Diagnosis) โดยการพิจารณาและวิเคราะห์ถึงคุณภาพชีวิตของประชากร ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการระบาด (Epidemiological Diagnosis) เป็นการประเมินว่ามีปัญหาใดบ้างที่เป็นปัญหาในสังคมแล้วเลือกปัญหาสุขภาพที่จะต้องแก้ไข ขั้นตอนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis) วิเคราะห์หาสาเหตุที่สำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Educational and Organizational Diagnosis) ซึ่งได้จำแนกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ที่เป็นแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ชุมชน เช่น สถานบริการทางสุขภาพ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ที่ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ได้ง่ายขึ้น 3) ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น เช่น รางวัล สิ่งขวนใจ และการลงโทษ ขั้นตอนที่ 5 ประเมินการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis) ที่เอื้อทำให้การเปลี่ยนแปลงประสบความสำเร็จ ขั้นตอนที่ 6 ถึง 9 เป็นการดำเนินงาน (Implementation) การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเฉพาะขั้นตอนที่ 3 มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรม

การรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรม
การเผชิญความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม
พบว่า พฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง
กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดัง
แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาบริการ
การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิก

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

สามารถนำผลการวิจัยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไปใช้เป็นข้อมูลในการฝึก
ปฏิบัติให้บุคลากรทีมสุขภาพ ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ด้านการวิจัย

สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ
เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการตรวจรักษา คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่วัดได้มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint Nation Committee, [JNC], 1997)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่วัดได้น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยตรวจสอบจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการ

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตที่วัดได้ ได้แก่ 1) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่วัดได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และ 2) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกตัวใดตัวหนึ่งมากกว่าค่าปกติ ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยตรวจสอบจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการ

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ถูกต้องทั้งขนาด วิธีการใช้ยา โดยผู้ป่วยไม่เพิ่มหรือลดขนาดของยา ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาของ วีราวรรณ จันทมูล (2551)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ซึ่งครอบคลุมถึงการเลือกชนิดอาหาร การเตรียมการปรุงอาหาร การรับประทานอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของ อรุณลดา นางแย้ม (2550)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายแบบแอโรบิกซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ของร่างกายอย่างต่อเนื่อง วันละ 15- 30 นาที ทุกวันหรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (JNC VII, 2003) ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ วิราวรรณ จันทมูล (2551)

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อตอบสนองต่อความเครียดโดยครอบคลุมทั้งการเผชิญความเครียดแบบเผชิญปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542)

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดกาแฟ ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ วิราวรรณ จันทมูล (2551)