

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

มานิช อัมสมบัติ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด ๔ ประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, และปัจจัยเสริม. กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๓๘๑ คน มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอท่าช้าง รับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลท่าช้าง, หรือที่สถานอนามัยตำบลถนนสมอ, สถานอนามัยตำบลวิหารขาว, หรือสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามีนทราชนิ ตำบลพิบูลทอง. การเก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าร้อยละ และทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดด้วยสถิติ Binary logistic regression.

การศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เรียงตามปัจจัยเสี่ยงมากไปหาน้อย ได้แก่ การมีรายได้พอใช้ (OR=๒.๑๔๕), การให้คุณค่าต่อสุขภาพ (OR=๐.๔๗๘), การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่นร่วมด้วย (OR=๐.๔๑๔), และการได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด (OR=๐.๓๑๖); ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ความรู้เกี่ยวกับโรค, การรับรู้ว่าเป็นโรค, การรับรู้ว่าจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง, เจตคติต่อโรคความดันโลหิตสูง, ความสามารถในการเข้าถึงสถานพยาบาล, ความพึงพอใจในสถานพยาบาล, ความพึงพอใจในผลการรักษา และการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข, และความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย.

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง, ปัจจัยควบคุม, โรคความดันโลหิตสูง, แรงดันเลือด

Abstract Factors Affecting Blood Pressure in Patients with Hypertension in Tha Chang District, Sing Buri Province

Manoj Imsombati*

*Tha Chang Hospital, Sing Buri Province

The purpose of this study was to identify factors influencing the control of blood pressure levels encompassing four aspects, i.e. personal, pre-disposing, enabling and reinforcing factors. A sample of study subjects included 381 hypertensive patients living in Tha Chang district and seeking health care at Tha Chang Hospital, Thon Samo Subdistrict Health Center, Wihan Khao Subdistrict Health Center, and Phikun Thong Subdistrict Health Center for Commemoration of Her Majesty the Queen's 60th Birthday Anniversary. Data were collected by using a questionnaire and analyzed by using percentage values and the binary logistic regression method for testing the statistical significance of the factors influencing blood pressure control.

*โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี



The study revealed that the factors influencing blood pressure control among hypertensive patients in Tha Chang district include, in order of high-to-low levels of significance, enough income (OR=2.345), perception of health worthiness (OR=0.478), co-morbidity with hypertension and other diseases (OR=0.414), and supportive care from relatives or someone else with a close relationship (OR=0.316). Other factors that were found to be unassociated with blood pressure control are sex, age, educational attainment, knowledge about the illness, perception about being ill, perception about continuous care, attitude toward hypertension, accessibility to health-care facility, satisfaction with health-care facility, satisfaction with the effects of medication, assistance from health personnel, and doctor-patient relationships.

Key words: risk factor, controlling factor, hypertension patient, blood pressure

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่บ่าบดให้หายขาดได้ยาก แต่สามารถควบคุมได้^(๑-๓). การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนั้นทำได้หลายวิธีได้แก่ การใช้ยา, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง^(๓-๗), และการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม^(๘). ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปรกติได้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, หลอดเลือดในสมองแตก, ซึ่งก่อความสูญเสียด้านร่างกาย, จิตใจ, เศรษฐกิจ และสังคม^(๗,๙-๑๑).

ในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย. จากรายงานอัตราการป่วยของผู้ที่มารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๘ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคระบบไหลเวียนเลือดต่อพันประชากรเท่ากับ ๑๔๗.๑, ๑๖๑.๒ และ ๑๘๑.๕ ตามลำดับ, อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเท่ากับ ๓๘๙.๘, ๔๗๗.๔ และ ๕๔๔.๑๙ ตามลำดับ. ในจังหวัดสิงห์บุรีมีอัตราป่วยด้วยโรคระบบไหลเวียนเลือดต่อพันประชากรเท่ากับ ๓๐๙.๓, ๓๕๓.๗ และ ๓๘๔.๔ ตามลำดับ, ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ, และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเท่ากับ

๘๕๕.๔, ๙๓๐.๗ และ ๑๑๖๘.๓ ตามลำดับ^(๑๒-๑๔).

อำเภอท่าช้างมีอัตราป่วยด้วยโรคระบบไหลเวียนเลือดต่อพันประชากรเท่ากับ ๒๕๔.๙, ๔๗๗.๓ และ ๖๗๖.๗, อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเท่ากับ ๘๓๗.๓, ๙๓๔.๘ และ ๑๑๘๗.๓ ซึ่งจะเห็นว่าอัตราป่วยด้วยโรคระบบไหลเวียนเลือด และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี^(๑๕). ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลาเนาในเขตอำเภอท่าช้างไปรับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลท่าช้าง, สถานีอนามัยตำบลถอนสมอ, สถานีอนามัยตำบลวิหารขาว และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามินทราชนิ ตำบลพิบูลทอง รวม ๑,๐๑๔ ราย. ผู้ป่วยเหล่านี้มีทั้งผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปรกติได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปรกติได้ ทั้ง ๆ ที่ได้รับการดูแลรักษาโดยคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าช้างเหมือนกัน. จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปรกติได้ มักจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง. อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องบางรายก็ไม่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดได้เช่นกัน^(๓,๑๖-๑๗). ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับแรงดันเลือดได้ หรือไม่ได้ โดยศึกษาปัจจัย ๔ อย่าง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยโน้มเอียง

(เกิดโรค) (predisposing factors)*, ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors). ทั้งนี้เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้วางแผนบริการ และให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ไปตรวจและรับยาที่กำหนดทุก ๑-๒ เดือน จำนวน ๑,๐๑๔ ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดได้ดี ๕๓๖ ราย โดยพิจารณาจากเวชระเบียนที่ค่าแรงดันเลือดไม่เกิน ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทในรอบปีที่ผ่านมาไม่เกิน ๓ ครั้ง (ยอมให้ค่าแรงดันเลือดสูงกว่า ๑๓๐/๘๕ มิลลิเมตรปรอทสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย), และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับแรงดันเลือดไม่ได้ จำนวน ๔๗๘ ราย โดยพิจารณาค่าแรงดันเลือดจากเวชระเบียนเช่นกัน^(๑๘).

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคขวาง เก็บข้อมูลครั้งเดียว, กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z^2PQ}{d^2}$$

คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง ๓๘๑ คน ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตามระบบจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าช้าง, สถานีอนามัยตำบลถนนสมอ, สถานีอนามัยตำบลวิหารขาว, และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามินทราชินีตำบลพิบูลทอง. เนื่องจากผู้ป่วยที่ควบคุมระดับแรงดันเลือดไม่ได้มีจำนวนน้อย (๔๗๘ ราย) จึงศึกษาทุกตัวอย่างทุกคนในกลุ่มนี้ ที่เหลือเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด.

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ ๓ ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อเรื่อง (content validity). จากนั้นนำมาปรับแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งปรับการใช้ภาษาและสื่อความหมายให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างประชากร แล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ไปทดสอบความเที่ยง (reliability test) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาแบบคอนบราค (Conbrach's alpha coefficient) ๐.๗๒๒ ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้^(๑๙).

การเก็บข้อมูลทำโดยพยาบาลของโรงพยาบาลท่าช้าง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัยตำบลถนนสมอ, สถานีอนามัยตำบลวิหารขาวและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามินทราชินีตำบลพิบูลทอง. ทุกคนได้ผ่านการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิ์ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ให้มีความเข้าใจไปในทางเดียวกัน นำไปสัมภาษณ์ผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลท่าช้าง, สถานีอนามัยและบ้านของผู้ป่วย. การศึกษาวิจัยทำในช่วงวันที่ ๑ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๐. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ, ทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดด้วยสถิติ Binary logistic regression.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน ๓๘๑ คน เป็นชาย ๑๓๓ คน (ร้อยละ ๓๔.๙) หญิง ๒๔๘ คน (ร้อยละ ๖๕.๑) อายุเฉลี่ย ๖๒.๓๘ ปี, แยกเป็นกลุ่มควบคุมระดับแรงดันเลือดได้ ๒๙๘ คน เป็นชาย ๑๐๓ คน (ร้อยละ ๓๔.๖) เป็นหญิง ๑๙๕ คน (ร้อยละ ๖๕.๔). ในกลุ่มควบคุมระดับแรงดันเลือดไม่ได้ ๘๓ คน เป็นชาย ๓๐ คน (ร้อยละ ๓๖.๓) เป็นหญิง ๕๓ คน (ร้อยละ ๖๓.๗). ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา, มีรายได้พอใช้, เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ๑๒๘ ราย (ร้อยละ ๓๓.๖) (ตารางที่ ๑).

การจำแนกผู้ป่วยตามปัจจัยพบว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่มมีลักษณะปัจจัยทั้ง ๓ อย่างคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ในด้าน

*ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ - ไทย ไทย - อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์ครั้งที่ ๓ (แก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์; ๒๕๔๗. หน้า ๗๗๗.



ตารางที่ ๑ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๓๘๑ ราย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และการควบคุมระดับแรงดันเลือด

	จำนวน (ร้อยละ)	การควบคุมระดับแรงดันเลือด	
		ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ			
ชาย	๑๓๓ (๓๔.๕)	๑๐๓ (๓๔.๖)	๓๐ (๓๖.๑)
หญิง	๒๔๘ (๖๕.๑)	๑๕๕ (๖๕.๔)	๙๓ (๖๓.๕)
รายได้			
ไม่พอใช้	๑๓๖ (๓๕.๓)	๑๑๖ (๓๘.๕)	๒๐ (๒๔.๑)
พอใช้	๒๔๕ (๖๔.๗)	๑๘๖ (๖๑.๑)	๖๓ (๓๕.๕)
อายุ			
น้อยกว่า ๔๐ ปี	๑๒ (๓.๑)	๕ (๓.๐)	๗ (๓.๖)
๔๐-๔๙ ปี	๔๕ (๑๑.๘)	๓๑ (๑๐.๔)	๑๔ (๑๖.๕)
๕๐-๕๙ ปี	๕๕ (๑๔.๐)	๔๑ (๑๓.๖)	๑๔ (๑๖.๗)
๖๐ ปีขึ้นไป	๒๒๙ (๕๙.๑)	๑๗๓ (๕๙.๕)	๕๖ (๒๕.๘)
ค่าเฉลี่ย = ๖๒.๓๘, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑๑.๒๐, ต่ำสุด = ๒๔, สูงสุด = ๕๑			
ภาวะการเจ็บป่วย			
เป็นความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว	๒๕๓ (๖๖.๔)	๒๑๐ (๓๐.๕)	๔๓ (๕๑.๘)
ความดันโลหิตสูงและมีโรคอื่นร่วมด้วย	๑๒๘ (๓๓.๖)	๘๘ (๒๕.๕)	๔๐ (๔๘.๒)
การศึกษา			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	๓๓๓ (๘๗.๔)	๒๕๕ (๘๖.๕)	๗๘ (๘๕.๒)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	๔๘ (๑๒.๖)	๓๕ (๑๓.๑)	๑๓ (๑๐.๘)

ปัจจัยนำ ผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงปานกลาง, การรับรู้เรื่องโรคดี, รับรู้ว่าต้องรักษาต่อเนื่อง, รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วอาจมีภาวะแทรกซ้อน, มีเจตคติและความเชื่อต่อโรคต่ำ และการให้คุณค่าสุขภาพดี. ในด้านปัจจัยเอื้อ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสถานบริการได้ดี, มีความพึงพอใจในสถานบริการ และพึงพอใจในผลการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิต. ในด้านปัจจัยเสริม ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด, ได้รับความ

ช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข และมีความสัมพันธ์กับแพทย์ในระดับดี (ตารางที่ ๒).

การทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดด้วยสถิติ Binary logistic regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ การศึกษา, ปัจจัยนำ (ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้ว่าเป็นโรค, การรับรู้ว่าจะต้องรักษาต่อเนื่อง, การรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเจตคติและความเชื่อต่อโรค), ปัจจัยเอื้อ (ความสามารถเข้าถึงสถานพยาบาล ความพึงพอใจ

ตารางที่ ๒ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๓๘๑ ราย จำแนกตาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการควบคุมระดับแรงดันเลือด

	จำนวน (ร้อยละ)	การควบคุมระดับแรงดันเลือด	
		ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยนำ			
ความรู้เรื่องโรค			
มีความรู้ไม่เต็ม	๕๐(๒๓.๖)	๓๔(๒๔.๘)	๑๖(๑๕.๓)
มีความรู้ดี	๒๓๑(๖๐.๔)	๒๒๔(๖๕.๒)	๖๗(๑๘.๗)
ค่าเฉลี่ย = ๕.๒๕, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑.๕๐๘, ต่ำสุด = ๑, สูงสุด = ๑๑			
การรับรู้			
การรับรู้เรื่องโรค			
ไม่รับรู้	๒๒(๕.๘)	๑๕(๖.๔)	๓(๓.๖)
รับรู้ดี	๓๕๙(๙๔.๒)	๒๗๙(๙๓.๖)	๘๐(๒๖.๔)
การรับรู้ต้องรักษาต่อเนื่อง			
ไม่รับรู้	๔๕(๑๒.๙)	๓๔(๑๑.๔)	๑๕(๑๕.๑)
รับรู้ดี	๓๓๖(๘๗.๑)	๒๖๔(๘๘.๖)	๖๙(๑๙.๙)
การรับรู้เรื่องโรคแทรก			
ไม่รับรู้	๑๐(๒.๖)	๕(๑.๖)	๑(๑.๒)
รับรู้ดี	๓๗๑(๙๗.๔)	๒๘๖(๙๖.๐)	๘๕(๒๕.๘)
เจตคติและความเชื่อ			
ไม่ดี	๑๘๖(๔๘.๘)	๑๔๗(๔๕.๓)	๓๙(๓๗.๐)
ดี	๑๙๕(๕๑.๒)	๑๕๖(๕๐.๗)	๔๔(๕๓.๐)
ค่าเฉลี่ย = ๘.๑๒, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑.๖๖๓, ต่ำสุด = ๔, สูงสุด = ๑๐			
การให้คุณค่าต่อสุขภาพ			
ไม่ดี	๕๕(๑๔.๔)	๓๕(๑๑.๗)	๒๐(๒๔.๕)
ดี	๓๒๖(๘๕.๖)	๒๖๓(๘๘.๓)	๖๓(๗๕.๕)
ปัจจัยเอื้อ			
ความสามารถเข้าถึงสถานพยาบาล			
ไม่ได้	๔๘(๑๒.๖)	๔๑(๑๓.๘)	๗(๘.๕)
ดี	๓๓๓(๘๗.๔)	๒๕๗(๘๖.๒)	๗๖(๒๑.๖)
ความพึงพอใจในสถานพยาบาล			
ไม่พึงพอใจ	๘(๒.๑)	๗(๒.๓)	๑(๑.๒)
พึงพอใจ	๓๗๓(๙๗.๙)	๒๕๖(๙๖.๗)	๘๒(๒๕.๘)
ความพึงพอใจในการใช้ยาเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิต			
ไม่พึงพอใจ	๕๓(๑๓.๙)	๔๑(๑๓.๘)	๑๒(๑๔.๕)
พึงพอใจ	๓๒๘(๘๖.๑)	๒๕๗(๘๖.๒)	๗๑(๘๕.๕)



ตารางที่ ๒ (ต่อ) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการควบคุมระดับแรงดันเลือด

	จำนวน (ร้อยละ)	การควบคุมระดับแรงดันเลือด	
		ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยเสริม			
การได้รับความช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด			
ไม่ได้รับ	๑๓๕(๓๖.๕)	๕๕(๓๑.๕)	๘๔(๕๓.๐)
ได้รับ	๒๔๒(๖๓.๕)	๒๐๓(๖๘.๑)	๓๙(๔๓.๐)
การได้รับความช่วยเหลือ จากบุคลากรสาธารณสุข			
ไม่ได้รับ	๖๔(๑๖.๘)	๕๕(๑๘.๕)	๙(๑๐.๘)
ได้รับ	๓๑๓(๘๓.๒)	๒๔๓(๘๑.๕)	๗๔(๘๙.๒)
ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย			
ไม่ดี	๔๓(๑๑.๓)	๒๘(๖.๔)	๑๕(๑๘.๑)
ดี	๓๓๘(๘๘.๗)	๒๗๐(๘๐.๖)	๖๘(๘๑.๙)

ในสถานพยาบาล และความพึงพอใจในการใช้ยาเมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตที่ส่งผลจากยา), และปัจจัยเสริม (การได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากบุคลากรทางการสาธารณสุข และความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย) ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด.

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล (การมีรายได้ที่พอใช้, ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่นร่วมด้วย), ปัจจัยนำ (การให้คุณค่าต่อสุขภาพ), ปัจจัยเสริม (การได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด) มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $P < 0.05$). เมื่อจัดลำดับตามปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้คือ การมีรายได้ที่พอใช้ (OR = ๒.๓๔๕), การให้คุณค่าต่อสุขภาพ (OR = ๐.๔๗๘), ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่นร่วมด้วย (OR=๐.๔๑๔), และการได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด (OR = ๐.๓๑๖). การให้คุณค่าต่อสุขภาพ, การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี

โรคอื่นร่วมด้วย. และการได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด มีค่าอัตราเสี่ยงต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดใกล้เคียงกัน แสดงว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดเท่า ๆ กัน และยังพบอีกว่า

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดเป็น ๒.๓๔๕ เท่าของผู้ป่วยที่มีรายได้พอใช้, มีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นระหว่าง ๑.๒๒๕-๔.๔๘๗ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕.
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ให้คุณค่าต่อสุขภาพไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดเป็น ๐.๔๗๘ เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ให้คุณค่าต่อสุขภาพดี มีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นระหว่าง ๐.๒๓๕ - ๐.๘๗๕ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕.
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่นร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดเป็น ๐.๔๑๔ เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย มีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นระหว่าง ๐.๒๓๕ - ๐.๗๑๗ ที่ระดับความเชื่อมั่น

ตารางที่ ๓ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด

ปัจจัย	B	SE	Sig	Exp(B)=OR	95%CI for Exp(B)
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ	๐.๐๘๘	๐.๓๐๓	๐.๗๗๒	๑.๐๙๒	๐.๖๐๒ - ๑.๙๗๙
อายุ	-๐.๒๒๗	๐.๑๖๙	๐.๑๘๐	๐.๗๙๗	๐.๕๗๒ - ๑.๑๑๑
รายได้	๐.๘๕๒	๐.๓๓๑	๐.๐๑๐*	๒.๓๔๕	๑.๒๒๕ - ๔.๕๘๗
ภาวะการเจ็บป่วยที่มีโรคอื่นร่วม	-๐.๘๘๓	๐.๒๘๑	๐.๐๐๒*	๐.๔๑๔	๐.๒๓๙ - ๐.๗๑๗
การศึกษา	-๐.๔๐๒	๐.๔๔๘	๐.๓๗๐	๐.๖๖๙	๐.๒๗๙ - ๑.๖๑๐
ปัจจัยนำ					
ความรู้เรื่องโรค	๐.๓๗๙	๐.๓๖๕	๐.๒๙๘	๑.๔๖๑	๐.๗๑๕ - ๒.๙๘๘
การรับรู้					
-รับรู้ว่าเป็นโรค	๑.๑๒๕	๐.๐๗๔	๐.๑๑๐	๓.๐๘๑	๑.๗๑๕ - ๕.๕๘๗
-รับรู้ว่าต้องรักษาต่อเนื่อง	-๐.๖๗๓	๐.๔๐๕	๐.๐๙๗	๐.๕๑๐	๐.๒๓๐ - ๑.๑๒๙
-รับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรคแทรก	๐.๗๑๘	๑.๑๓๗	๐.๕๒๘	๒.๐๕๐	๐.๒๒๑ - ๑๙.๐๘๑
การให้คุณค่าต่อสุขภาพ	-๐.๓๓๘	๐.๓๖๓	๐.๐๔๒*	๐.๗๑๘	๐.๒๓๕ - ๑.๙๗๙
เจตคติต่อโรค	๐.๒๐๖	๐.๓๐๔	๐.๕๙๙	๑.๒๒๘	๐.๖๖๗ - ๒.๒๒๙
ปัจจัยเอื้อ					
การเข้าถึงสถานพยาบาล	๐.๕๕๑	๐.๔๘๓	๐.๒๕๔	๑.๗๓๕	๐.๖๗๓ - ๔.๕๗๐
ความพึงพอใจในสถานพยาบาล	๐.๗๒๔	๑.๑๘๙	๐.๕๔๓	๒.๐๖๒	๐.๒๐๑ - ๒๑.๒๐๔
ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา	๐.๑๓๑	๐.๔๒๔	๐.๗๕๘	๑.๑๔๐	๐.๔๙๖ - ๒.๖๑๘
ปัจจัยเสริม					
ได้รับการช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด	-๑.๑๕๑	๐.๓๐๓	๐.๐๐๐*	๐.๓๑๖	๐.๑๗๕ - ๐.๕๗๒
ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข	๐.๕๐๒	๐.๔๒๔	๐.๒๓๗	๑.๖๕๒	๐.๗๑๙ - ๓.๗๙๓
ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย	-๐.๓๗๒	๐.๔๓๒	๐.๓๘๙	๐.๖๘๙	๐.๒๙๖ - ๑.๖๐๗
ค่าคงที่	-๒.๘๕๓	๑.๘๖๐			

* = ค่าพี < ๐.๐๕

ร้อยละ ๙๕.

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดเป็น ๐.๓๑๖ เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติและบุคคลใกล้ชิดดี มีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นระหว่าง ๐.๑๗๕ - ๐.๕๗๒ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ (ตารางที่ ๓).

วิจารณ์

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด ๔ ประการ (ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, และปัจจัยเสริม) พบว่าปัจจัยด้านรายได้ (การมีรายได้ที่พอใช้), ภาวะเจ็บป่วยที่มีโรคอื่นร่วม, การให้คุณค่าต่อสุขภาพ, และการได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติและบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดของผู้ป่วย



โรคความดันโลหิตในเขตอำเภอท่าช้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $P < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องและแตกต่างกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์^(๒๐) และณัฐพงษ์ราชสุวรรณ^(๒๑) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง แต่การศึกษาของเตื่อนใจ หมวกแก้ว^(๒๒) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง.

ปัจจัยการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ทำให้การควบคุมระดับแรงดันเลือดยากมากขึ้น. พยาธิสภาพและการดำเนินโรคที่ร่วมด้วยทำให้การควบคุมระดับแรงดันเลือดยากขึ้นไปด้วย^(๒๓).

การพบว่าปัจจัยการให้คุณค่าต่อสุขภาพมีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพงษ์ราชสุวรรณ^(๒๑) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗^(๑๖) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยมีร้อยละ ๗๑.๔, ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่รักษา ร้อยละ ๔.๙, รักษาแต่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ ๑๕, รักษาและควบคุมได้ ร้อยละ ๘.๖.

ปัจจัยการได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของจริยาวัตร คมพยัคฆ์^(๒๔), อนุชา นิลอยู่^(๒๕), พรทิพาศุภราศรี^(๒๖), กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์^(๒๗) และ นรรัตน์ สมเพชร, ชิตชนก เรือนก้อน, อัญชลี เพิ่มสุวรรณ^(๒๘).

ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านเพศ อายุ, ระดับการศึกษา, การรับรู้ว่าเป็นโรค, รับรู้ว่าต้องการรักษาอย่างต่อเนื่อง ที่พบว่าไม่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ธิติศักดิ์^(๒๐) เตื่อนใจ หมวกแก้ว^(๒๒) และอรอนงค์ สัมพันธุ์^(๒๙).

ความรู้เกี่ยวกับเจตคติต่อการรักษาโรค, ความสามารถเข้าถึงสถานพยาบาล, ความพึงพอใจในสถานพยาบาล, ความพึงพอใจในการใช้ยา, การช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข

และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่ไม่พบว่ามีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาอื่น^(๖,๓๐-๓๔) ที่พบว่ารายปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น.

การศึกษาครั้งนี้ แม้จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือด แต่การนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงมีข้อจำกัด เนื่องจากกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ควบคุมระดับแรงดันเลือดได้ และไม่ได้ มีจำนวนแตกต่างกันมาก และแบบสัมภาษณ์ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ดัชนิมลกาย, การออกกำลังกาย, การจำกัดเกลือโซเดียม, การได้รับโปแตสเซียม, แคลเซียมและแมกนีเซียมอย่างเพียงพอ, การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ภาวะเครียด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับแรงดันเลือดด้วย.

สรุป

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำให้ทราบว่า การมีรายได้ที่เพียงพอ, การให้คุณค่าต่อสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่นร่วมด้วย และการได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดนั้น ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมบำบัดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีทั้งสอดคล้องและแตกต่างจากรายงานการศึกษาที่ผู้อื่นได้ศึกษาไว้แล้ว. ผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลจากการศึกษาไปวางแผนจัดกระบวนการสื่อสารด้านความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง, การปฏิบัติตัวรวมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ให้กับบุคลากรสาธารณสุข, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว และชุมชน ในเขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อให้เกิดความตระหนักและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าช้าง, สถานีอนามัยตำบลถอนสมอ, สถานีอนามัยตำบลวิหารขาวและสถานีอนามัย

เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษานวมินทราชินีตำบลพิบูลทอง ได้ช่วยค้นข้อมูล, สัมภาษณ์ผู้ป่วย และเก็บรวบรวมข้อมูล. นางปราณี อิมสมบัติ นักวิชาการสาธารณสุข ๗ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ได้ช่วยตรวจสอบข้อมูลและบันทึกข้อมูลให้.

เอกสารอ้างอิง

๑. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157:2413-46.
๒. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธักดิ์. การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. ใน: ศุภวรรณ มโนสุนทร, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย (บรรณาธิการ). หนังสือชุดการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมและวิถีชีวิต ๖. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; ๒๕๔๒.
๓. Kaplan NM, with a chapter by Lieberman E. Clinical hypertension. 7th ed. Baltimore, Maryland : William & Wilkins; 1998.
๔. คณะอนุกรรมการแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง. ใน: สุจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการตรวจและการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; ๒๕๔๔. หน้า ๒๓๓-๔๔.
๕. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง. ใน: วิทยา ศรีคามา, ธานินทร์ อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ). Evidence-based clinical practice guideline ทางอายุรกรรม. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๖. หน้า ๔๓๙-๔๕.
๖. พีระ บูระกิจเจริญ. 1999 WHO/ISH Guidelines for the management of hypertension. วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา ๒๕๔๔; ๑๗:๑๙๗-๕๘.
๗. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. World Health Organization/International Society of Hypertension statement on management of hypertension. J Hypertens 2003; 21:1983-92.
๘. กองสุศึกษา สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ: ๒๕๔๒.
๙. กฤษณา พีระเวช, วิวรรณ วัฒนกุล. Risk factors for stroke in Thai patients. จพสท ๒๕๔๖; ๘๖ (ฉบับเสริม ๒) : ๒๕๑ - ๒๕๘.
๑๐. แนวทางการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. วารสารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ๒๕๔๔; ๑๘(๒):๑๐-๒๓.
๑๑. พีระ บูระกิจเจริญ, Meta Phoojaroenchanachai, Surachai Saravich. Hypertension study among attendants at the Board of Investment Fair ๒๐๐๐. จพสท ๒๕๔๕; ๘๕ (ฉบับเสริม ๕): ๒๕๑ - ๒๕๒.
๑๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖.
๑๓. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗.
๑๔. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๘.
๑๕. โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุขของอำเภอท่าช้าง พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๘.
๑๖. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อในพระบรมราชูปถัมภ์; ๒๕๔๘.
๑๗. Paul KW, Jiang H, Lawrence JA, Jeffery AC, Stephen H, Theodore AK, et al. Primary prevention of hypertension. JAMA 2002; 288:1882-8.
๑๘. Andreoli KG. Self concept and health belief in compliant and noncompliant hypertensive patients. Nurs Res 1981; 30:323-8.
๑๙. นิรัตน์ อิมามี. เครื่องมือการวิจัย. ใน: ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข หน่วย ๖-๑๐ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นครสวรรค์: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช; ๒๕๔๓. หน้า ๑๑๑-๖๒.
๒๐. หทัยรัตน์ ธิดศักดิ์. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๔๐.
๒๑. ณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ. โรคความดันโลหิตสูง กับความสัมพันธ์ของบริบทที่เกี่ยวข้อง : กรณีศึกษา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๔๕.
๒๒. เตือนใจ หมวกแก้ว. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวนจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๔๐.
๒๓. นรินทร์ สุชะวันรินทร์, สมชาย ปรีชาวัฒน์. ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเบาหวาน. จุฬายูรศาสตร์ ๒๕๔๔; ๑๔:๑๒๓-๔๕.
๒๔. จิรายัตร์ คมพยัคฆ์. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



- ชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาสาธาณสุขศาสตร
ดุขฎิบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๓๒.
๒๕. อนุชา นิลอยู่. กลประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วม
กับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกา
รป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน อายุระหว่าง ๔๐ - ๕๕
ปี อำเภอยะบะคาล จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๔๒.
๒๖. พรทิพา สุภราศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย
หลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๓๘.
๒๗. กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทาง
สังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีวัยหมดประจำเดือน.
วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๔๑.
๒๘. นรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน, อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. ผลการ
เดือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของ
ผู้ป่วยนอก. สงขลานครินทร์เวชสาร ๒๕๕๐; ๒๕:๘๕-๙๑.
๒๙. อรอนงค์ สัมปัญญา. การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเรื่องความดันโลหิตสูง.
วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๓๕.
๓๐. สุภาพ ไบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ
กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.
วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๒๘.

๓๑. ศรียุดา ผลผดุง, เพ็ญพรรณ เลหาพันธุ์. การรับรู้ผลของบุหรี และ
ทัศนคติเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรีในผู้ป่วยทางทันตกรรม
ไทยกลุ่มหนึ่ง. J Dent Assoc Thai ๒๐๐๒; ๕๒:๑๐๖-๑๔.
๓๒. ชรรยง สุทธิรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้. J Psychiat
Assoc Thai ๒๕๑๔; ๑๖:๑-๘.
๓๓. ประสพ รัตนากร. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้. แพทย
สารทหารอากาศ ๒๔๕๘; ๔:๒๕๕-๒๖.
๓๔. คาวรุ่ง คุณวุฒิคุณากร, พิพัฒน์ ชุมเกษียร. ความตระหนักและ
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือด
สมองของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรม
การแพทย์ ๒๕๔๗; ๒๕:๑๕๒-๕.

ของแถม

ความ น. เรื่อง เช่น เนื้อความ เกิดความ; อาการ เช่น ความทุกข์
ความสุข; คติที่ฟ้องร้องกันในโรงศาล; คำนำหน้ากริยาหรือ
วิเศษณ์ เพื่อแสดงสภาพ เช่น ความตาย ความดี ความชั่ว.....
(พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒ พิมพ์
ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์; ๒๕๔๖. หน้า
๒๓๑).

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีแรงดันเลือดสูงกว่าปกติ.
แรงดันวัดได้ มีหน่วย บอกความสูงต่ำ เช่น แรงดันเลือด ๑๔๐/
๕๐ มิลลิเมตรปรอท.