



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของ สถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน

โดย

นางชนาภรณ์ วงษา

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน

โดย

นางธนภรณ์ วงษา

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**FACTORS RELATED TO PREHYPERTENSION BLOOD PRESSURE AMONG
PEOPLE IN AREA OF TAMBON JORAKAESAMPHAN HEALTH CENTER**

**By
Thanaporn Wongsa**

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF SCIENCES

Program of Social and Health System Management

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2008

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้การค้นคว้าอิสระเรื่อง “ ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนใน
พื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน ” เสนอโดย นางธนาภรณ์ วงษา เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการ
จัดการระบบสุขภาพ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตั้งกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

เกสัษกรหญิง อาจารย์ ดร.เขวาลักษณ์ อ่ำรำไพ

คณะกรรมการตรวจสอบการค้นคว้าอิสระ

..... ประธานกรรมการ

(เกสัษกร อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกสัษกรหญิง อาจารย์ ดร.ณัฐจิรา คำผล)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกสัษกรหญิง อาจารย์ ดร.เขวาลักษณ์ อ่ำรำไพ)

...../...../.....

50358316 : สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : ปัจจัย/ระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง/ประชาชน

ชนาภรณ์ วงษา : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน.

อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ : ภาณุ.อ.ดร.เขาวลัทธิ อ่ำราไพ. 103 หน้า.

วัตถุประสงค์ของการวิจัยแบบตัดขวางนี้ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ถูกสุ่มมา จำนวน 375 คน จาก 5,394 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบคัดกรองความเสี่ยงตามมาตรฐานของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2551 และแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square (χ^2) Odds Ratio และ 95% CI

ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ การมีบิดาและหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีพี่และหรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีประวัติเคยตรวจพบความดันโลหิตสูงผิดปกติ การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ที่มีความดันปกติพบว่าเพศ หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนผู้ที่มีความดันโลหิตระดับเสี่ยงพบความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติพบว่า อาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน การเป็นผู้นำครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันปกติพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ที่มีความดันโลหิตระดับเสี่ยงที่มีปัจจัยอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน การเป็นผู้นำครอบครัว และการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ควรดำเนินการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงทุก 6 เดือนในกลุ่มที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และในผู้ที่เคยตรวจพบว่ามีระดับความดันโลหิตสูงผิดปกติ

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2551

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

50358316 : MAJOR : SOCIAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT

KEY WORDS: FACTORS/PREHYPERTENSION/BLOOD PRESSURE/HEALTH BELIFE
MODEL

THANAPORN WONGSA : FACTORS RELATED TO PREHYPERTENSION BLOOD
PRESSURE AMONG PEOPLE IN AREA OF TAMBON JORAKAESAMPHAN HEALTH
CENTER.INDEPENDENT STUDY ADVISOR : YAOWALAK AMRUMPAI, Ph.D., 103 pp.

This cross-section study was aimed at identifying factors related to prehypertension blood pressure among people in area of Tambon Jorakaesamphan Health center. Multi-stage sampling technique was performed to recruit 375 samples from 5,394 individuals of 15 years old of age or more in area of Jorakaesamphan Tambol Health center, U-thong District, Suphanburi Province. Standard questionnaire from National Health Security Office (NHSO) 2008 and structured interview questionnaire were used to collect data. Accordingly, blood pressure of samples were recorded. Percentages, means, standard deviation, chi-square, OR (Odds Ratio) and 95% CI were calculated.

The results of the study were:

1. Health belief model was not related to prehypertension blood pressure level.
2. Other factors associated with pre-hypertension blood pressure were: having father and/or mother with hypertension; having sibling with hypertension; prior finding of episode of high blood presure; smoking; and exercise less than 3 times per week.
3. Sex and responsibility in taking care of patient were found to correlate with perceived susceptibility to hypertension in normotensive group whereas marital status was related to perceived susceptibility to hypertension in the prehypertension group. In normotensive individuals, factors that were found to be associated with perceived severity of hypertension were occupation with uncertain office hours and leadership in family. Furthermore, family's income was related to perceived costs and benefits in hypertension prevention in people with normal blood pressure, while occupation with uncertain office hours, leadership in family and sickness or having medical problems were found to correlate with perceived costs and benefits in hypertension prevention in prehypertensive group.

Surveillance for hypertension every 6 months should be performed in people who have father and/or mother with hypertension, siblings with hypertension and prior finding of episode of high blood pressure.

Program of Social and Health System Management Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2008

Student's signature

Independent Study Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ กรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ ที่ได้ช่วยเหลือในการวางแผนการจัดทำสารนิพนธ์ ตลอดจนการให้คำปรึกษาแนะนำ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำสารนิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณคำรณ ครั้นน้ำใจ สาธารณสุขอำเภออุ้มผางที่อนุญาตให้ ทำการศึกษาและอำนวยความสะดวกในการศึกษา ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่าน จากมหาวิทยาลัย ศิลปากร วิทยาเขต พระราชวังสนามจันทร์ ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ในด้านวิชาการ การ วิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุข จาก สถานีอนามัยตำบลจรเข้ม่านที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณ คุณวันชัย วงษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาริศา พลายบัว พี่ และเพื่อน ๆ ทุกคน ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชี้แนะและสนับสนุนการ ทำสาร นิพนธ์ด้วยดีเสมอมาทำให้การทำสารนิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ธนาภรณ์ วงษา

18 พฤษภาคม 2552

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพประกอบ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ปัญหาการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและนโยบายการดำเนินงาน....	11
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงระดับโลก.....	11
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย.....	13
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดสุพรรณบุรี.....	17
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของอำเภออุทุมพร.....	19
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของตำบลจรเข้สามพัน.....	21
นโยบายการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง.....	21
ตอนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....	22
นิยาม.....	22
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....	25

บทที่	หน้า
ตอนที่ 3 แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย.....	31
แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	31
ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
ตัวแปรที่ศึกษา.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร.....	56
ตอนที่ 2 ทดสอบสมมติฐาน.....	60
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	75
สรุปผลการวิจัย.....	75
การอภิปรายผล.....	78
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	82
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	87
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์งานวิจัย	88
ภาคผนวก ข ผล	97
ประวัติผู้วิจัย.....	103

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 อัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2541 – 2550.	14
2 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2542 – 2546....	15
3 อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของผู้ป่วยในต่อแสนประชากรทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2539-2548.....	16
4 ความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี 2547	17
5 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุพรรณบุรีได้รับบริการ คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน ปิงปอประมาณ 2547-2551	18
6 จำนวนและอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหลอดเลือดสมองเสื่อม จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2547- 2549.....	19
7 จำนวนและอัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยสาเหตุที่สำคัญ 10 อันดับจากมรณะบัตร อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2547 –2549.....	20
8 การแบ่งระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปตามวิธีการของ JNC 7.....	23
9 การจำแนกระดับความดันโลหิต(Classification of blood pressure) ของสมาคม ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.....	23
10 เกณฑ์การพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	24
11 จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบล จรเข้สามพัน อ.อุทุมพร จ.สุพรรณบุรี ปี 2551.....	43
12 การจัดทำตาราง 2 ×2 ของผู้ป่วยที่สัมผัสกับไม่สัมผัสปัจจัย.....	53
13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร.....	57

14	ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
15	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง.....	63
16	ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง.....	66
17	ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง กับความถูกต้องในการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง.....	69
18	ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกับความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์ และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	71
19	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม กลุ่มผู้มีความดันโลหิตระดับเสี่ยง และกลุ่มความดันโลหิตปกติ	98
20	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม กลุ่มผู้มีความดันโลหิตระดับเสี่ยง และกลุ่มความดันโลหิตปกติ.....	99
21	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ความประโยชน์ของการป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม กลุ่มผู้มีความดันโลหิตระดับเสี่ยง และกลุ่มความดันโลหิตปกติ.....	100

สารบัญภาพประกอบ

แผนภูมิที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชาวอเมริกัน.....	12
2 อัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2541 – 2550.....	15
3 อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของผู้ป่วยใน ต่อแสนประชากรทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2539-2548.....	16
4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	32
5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย.....	33
6 โครงสร้างของการศึกษาแบบ Case-Control Retrospective Study.....	40
7 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทาง ด้านสาธารณสุข ในหลายประเทศที่มีอันตราย และนับวันจะมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นตามสภาพสังคมปัจจุบันที่มีความเจริญทางเทคโนโลยี การแข่งขัน การเอารัดเอาเปรียบ บุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมที่มีลักษณะเช่นนี้ต้องประสบปัญหาในการปรับตัวที่ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เกิดความขัดแย้งระหว่างค่านิยมแบบเก่าและแบบใหม่ ซึ่งนำไปสู่ภาวะเครียดอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (สุธีรา อุณหตระกูล และกนกพร หมุ่มพักษณ์ 2545 : 3) การเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราส่วนเพิ่มมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก และเพิ่มขึ้นในเด็ก กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรมมีอิทธิพลของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคความดันโลหิตสูงก็เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไต (Black and Elliott 2007 : 8) ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มักไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ผู้ที่มารักษาในระยะที่อาการไม่รุนแรง จะทราบจากการตรวจร่างกายประจำปี หรือเมื่อมารักษาโรคอื่นๆแล้วจึงตรวจพบว่า ความดันโลหิตสูง (หทัยรัตน์ ชิตศักดิ์ 2540 : 2)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทุก 1 ใน 8 ของการตาย หรือจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลก (Black and Elliott 2007 : 155)ประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่ วัยผู้ใหญ่มีมากกว่าร้อยละ 30 ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 50 ถึง ร้อยละ 60 มีสุขภาพดีเมื่อสามารถลดความดันโลหิตของพวกเขาให้อยู่ในระดับปกติ โดยการเพิ่มกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับดี และรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น (Mackay and Mensah 2004 : 30 - 36) ข้อมูลของ The National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) พบว่าประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 65 ล้านคนหรือร้อยละ 28.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.9 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงขึ้น และร้อยละ 58.4 ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษามีเพียง ร้อยละ 31.0 ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้น้อยกว่า 140/90 mm.Hg. ส่วนประชาชนอีกประมาณ 43 ล้านคนไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงหรือได้รับการรักษา แต่ไม่สามารถควบคุมได้ ประเทศแคนาดาก็พบว่า มีร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกันกับประเทศ

สหรัฐอเมริกาคือประมาณร้อยละ 28 ของประชากร อายุ 35 ถึง 74 ปี ในปี 1990 ส่วนประเทศแถบยุโรป 6 ประเทศ พบว่ามีการระบาดของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศอิตาลีน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 38 ของประชากร อายุ 35 ถึง 74 ปี ส่วนที่มากที่สุดคือประเทศสาธารณรัฐเยอรมัน พบโรคความดันโลหิตสูง ถึง ร้อยละ 55 ของประชากร อายุ 35 ถึง 74 ปี อัตราตายของความดันโลหิตสูงในประเทศอเมริกาเหนือ คือ 27 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย 41.2 ต่อแสนประชากรในประเทศแถบยุโรป (Black and Elliott 2007 : 3 - 4)

ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์และระบบทุนนิยมโลก ทิศทางการพัฒนาประเทศที่ขาดคุณภาพ ทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับวิกฤตทางสังคมครั้งสำคัญ การบริหารประเทศที่เน้นการพัฒนาทางวัตถุ และเน้นระบบทุนนิยม ได้ทำให้ในด้านเศรษฐกิจ เกิดความเหลื่อมล้ำและการแก่งแย่งแข่งขัน การแย่งชิงอำนาจ ขาดความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ในด้านสังคม เกิดสภาวะสังคมอ่อนแอ ความขัดแย้งและความรุนแรงรูปแบบต่างๆ ในด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ ถูกทำลายและเกิดมลพิษต่างๆ (สำนักงานกฤษฎีกา, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ 2549 : 14) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของประชากร และเศรษฐกิจทางสังคม ทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของคนไทย ซึ่งในอดีตจะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ แต่ปัจจุบันปัญหาสุขภาพมีผลมาจากสังคมสิ่งแวดล้อม ที่พัฒนาสู่ความทันสมัย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีแนวโน้มสูงขึ้น (อุบลรัตน์ จินตวนิชย์ 2545 :1)

จากการศึกษาภาระโรคที่มีผลจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาระโรคที่สำคัญของประเทศไทยในระดับต้นๆ เช่น อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน เกิดจากการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะทุพโภชนาการ โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การนั่งทำงาน และการขาดการออกกำลังกาย (เขวาลักษณ์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตน์ 2549 : 77) จากการที่คนไทยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ทั้งการบริโภคและการใช้ชีวิตนี้ ทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ทั้งโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ มีอัตราเพิ่มขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด กำลังเป็นปัญหาคุกคามชีวิตคนไทย

สถิติสาธารณสุขของประเทศไทย โดยการสำรวจข้อมูลจากมรณะบัตร พบว่าความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งและอุบัติเหตุ โดยระหว่างปี พ.ศ. 2541-2545 มีอัตราตาย 3.3-5.1 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2545) ส่วน ปี 2546-2547 มีอัตราตายที่สูงขึ้น และกลับลดลงในปี 2547 คือมีอัตรา 5.4 และ 4.0 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2547 : 89)

จากการตรวจคัดกรองผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปี 2547-2549 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากโดยมีอัตราป่วย 647.07 725.35 และ 705.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี 2549) ปี 2545-2547 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราตาย 5.1 5.5 และ 3.9 ต่อแสนประชากรตามลำดับ แม้ว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะลดลงในปี 2547 แต่อัตราตายด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดกลับเพิ่มขึ้น คือ อัตรา 52.6 63.7 และ 63.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2547) ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความดันโลหิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ในลักษณะที่ต่อเนื่อง (continuous association) (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพรรณ บุญรัตพันธุ์ 2549 :115)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของอำเภ่อูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2546 พบผู้ป่วยรายใหม่จากการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 391 ราย อัตราอุบัติการณ์ 1,357 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงแสนคน รวมมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 2,180 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,762 ต่อประชากรแสนคนซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยในปีเดียวกันของจังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนอัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูง ปี 2546 อยู่ในอันดับ 6 มีอัตรา 5.05 ต่อพันประชากร ซึ่งมีอัตราใกล้เคียงกับอัตราตายระดับประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภ่อูทอง 2547) ในปี 2547-2549 มีอัตราตาย 12.70 18.70 และ 19.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบว่าในปี 2550 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 3,005 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2460.69 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภ่อูทอง 2550) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2546 อย่างรวดเร็ว

โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากหลายสาเหตุ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ และมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งสถานีนามัยในอำเภ่อูทองได้ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ตามมาตรฐานการตรวจคัดกรองประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมาพบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่ทราบแน่ชัดว่ามีพฤติกรรมและหรือปัจจัยเสี่ยงใด ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ผลจากการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป กลุ่มที่มีสิทธิ์ข้าราชการและประกันสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนามัย ตำบลจรเข้สามพัน ปี 2551 มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยง จำนวน 910 คน พบว่ามีภาวะเสี่ยง 241 คน และผลการตรวจคัดกรอง ตามมาตรฐานการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปรวมทุกสิทธิ์ มีค่าความดันโลหิตระหว่าง 130-139/80-89 mm.Hg. หรือระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 854 คน และป่วยเป็นโรค

ความดันโลหิตสูง 154 คน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ยังมิได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม ซึ่งโรเซนสตัดด์ (Rosenstock 1974 : 330) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตเขา และกระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเป็นประโยชน์ และให้ผลดีแก่เขา โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุทธศาสตร์ในการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น และยังมีปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การดำเนินโรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการ จะแสดงอาการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน หรือจากการตรวจสุขภาพประจำปี การสร้างความตระหนักต่อการรู้จักความดันโลหิตของตนเอง และค้นหาผู้มีความดันโลหิตระดับเสี่ยง และความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะต้น จึงเป็นแนวทางการสนับสนุนการควบคุมป้องกันอีกแนวทางหนึ่งที่จะสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจัยร่วม แต่ถ้าเราสามารถทราบปัจจัยที่มีผลต่อการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และลดหรือกำจัดปัจจัยเหล่านั้นได้ ก็จะทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ลดลงได้ และช่วยลดอัตราการเกิดโรค หัวใจและหลอดเลือดได้อีกด้วย ผู้วิจัยจึงศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค

ความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

ปัญหาการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

3. ลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน ได้แก่ หมู่ 3 4 5 7 10 12 และ หมู่ 14 ตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ขอบเขตด้านตัวแปร ในงานวิจัยนี้ ศึกษาตัวแปรจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่

2.1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ(ลักษณะงานที่ทำ) บทบาทในครอบครัว หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วย รายได้ของครอบครัว

2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ 3 ด้าน คือ

2.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิต

2.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

2.2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่าย ในการป้องกันโรคความดันโลหิต

สูง

2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

2.3.1 มีประวัติ บิดาและหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.3.2 มีประวัติ ฟีและหรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.3.3 เคยตรวจพบความดันโลหิตสูง

2.3.4 ดัชนีมวลกายเกิน

2.3.5 ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 30 นาที

2.3.6 บริโภคอาหารมีไขมันสูง

2.3.7 บริโภคอาหารรสเค็ม

2.3.8 ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์

2.3.9 สูบบุหรี่

2.4 การมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิตขณะพัก อยู่ระหว่าง 130-139/80-89 mm.Hg.)

3.ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยเริ่มจัดทำโครงการวิจัยตั้งแต่ เดือน มิถุนายน 2551 เสนอโครงการวิจัยในมนุษย์ต่อสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน ในพื้นที่

รับผิดชอบของสถานอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภ่อู้อทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2551 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เดือนธันวาคม 2551 – เดือนมกราคม 2552

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง(Prehypertension)

หมายถึง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงวัดได้ขณะร่างกายหยุดกิจกรรมต่างๆ มีค่าระหว่าง 130-139/80-89 mm.Hg. (เกณฑ์การพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยง ตามแบบคัดกรองความเสี่ยง) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551)

กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิต 130-139/80-89 mm.Hg. ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง(เกณฑ์การพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยง ตามแบบคัดกรองความเสี่ยง)(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551)

กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิต ≤ 120 -129 / ≤ 80 mm.Hg.

ปัจจัย หมายถึง สาเหตุ หรือองค์ประกอบ หรือส่วนประกอบ ในการวิจัยครั้งนี้

กำหนดให้หมายถึง สาเหตุหรือองค์ประกอบที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ลักษณะทางประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ตัวกำหนดหรือปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ มีประวัติบิดาและหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติพี่และหรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง เคยตรวจพบความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายเกิน ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 30 นาที บริโภคอาหารมีไขมันสูง บริโภคอาหารรสเค็ม ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง หมายถึง ตรวจคัดกรองพฤติกรรมด้วยเครื่องมือ และการวัดที่ได้มาตรฐาน ตามแนวทางปฏิบัติการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แจกค่าและอธิบายความหมายของความเสี่ยง ค่าระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกายที่คำนวณได้ และแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของกลุ่มตัวอย่างนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการวิจัย ถ้าเกิน 6 เดือน ขึ้นไปถือเป็น 1 ปี เต็ม

สถานภาพสมรส หมายถึง การมีคู่สมรส หรือไม่มีคู่สมรส และการอยู่ร่วมกันของคู่สมรส ได้แก่ โสด คู่ หม้าย หย่า แยก

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช. ปวส.ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ หมายถึง การปฏิบัติงานประจำซึ่งได้รับค่าตอบแทน หรือเป็นภาระงานที่ต้องรับผิดชอบโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ทำงานบริษัทหรือรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ และนักเรียนนักศึกษา
2. กลุ่มปฏิบัติงานที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพ ทำไร่ ทำนา ทำสวน ค้าขาย แม่บ้าน ไม่ได้ทำงาน

บทบาทในครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การแสดงออกถึงความเป็นผู้นำครอบครัวในการตัดสินใจ และการทำงานเลี้ยงครอบครัว หรือเป็นผู้อาศัย

รายได้ของครอบครัว หมายถึง มูลค่าของค่าตอบแทนเป็นเงิน และหรือสิ่งของที่ได้รับจากการทำงาน การขายสินค้า บริการ คิดเป็นจำนวนเงินของสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมกันโดยเฉลี่ยต่อเดือน ใน 1 ปี ของกลุ่มตัวอย่าง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อันได้แก่ การรับรู้ 3 ด้าน คือ

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เชื่อว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เชื่อว่าความดันโลหิตสูงมีความรุนแรง ทำให้ร่างกาย พักการ เสียชีวิต มีความลำบาก ระยะเวลารักษานาน และผลกระทบต่อบทบาททางสังคม
3. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่าย ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เชื่อว่าหากปฏิบัติตนเหมาะสมจะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติดังกล่าวไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

การรับรู้ถูกต้อง หมายถึง การแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบคำถามที่ตรงกับทฤษฎีของโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์และค่าใช้จ่าย ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

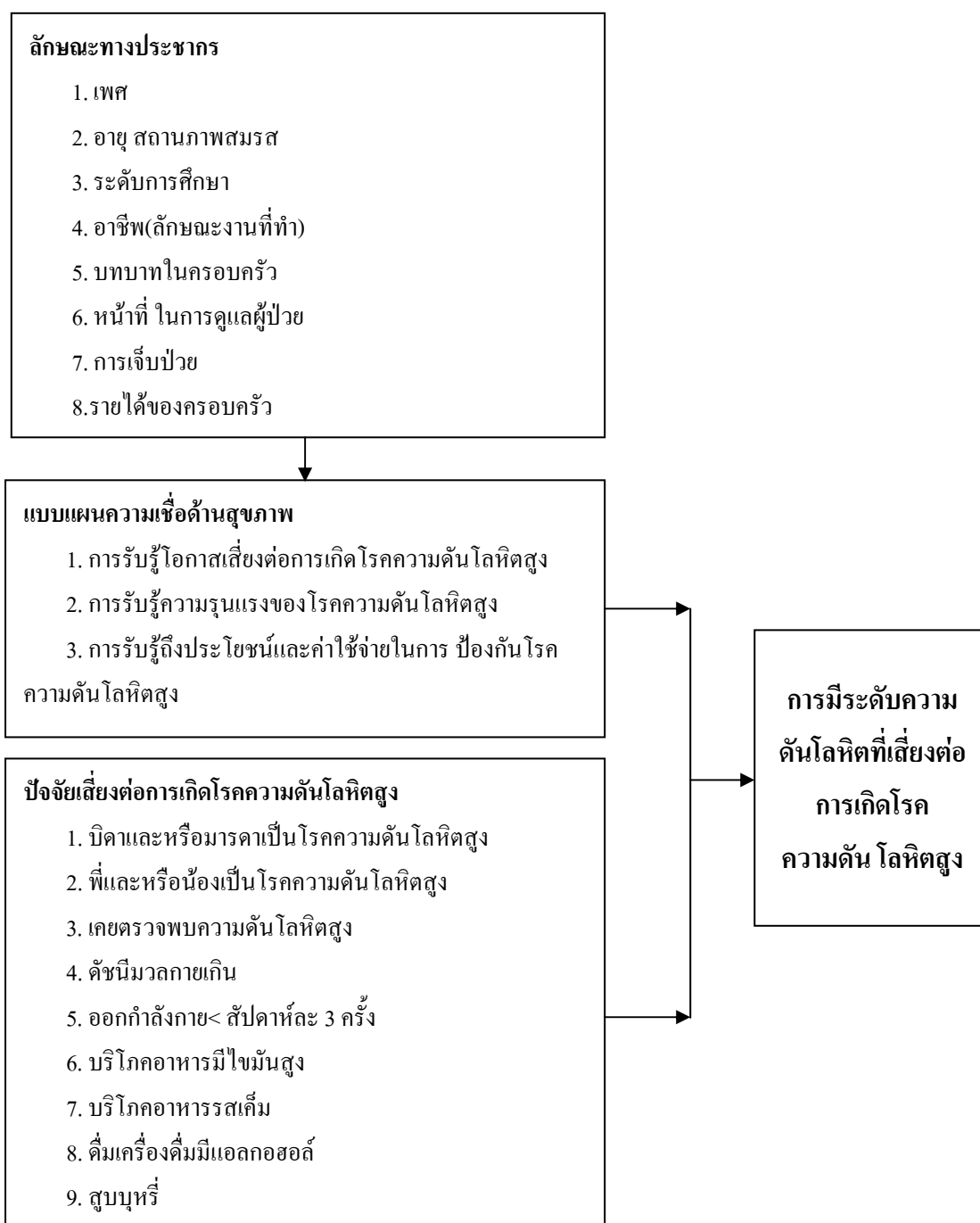
ผลที่ได้จากการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ทราบ ลักษณะทางประชากรของกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงว่ามีความแตกต่างกับกลุ่มปกติหรือไม่อย่างไร ทราบลักษณะความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป
2. เป็นแนวทางในการเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อันจะเป็นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของสถานอนามัย ตำบลจรเข้สามพัน รวมทั้งพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างถูกต้องต่อไป
3. เป็นพื้นฐานและแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน แบ่งการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและนโยบายการดำเนินงาน

ตอนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1

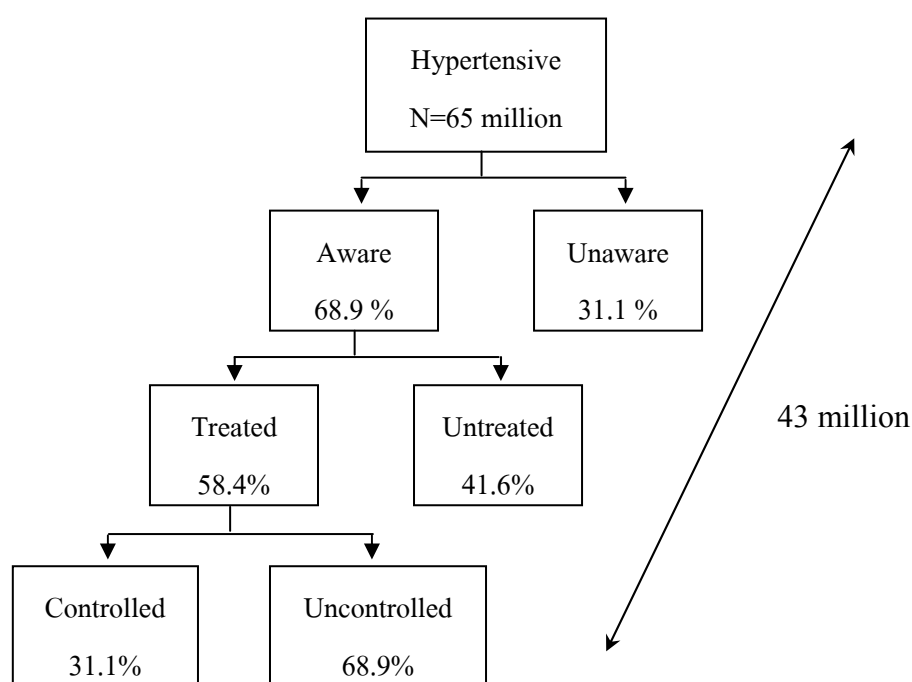
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและนโยบายการดำเนินงาน

1.1 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงระดับโลก

ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทุก 1 ใน 8 ของการตาย หรือจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลก (Black and Elliott 2007 : 155) ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โดยพบว่าความดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25 ส่วนการมีค่าความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 7.5 mm.Hg. ก็จะเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ร้อยละ 20 และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 46 (อรุณี หลูปริชาเศรษฐ 2549: 13) และเมื่อนำมาประเมินภาระโรคแล้ว พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก เกิดจากความดันซิสโตลิกที่มากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท (เขาลักษณ์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ 2549)

จากข้อมูลของ The National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) พบว่าประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 65 ล้านคนหรือร้อยละ 28.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.9 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงขึ้น และ

ร้อยละ 58.4 ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในจำนวนนี้มีเพียง ร้อยละ 31.0 ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้น้อยกว่า 140/90 mm.Hg. ส่วนประชาชนอีกประมาณ 43 ล้านคนไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงหรือได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมได้ (Black and Elliott 2007 : 3 - 4) ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชาวอเมริกัน

ที่มา : Black, Henry Richard, and William J. Elliott. Hypertension : A Companion to Braunwald's Heart Disease (Canada : Saunder, and imprint of Elsevier Inc, 2007), 3.

ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเริ่มตั้งแต่วัยหนุ่มสาว โดยในหนุ่มสาวที่ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต พบว่ามีชั้นไขมันและเส้นใยพังผืดในหลอดเลือดแดงที่หัวใจ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แสดงถึงอาการเริ่มต้นของ Atherosclerosis ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง รวมถึง การสูบบุหรี่ การมีไขมันในพลาสมาเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง และอ้วน และยังพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกจำนวน 18 ล้านคนมีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 14 ของเด็กอายุ 13-15 ปี ทั่วโลกสูบบุหรี่ ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต อาจทำให้มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ วัยหนุ่มสาว เมื่ออายุเพิ่มขึ้นความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงก็เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 68.1 ของเพศ

ชาย และร้อยละ 84.0 ของเพศหญิง อายุ 75 ปีป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ส่วนผู้ที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป มีการป่วยร้อยละ 46 ของประชากร (Mackay and Mensah 2004 : 30 - 36)

1.2 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพที่มีผลมาจากสังคมสิ่งแวดล้อม ที่พัฒนาสู่ความทันสมัย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีแนวโน้มสูงขึ้น คนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งการบริโภคและการใช้ชีวิตทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้น ปี 2548 โรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมาก กล่าวคือ มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีอุบัติการณ์ 544.08 530.75 490.53 174.88 และ 114.31 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานกฤษฎีกา, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ 2549 : 14) โรคไร้เชื้อซึ่งไม่สามารถบำบัดรักษาให้หายขาดได้ด้วยยา หรือป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนพฤติกรรมดำเนินชีวิตของบุคคล เช่น ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีไขมันหรือคอเลสเตอรอลสูง ความเครียด ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง คิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของภาระโรคทั้งหมด (เขवालักษณ์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ 2549)

สถิติสาธารณสุขของประเทศไทย โดยการสำรวจข้อมูลจากทะเบียนปี 2545-2547 พบว่าความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งและอุบัติเหตุ มีอัตราตาย 5.1 5.4 และ 4.0 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2547 : 89) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกายในปี 2534 และปี 2539-2540 พบว่าความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 11 และส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง และมีไม่ถึงร้อยละ 10 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ต่อมาในปี 2543 มีการสำรวจประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป พบว่ามีความดันโลหิตสูง 5.1 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 21

ส่วนข้อมูลอัตราการตายต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของประเทศไทย ปี 2541 - 2550 พบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้นในช่วงปี 2543-2544 แต่กลับมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547-2550 โดยมี 3.3 4.9 5.5 6.3 5.1 5.4 4.0 3.94 3.8 และ 3.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ แม้ว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะลดลง แต่อัตราตายในด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเพิ่ม ขึ้นในปี 2546-2548 มีอัตรา 85.6 68.7 52.3 56.2 52.6 63.7 63.3

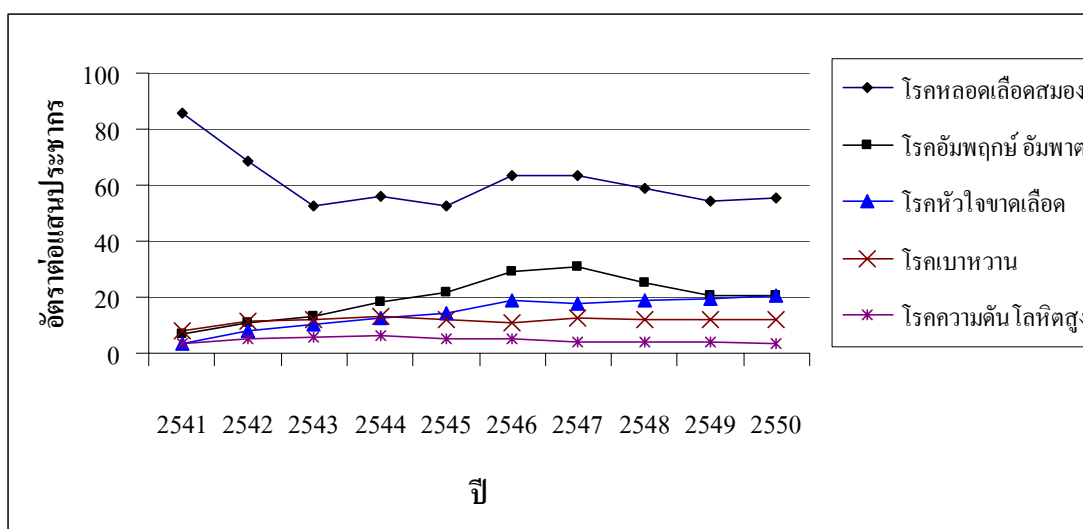
59.12 54.5 และ 55.3 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค 2551) ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความดันโลหิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ในลักษณะที่ต่อเนื่อง (continuous association) (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพรรณ บุญรัตน์ 2549 :115) โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการตายทั่วโลก ประมาณร้อยละ 9.9 หรือ 5.5 ล้านคน โดยเฉพาะเป็นสาเหตุหลักของการตาย ของคนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (WHO 2001 :2)

ตารางที่ 1 อัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2541 – 2550

โรค	ปี พ.ศ.									
	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
โรคหลอดเลือดสมอง	85.6	68.7	52.3	56.2	52.6	63.7	63.3	59.12	54.5	55.2
โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	7.0	10.8	13.4	18.2	21.5	29.1	30.8	25.27	20.6	20.6
โรคหัวใจขาดเลือด	3.6	7.9	10.1	12.4	14.4	19.1	17.7	18.69	19.4	20.8
โรคเบาหวาน	7.9	11.4	12.2	13.2	11.8	10.6	12.3	11.85	12.0	12.2
โรคความดันโลหิตสูง	3.3	4.9	5.5	6.3	5.1	5.4	4.0	3.94	3.8	3.6

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ [ออนไลน์], เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincdinfo.com/cms/>

เมื่อนำข้อมูลอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญจากตารางที่ 1 มาจัดทำเป็นแผนภูมิเส้นพบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 อัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2541 – 2550

เมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ พบว่าปี 2542 – 2546 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2542 – 2546

โรค	ปี พ.ศ.				
	2542	2543	2544	2545	2546
โรคหลอดเลือดสมอง	341,143	421,185	424,033	514,695	595,655
โรคความดันโลหิตสูง	120,280	142,873	156,442	187,162	218,218
โรคเบาหวาน	141,547	142,088	151,115	187,141	213,136
โรคหัวใจขาดเลือด	45,488	54,071	60,470	77,323	92,733
โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	51,485	58,366	62,757	75,931	84,807

ที่มา : นิตยา ภัทรกรรม, Thai Non Communicable Disease Reduce Risk [ออนไลน์], เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.tncdreducerisk.com/cms/>

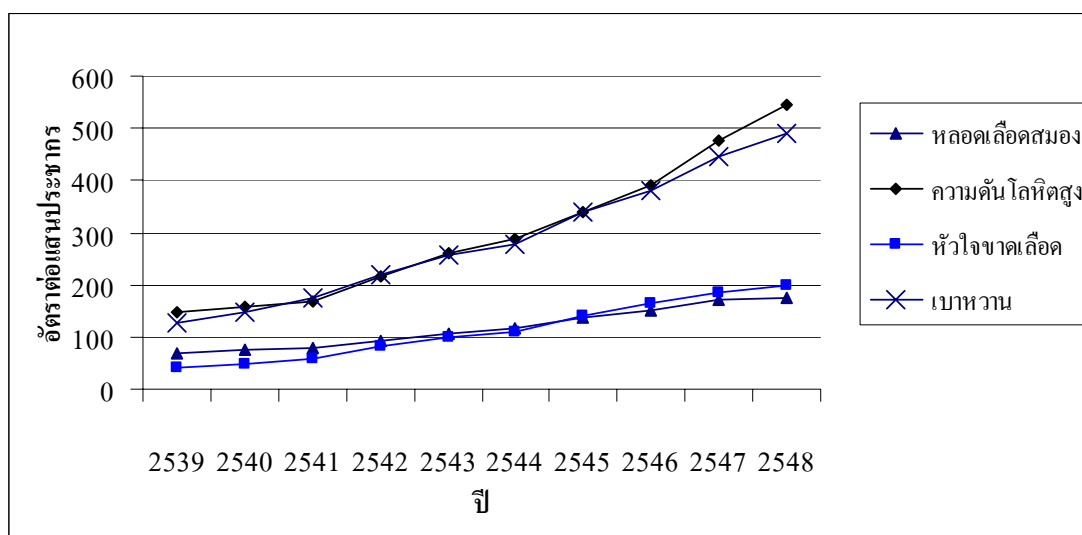
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด และเบาหวานและในจังหวัดต่างๆทั่วประเทศยกเว้น

กรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงถึงจำนวนผู้ป่วยที่สถานบริการต้องรับภาระในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของผู้ป่วยในต่อแสนประชากรทั้งประเทศ
ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2539-2548

โรค	ปี พ.ศ.									
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
หลอดเลือดสมอง	69.53	75.00	78.20	92.70	105.81	115.33	138.34	151.50	169.94	174.88
ความดันโลหิตสูง	147.34	158.00	169.60	216.60	259.02	287.50	340.99	389.83	477.35	544.08
หัวใจขาดเลือด	40.73	49.00	59.90	81.90	98.03	111.13	140.88	165.65	185.72	198.68
เบาหวาน	127.48	148.70	175.70	218.90	257.59	277.71	340.95	380.75	444.16	490.53

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ [ออนไลน์], เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincdinfo.com>



แผนภูมิที่ 3 อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของผู้ป่วยใน ต่อแสนประชากรทั้งประเทศ
ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2539-2548

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พบว่ากลุ่มผู้มีอายุน้อย มีความชุกของความดันโลหิตสูงในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย แต่เมื่ออายุมากขึ้นกลับพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีความชุกของความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน โดยเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชายเล็กน้อย และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 4 (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพรรณ บุญรัตพันธุ์ 2549 :115)

ตารางที่ 4 ความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี 2547

กลุ่มอายุ	ชาย			หญิง		
	ความชุก(%)	95%CI	จน.ตัวอย่าง	ความชุก(%)	95%CI	จน.ตัวอย่าง
15-29	9.8	7.6,12.0	2,142	4.1	2.9,5.3	1,828
30-44	18.6	15.9,21.3	3,704	13.9	12.2,15.6	4,211
45-59	35.7	33.0,38.4	3,642	34.3	31.6,37.0	4,345
60-69	47.3	44.6,50.0	5,323	48.1	45.5,50.6	5,639
70-79	53.2	50.2,56.2	3,372	54.2	51.1,57.2	3,569
80+	59.4	54.8,64.0	696	61.8	55.7,67.8	711
รวม	23.3	21.2,25.4	18,878	20.9	19.5,22.3	20,303

ที่มา : เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพรรณ บุญรัตพันธุ์, การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547 (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2549), 115

1.3 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดสุพรรณบุรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ดำเนินการแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการเร่งรัดพัฒนาระบบคุณภาพการบริการ การเฝ้าระวังโรค การป้องกันการระบาดของโรค การควบคุมการต่อเนื่องและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเชิงรุก กิจกรรมที่สำคัญ คือการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วม การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป

จากการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2547 - 2551 พบว่า มีการตรวจคัดกรองได้มากกว่าร้อยละ 70 และในปี 2551

สามารถตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 80.03 ผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่อยู่นอกพื้นที่ ทำงานรับจ้างต่างจังหวัดทำให้ไม่สามารถไปรับการตรวจคัดกรองได้ ส่วนผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองอยู่ในกลุ่มปกติ ร้อยละ 83.77 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 11.62 กลุ่มป่วย ร้อยละ 4.61 ปี 2547-2551 ซึ่งมีร้อยละความครอบคลุม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุพรรณบุรีที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2547-2551

ปีงบประมาณ	เบาหวาน			ความดันโลหิตสูง		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
2547	301,526	218,540	72.47	301,526	218,540	72.47
2548	340,810	288,281	84.59	340,810	289,979	85.09
2549	285,521	211,189	74.00	285,521	217,860	76.30
2550	352,279	267,048	75.81	352,279	267,048	75.81
2551	412,976	324,569	78.59	412,976	330,530	80.03

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, รายงาน 505 งานพัฒนายุทธศาสตร์ [ออนไลน์], เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.spo.moph.go.th/report51/>

ส่วนจำนวนและอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหลอดเลือดสมองเสื่อม ปี 2547-2549 ของจังหวัดสุพรรณบุรีพบว่าทั้ง 3 โรคมีจำนวนและอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก ปี 2547 เล็กน้อยโดยมีอัตราป่วย 647.07 725.35 และ 705.43 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มจำนวนและอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นจากปี 2549 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหลอดเลือดสมองเสื่อม จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2547- 2549

โรค	พ.ศ.2547		พ.ศ.2548		พ.ศ.2549	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ความดันโลหิตสูง	5621	647.07	6301	725.35	5926	705.43
เบาหวาน	4785	550.84	7017	807.78	4816	573.30
หลอดเลือดสมองเสื่อม	2024	233.00	2375	273.40	1760	259.51

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, รายงาน 505 งานพัฒนาศาสตร์ [ออนไลน์], เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.spo.moph.go.th/report51/>

ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก็ยังมีอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยตั้งแต่ปี 2544- 2548 มีอัตราตาย 289.35 603.18 613.86 713.98 และ 815.11 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในขณะที่จังหวัดสุพรรณบุรีได้ทำการรณรงค์ตรวจคัดกรอง โรคความดันโลหิตสูงตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ค้นหาผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจากประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องมีความต่อเนื่อง และมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้น ก็ยังพบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ลดลงในปี 2547 และกลับเพิ่มขึ้นในปี 2548 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยปี 2544-2548 มีอัตรา 6.17 4.53 8.20 4.10 และ 5.82 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

1.4 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของอำเภออู่ทอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออู่ทอง ได้ทำการตรวจคัดกรองประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในปี 2546 พบผู้ป่วยรายใหม่ 391 ราย อัตราอุบัติการณ์ 1,357 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงแสนคน รวมมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 2,180 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,762 ต่อประชากรแสนคนซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยในปีเดียวกันของจังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 7 จำนวนและอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยสาเหตุที่สำคัญ 10 อันดับจากมรณะบัตร
อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2547 –2549

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2547		พ.ศ. 2548			พ.ศ. 2549		
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	อันดับที่	จำนวน	อัตรา	อันดับที่
โรคหัวใจ	96	81.28	77	65.45	[2]	73	60.59	[2]
โรคมะเร็งทุกชนิด	60	50.80	88	74.80	[1]	96	79.68	[1]
โรคปอดอักเสบ	33	27.94	19	16.15	[6]	13	10.79	[6]
อุบัติเหตุจราจร	29	24.55	36	30.60	[3]	22	18.26	[5]
ความดันโลหิตสูง	15	12.70	22	18.70	[4]	24	19.92	[4]
อุบัติเหตุอื่นๆทั้งหมด	15	12.70	8	6.80	[7]	10	8.30	[7]
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	13	11.01	20	17.00	[5]	32	26.56	[3]
โรคไตวาย	7	5.93	2	1.70	[10]	2	1.66	[9]
โรคเบาหวาน	5	4.23	5	4.25	[8]	2	1.66	[9]
โรคตับ	2	1.69	5	4.25	[8]	3	2.49	[8]
โรคชรา	247	209.11	178	151.31		171	141.92	
ไม่ทราบสาเหตุ	26	22.01	30	25.50		19	15.77	
อื่น ๆ	12	10.16	24	20.40		31	25.73	
รวม	560	474.11	514	436.92		498	413.32	

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มทอง, รายงานประจำปี 2549 (สุพรรณบุรี : ม.ป.ท., 2550), 12

ส่วนอัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูง ปี 2546 อยู่ในอันดับ 6 คือมีอัตรา 5.05 ต่อแสนประชากรซึ่งมีอัตราใกล้เคียงกับอัตราตายระดับประเทศ ต่อมาอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในอันดับ 4 ของสาเหตุการตายจากโรคหัวใจ มะเร็งทุกชนิด ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุจราจร โดยในปี 2547-2549 มีอัตราตาย 12.70 18.70 และ 19.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าในปี 2550 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 3,005 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2460.69 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2546 อย่างรวดเร็ว

1.5 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของตำบลจรเข้สามพัน

ในการดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และคัดกรองความดันโลหิตสูงประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปของสถานีอนามัยสามารถตรวจคัดกรองครั้งเดียวกันแต่แยกรายงานตามกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรอง โดยผลจากการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป กลุ่มที่มีสิทธิ์ข้าราชการและประกันสังคม ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน ปี 2551 มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 910 คนพบว่ามีความเสี่ยง 241 คน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้มีความเสี่ยงยังไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จึงมิได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปรวมทุกสิทธิ์ตามแบบคัดกรองมาตรฐานมีค่าความดันโลหิตระหว่าง 130-139/80-89 mm.Hg. 854 คน และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 154 คน ซึ่งในการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ในเขตรับผิดชอบ

1.6 นโยบายการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จากนโยบายของรัฐบาล ด้านการพัฒนาคนและสังคมที่มีคุณภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างครบวงจรและมีคุณภาพมาตรฐาน ให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่น่าอยู่ โดยมุ่งสร้างความมั่นคงด้านอาหาร และการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันไปพร้อมกับการพัฒนาเศรษฐกิจและการศึกษา เสริมสร้างคนไทยให้ลด ละ เลิกพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกายและดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น เสริมสร้างความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนที่ดี พัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น และนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงตามความจำเป็น สนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ ซึ่งนโยบายของรัฐบาลได้กำหนดให้มีการรณรงค์เพื่อลดโรคที่ทำให้คนไทยมีอัตราการป่วยหรือตายสูง 6 โรค ได้แก่โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออก และโรคเอดส์ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยมีตัวชี้วัดในการดำเนินงาน คือลดอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมในการดำเนินงาน คือการตรวจคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน แก่ประชาชนตามเป้าหมายร้อยละ 60 ของประชาชนที่มีอายุ 40 ปี

ขึ้นไป และการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเริ่มดำเนินการในปี 2551 โดยมีเป้าหมายร้อยละ 60 ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตอนที่ 2

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.1 นิยาม (definition)

ความดันโลหิต คือแรงที่เลือดกระทำต่อผนังหลอดเลือดแดง โดยหัวใจต้องใช้กำลังเพื่อสูบฉีดเลือดเข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ เลือดจะไหลจากที่ที่มีความดันโลหิตสูงไปยังที่ที่มีความดันโลหิตต่ำ (อคุลย์ รัตนมันเกษม 2533 :17) ปริมาณของของเหลวในระบบหลอดเลือด (ซึ่งขึ้นกับความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด) และความต้านทานของกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด กลไกที่มีปฏิกริยาต่อการควบคุมระดับความดันเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้แก่ไต คือมีการหลั่งฮอร์โมน การปรับความสมดุลของน้ำหนักและการขับโซเดียม และระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic nervous system, SNS)เมื่อน้ำที่เหล่านี้อยู่เสียความควบคุมจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง(มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี 2542 : 3)

การคลายตัวและบีบตัวของหัวใจมีผลต่อความดันโลหิต เมื่อหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตจะสูงขึ้นค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว เรียกว่า ค่าความดันตัวบน(Systolic pressure) เมื่อหัวใจคลายตัวความดันโลหิตจะลดลง เรียกว่าค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO 1996 : 3) ได้ให้ความหมายว่า ความดันโลหิตสูง คือระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมีค่า 140 mm.Hg. หรือมากกว่า หรือความดันไดแอสโตลิก มีค่า 90 mm.Hg. หรือมากกว่า ความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดที่จะไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าและน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิด Congestive heart failure ความดันโลหิตสูงเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว โดยผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เนื่องจาก แรงดันที่เพิ่มขึ้นเพื่อพยายามให้หลอดเลือดไหลผ่านหลอดเลือดที่มีสิ่งมาเกาะตามผนัง เช่นไขมัน และสิ่งอื่น ด้วยเหตุผลที่ว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในสมอง(stroke) โรคไต และโรคหลอดเลือดของหัวใจ

ตารางที่ 8 การแบ่งระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปตามวิธีการของ JNC 7

ระดับความรุนแรง	Systolic BP. (mm.Hg.)		Diastolic BP(mm.Hg.)
1.Normal	< 120	และ	< 80
2.Prehypertension	120-139	หรือ	80-89
3.Stage 1 hypertension	140-159	หรือ	90-99
4.Stage 2 hypertension	≥ 160	หรือ	≥ 100

ที่มา : อภิชาติ สุคนธสรพ์. “Hypertension,” ใน New Horizons in Management of Hypertension, สุขชัย ถนอมทรัพย์, บรรณาธิการ (ม.ป.ท., 2548), 18

จากการจำแนกระดับความดันโลหิตของ JNC 7 เป็น 4 ระดับข้างต้นนั้น สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้จัดแบ่งระดับความดันโลหิตให้ละเอียดขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การจำแนกระดับความดันโลหิต(Classification of blood pressure) ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

การจำแนกระดับความดันโลหิต	Systolic BP. (mm.Hg.)		Diastolic BP(mm.Hg.)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ	80-84
High Normal	130-139	หรือ	85-89
grade 1 hypertension (mild)	140-159	และหรือ	90-99
grade 2 hypertension (moderate)	≥ 160	และหรือ	100 - 109
grade 3 Hypertension (severe)	≥ 180	และหรือ	≥ 110
Isolated Systolic hypertension	≥ 140	และ	< 90

ที่มา : สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป [ออนไลน์], เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2551. เข้าถึงได้จาก http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/heart_disease/Hypertension

ตารางที่ 10 เกณฑ์การพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พฤติกรรมเสี่ยงเรื่อง	ดัชนีชี้วัด	เกณฑ์การพิจารณา ความเสี่ยง
โรคความดัน โลหิตสูง (HT)	1.ประวัติพ่อ-แม่ หรือ พี่-น้องเป็น HT (โรคความ ดันโลหิตสูง) 2.ไขมันในเลือดผิดปกติ 3.BMI.>=25(23 women) หรือ เส้นรอบเอว>=36 นิ้ว(90 ซม.)สำหรับผู้ชาย เส้นรอบเอว>=32 นิ้ว(80 ซม.)สำหรับผู้หญิง 4.ความดันโลหิต(ค่าเฉลี่ย) Systolic >= 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic >=80-89มิลลิเมตรปรอท 5.สูบบุหรี่ 6.ไม่ออกกำลังกาย หรือ ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	ข้อ 1-4 พบ 1 ข้อ เสี่ยง HT ข้อ5-6 + ข้อ 1-4 อีก 1 ข้อ เสี่ยง HT

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เกณฑ์การตรวจคัดกรองความเสี่ยง. [ออนไลน์],
เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.nhso.go.th>.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรัง
ต่างๆที่สามารถป้องกันได้ โดยการมุ่งเน้นให้แต่ละหน่วยบริการด้านสาธารณสุขทำการตรวจคัด
กรองความเสี่ยงประชาชนต่อโรคเรื้อรัง ตามแบบคัดกรองความเสี่ยง โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดัง
ตารางที่ 10

นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความหมายว่า โรคความดัน
โลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงวัดได้ขณะร่างกายหยุดกิจกรรมต่างๆ มีค่า
Systolic blood pressure ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือ Diastolic blood pressure ≥ 90
มิลลิเมตรปรอท และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนความดันโลหิต

ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ มีค่าความดันโลหิตระดับ High normal มีค่า Systolic Blood pressure 130-139 Diastolic Blood pressure 80-89 mm.Hg.

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ระดับความดันโลหิต High normal (Systolic BP.130-139 Diastolic BP. 80-89 mm.Hg.) เรียกว่า Prehypertension

2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (Risk Factors of High Blood Pressure)

ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์มีส่วนทำให้มีการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงได้หากทั้งพ่อและแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 44-73 (ยุพิน หงส์วะจีน 2542 : 17) และจากการศึกษาลักษณะทางพันธุกรรมของโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับลักษณะทางชีวเคมี และสรีรวิทยาทั้งคนปกติและคนที่เป็นความดันโลหิตสูง พบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประวัติครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง แต่ไม่สามารถจำแนกปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้(WHO 1996:17)

สำหรับปัจจัยเสี่ยงในที่นี้ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านกรรมพันธุ์ร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น ความอ้วน วิธีการดำรงชีวิต ส่วนประกอบของอาหารที่บริโภค และปัจจัยอื่นๆ อันมีผลต่อระดับความดันโลหิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านสรีรวิทยา (Physiology Risk Factors) ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ ชนผิวดำ เพศชาย และวัยที่เพิ่มขึ้น กรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ภาวะอ้วน น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความดันโลหิต ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และขณะเดียวกันการลดน้ำหนักลง มักพบว่าความดันโลหิตลดลงด้วย นอกจากนั้นยังสามารถลดการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย และระดับของ norepinephrine กลไกของความดันโลหิตที่สัมพันธ์กับความอ้วนยังไม่ชัดเจน แต่มีกลไกที่เป็นไปได้คือ การเพิ่มโซเดียม การเพิ่มการดูดซึมโซเดียมเนื่องจากการเพิ่มระดับอินซูลิน เอสโตรเจน สัดส่วนที่ไม่ได้ขนาดระหว่างมวลของร่างกายกับขนาดของไต ความไม่ได้สัดส่วนของปริมาณเลือดกับความสามารถของหลอดเลือด และมีการเพิ่มปฏิกิริยา ของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งเกิดจากการเพิ่มพลังงานในการบริโภค คนอ้วนจะมีการคั่งของโซเดียมในร่างกายมาก ทั้งนี้ มีการเกี่ยวข้อง กับมีข้อบกพร่องในการขจัดโซเดียมออกจากร่างกาย และนอกจากนี้ คนอ้วนจะบริโภคเกลือ มากกว่าคนกลุ่มอื่น บริโภคโปแตสเซียมต่ำไขมันสูง และบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงมากกว่าคนผอม

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม(Environmental Risk Factors) ความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนที่มีรายได้น้อยและการศึกษาต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีความเครียดและจัดการกับความเครียดแบบไม่ถูกวิธี การเคลื่อนย้ายจากชนบทไปสู่เขตเมืองพบว่ามีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2.2.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร(Dietary Risk Factors) การได้รับสารอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง

2.2.3.1 โซเดียม (Sodium) การที่ไตบกพร่องในการขับโซเดียมอาจทำให้ระดับของโซเดียมคลอไรด์และน้ำเพิ่มขึ้นในเลือด โดยปกติการเพิ่มปริมาณในพลาสมาจะถูกขับออกโดย natriuretic hormone (atrial natriuretic, peptide) ในคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไตไม่สามารถขับปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ตามปกติ เนื่องจาก natriuretic บกพร่อง ในสังคมระดับต่ำที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิม(primitive societies) ซึ่งได้รับโซเดียมเป็นจำนวนน้อยคือ 1,600 มก./วัน เปรียบเทียบกับชาวอเมริกัน ซึ่งได้รับ 4,000 ถึง 5,000 มก./วันพบว่าชาวอเมริกันมีภาวะความดันโลหิตสูงน้อยกว่า และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่พบได้ในสังคมอุตสาหกรรม แต่ใน primitive societies ไม่ปรากฏเช่นนั้น ผู้คนที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตหรือย้ายเข้าไปอยู่ประเทศอื่นที่พัฒนาแล้ว พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เช่น ญี่ปุ่น ได้รับโซเดียมในปริมาณมาก (9-12 กรัม/วัน) พบว่ามีความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของผู้ใหญ่ คณะกรรมการอาหารและสุขภาพของ The National Research Council ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างยิ่งกับการกินเค็ม(วรรณ รัชตะไพบูลย์ 2549 :13 - 14)อาหารที่มีโซเดียมจำแนกเป็นกลุ่มได้ดังนี้ (ครุณีวัลย์ วโรดมวิจิตร 2548 : 42)

- อาหารที่มีโซเดียมตามธรรมชาติมักจะรู้สึกว่ามีรสเค็ม มีอยู่ในสัตว์มากกว่าพืช
- อาหารแปรรูป หรือการถนอมอาหาร เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง
- อาหารกึ่งสำเร็จรูปหรืออาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก ขนมกรุบกรอบ เป็นถั่ว มันฝรั่งทอด อาหารถุง
- อาหารบรรจุกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง ผลไม้กระป๋อง
- ขนมอบต่างๆ เนื่องจากการเติมผงฟู รวมถึงการใช้แป้งสำเร็จรูปทำขนม เนื่องจากการผสมผงฟูไว้ด้วย
- เครื่องปรุงรสต่างๆ

- เกลือ น้ำปลาที่ใช้ในการปรุงรสอาหาร รวมถึงพริกเกลือ น้ำปลาทหวาน น้ำจิ้มบ๊วยที่จิ้มกับผลไม้
- ผงชูรส
- ซอสปรุงรสเค็ม เช่น ซีอิ๊วขาว ซอสถั่วเหลือง ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ กะปิ ปลาร้า
- ซอสปรุงรสที่ไม่เค็ม เช่น น้ำจิ้มไก่ ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ ซอสเปรี้ยว เครื่องดื่มเกลือแร่ชนิดต่างๆ

โดยทั่วไปอาหารไทยค่อนข้างจะมีรสจัด การรับประทานอาหารดังกล่าวข้างต้น และการปรุงรสโดยใช้เครื่องปรุงรสต่างๆ ทำให้ได้รับโซเดียมที่มีในอาหารอยู่มากมาย

2.2.3.2 แร่ธาตุอื่นๆ (Other minerals) ได้แก่

- แคลเซียม (Calcium) การศึกษา Framingham study คือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10,000 คน อายุระหว่าง 18 ถึง 74 ปี เปรียบเทียบการได้รับสารอาหาร 17 ชนิด กับอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง พบความสัมพันธ์ทางลบค่อนข้างสูงกับปริมาณแคลเซียม แต่ยังไม่ชัดเจนพอที่จะสรุปได้ว่าการได้รับแคลเซียมสูงจะป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง
- โพแทสเซียม (Potassium) การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาหลายการศึกษา พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความดันโลหิตกับโพแทสเซียม แต่ผลการทดลองทางคลินิกยังไม่ให้ผลชัดเจนนัก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสัดส่วนของโพแทสเซียม: โซเดียม ที่ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง หรือองค์ระดับต่ำเอาไว้ การที่โพแทสเซียมเข้าสู่ระบบแรงดันเลือดจะขยายหลอดเลือดโดยตรง เพิ่มการสูญเสียน้ำตาล และโซเดียมจากร่างกาย ระวังการหลั่ง เรนิน และ angiotensin ลด adrenergic tone และกระตุ้น Sodium – potassium pump ถ้าได้รับโซเดียมจำนวนมากควรเพิ่มโพแทสเซียมด้วย เพื่อให้ระดับความดันโลหิตไม่เพิ่มขึ้น

- แมกนีเซียม (Magnesium) พบความสัมพันธ์ทางลบ ระหว่าง magnesium กับความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ แมกนีเซียมยังช่วยการหดตัวของกล้ามเนื้อและอาจเป็นบทบาทหนึ่งในการทำให้ระดับความดันโลหิตเป็นไปอย่างปกติในแง่ของการขยายหลอดเลือด

2.2.3.3 ไขมัน (Lipid) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acids, PUFA) เป็นสารเริ่มต้นของ Prostaglandins มีผลต่อการจัดโซเดียมของไตและทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายผ่อนคลาย การจัดการบริโภคไขมันด้วย PUFA: กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acids, SFA) สัดส่วนเท่ากับ 1 หรือมากกว่าทำให้ความดันโลหิตลดลงในคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง โดยไม่มีผลต่อผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ หรือความดันโลหิตอยู่ในระยะที่ 1 (mild)

การบริโภคอาหารมั่งสวัริติ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์

2.2.4 แอลกอฮอล์ (Alcohol) กลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในกลุ่มที่ดื่มสุรานั้น องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่ามีหลายกลไกด้วยกันคือ มีการเพิ่มระดับของ blood cortisol เพิ่มระดับของ catecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ rennin-angiotensin พวก alcohol withdrawal จะทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ประมาณกันว่าร้อยละ 10 ของโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา การดื่มสุราจำนวนมากจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น (มันทนา ประทีปะเสน และวงเคื่อน ปันดี 2542) สำหรับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการดื่ม Alcohol พบว่าในคนที่ดื่ม Alcohol 3 แก้วต่อวันจะมีระดับความดัน Systolic เพิ่มขึ้น 3-4 มม.ปรอท และระดับ Diastolic เพิ่มขึ้น 1-2 มม.ปรอท (สุพรชัย กองพัฒนากุล 2542 :12)

2.2.5 การสูบบุหรี่ (Tobacco) การสูบบุหรี่ยังไม่มีผลชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับความดันโลหิตสูง บุหรี่มีสารประกอบประมาณ 4,000 ชนิด สารอันตรายที่เป็นส่วนประกอบสำคัญ คือ นิโคติน ซึ่งทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับนิโคตินขนาดน้อยๆ เพียง 1-2 มวน อาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบลหลายมวน จะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆ ช้าลง ส่วนใหญ่นิโคตินประมาณร้อยละ 95 จะจับอยู่ในปอด บางส่วนตกค้างอยู่ที่เยื่อช่องปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ เกิดการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง ไขมันในเลือดสูงขึ้น และไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่หรือหลอดเลือดที่ตีบอยู่แล้วเกิดการอุดตันเกิดความดันโลหิตสูงได้ในเวลาต่อมา การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชั่วคราวได้ (เสวต นนทกานันท์ 2538 :133) และมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงจนกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา ซึ่งอาจเสียชีวิตทันที และยังทำให้เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น โดยเฉพาะ ผู้ติดบุหรี่จะมีเส้นเลือดเสื่อม และตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบถึง 10-15 ปี ซึ่งเกิดได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย นอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตัน เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า มีอาการเจ็บปวด แขน ขา น่าจนอนต้องตัดทิ้ง ผู้ที่สูบบุหรี่จะเกิดอาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่ 1-6 เท่า และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายกะทันหันเพิ่มขึ้น 20 เท่า และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบบต่อวัน การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และเร่งการป่วยเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

(WHO 2005 : 21) ผู้สูบบุหรี่โดยทั่วไปมีความเข้าใจว่าบุหรี่ที่มีก้นกรองสามารถกรองสารต่างๆที่อยู่ในบุหรี่ได้ การสูบบุหรี่ จึงมีความปลอดภัยกว่าการสูบบุหรี่เส้น(ยาสูบที่มวนด้วยวัสดุต่างๆ เช่น ใบตองแห้ง ใบจาก กระดาษ) แต่สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ (2546 :19-20) ยืนยันว่าการสูบบุหรี่ที่มีก้นกรองก็ไม่ได้ช่วยทำให้ปริมาณนิโคตินลดลงด้วย ดังนั้นการสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่เส้นจึงได้รับสารประกอบที่เป็นอันตรายไม่แตกต่างกัน

นฤกุล ร่วมสุข(2547 : 66) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของคนไทย พบว่า คนที่อยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมการเป็นผู้สูบบุหรี่น้อยกว่าคนที่อาศัยอยู่ในชนบท โดยคนที่อยู่ในเขตเมืองร้อยละ 18.93 ของจำนวนคนที่อยู่ในเขตเมืองทั้งหมด 12,460.832 คน คิดเป็นจำนวน 2,358.513 คน คนที่สูบบุหรี่ คนที่มีภารกิจของตัวเองหรือช่วยงานครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.10 ของจำนวนคนที่มีภารกิจของตัวเองหรือช่วยงานครอบครัว ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่าคนที่ที่หยุดสูบบุหรี่ จะเป็นผลดีต่อสุขภาพทันที โดยที่ปริมาณคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดลดลงทำให้ร่างกายสามารถนำเอาออกซิเจนไปใช้ได้ดียิ่งขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทำให้หัวใจทำงานหนักลดลง มีผลให้ความดันโลหิตลดลง รวมทั้งปอดเริ่มปรับตัวไปในทางที่ดีขึ้น และยังพบว่าอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลดลงจนเท่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ใน 2 ปี ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่เป็นผลดีต่อการลดการทำงานของหัวใจ และลดความดันโลหิตอีกด้วย (ปิยะนุช รักพาณิชย์ 2542 : 9)

2.2.6 ความเครียด(Stress) ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาท sympathetic โดยกระตุ้นการหลั่ง epinephrine จากต่อมหมวกไตและ norepinephrine จากปลายประสาท sympathetic ทำให้มีการบีบของหลอดเลือดและความดันเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดความเครียดนานๆ baroreceptor ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับความดันเลือดให้เป็นปกติ มีการส่งกระแสประสาทผ่าน Vagus nerve ให้มีการทำงานลดลง ทำให้ร่างกายปรับระดับความดันให้สูงขึ้นกว่าเดิม (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปั่นดี 2542)

2.2.7 การออกกำลังกาย

วรศักดิ์ เพียรชอบ (2525 : 56 - 64) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ว่า การออกกำลังกายคือการที่เราทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงาน หรือ กำลังงานที่มีอยู่ในตัวนั้นเพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การกระโดด การวิ่ง การทำงาน หรือการเล่นกีฬา การออกกำลังกายแต่ละกิจกรรมร่างกายต้องใช้กำลังงานมากน้อยแตกต่างกันไปตามลักษณะของงานนั้นว่าจะมากน้อยหรือหนักเบาแค่ไหน

ซัชชัย มุ่งการดี (2534 : 37 - 42) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ว่า เป็นสิ่งจำเป็นที่สุดอย่างหนึ่ง จะต้องทำสม่ำเสมอ เช่น วิ่ง เดิน จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น ใช้ระยะเวลา

นาน 30 นาทีขึ้นไป โดยมีช่วงระยะเวลาของการแอโรบิกไม่น้อยกว่า 6-10 นาที จึงจะมีผลต่อร่างกายในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ถ้าได้ปฏิบัติในปริมาณที่เพียงพอและสม่ำเสมอ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการใช้ไขมันเป็นพลังงาน ใช้ออกซิเจนช่วยในการสันดาป เป็นระยะเวลานานติดต่อกันเพียงพอที่จะทำให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิต จึงจะมีผลต่อสุขภาพโดย มีหลัก 3 ประการ

2.2.7.1 ความหนัก คือการออกกำลังกายให้หนักพอ เพื่อให้อัตราการชีพจรสูงถึง 0.6 - 0.9 ของ (220 - อายุ) ครั้ง/นาที ขึ้นกับสภาพของบุคคล

2.2.7.2 ความนาน คือการออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที

2.2.7.3 ความบ่อย คือ ออกกำลังกายวันเว้นวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

กลไกการลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกาย เกิดจากการที่หลอดเลือดขยายตัว โดยเกิดขึ้นหลังการออกกำลังกายทันทีและผลอาจอยู่นานถึง 13 ชม. ภายหลังจากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร่างกายจะมีการปรับตัวในภาวะใหม่ โดยมีความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจลดลง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของ arterial compliance การลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic การลดลงของระบบยับยั้งของ Sodium – potassium pump และการที่ insulin ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นและมีการหลั่ง insulin ลดลง ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญที่สุดของการลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกาย (สุพรชัย กองพัฒนากุล 2542 :15)

การออกกำลังกายด้วยการฝึกแบบ endurance training เช่น การวิ่งเป็นระยะทางไกลๆ หรือ aerobic exercise สามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูง ในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค และมีการศึกษาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตในเชิงผกผันในบุคคลธรรมดา จากการศึกษาเหล่านี้พบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำ สามารถลดความดันโลหิตลงประมาณ 5-7 มม.ปรอท ทั้ง Systolic และ Diastolic

สำหรับปัจจัยเสี่ยงในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อันได้แก่ การมีประวัติพ่อและหรือแม่ หรือพี่ และหรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายเกิน ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการสูบบุหรี่

ตอนที่ 3

แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

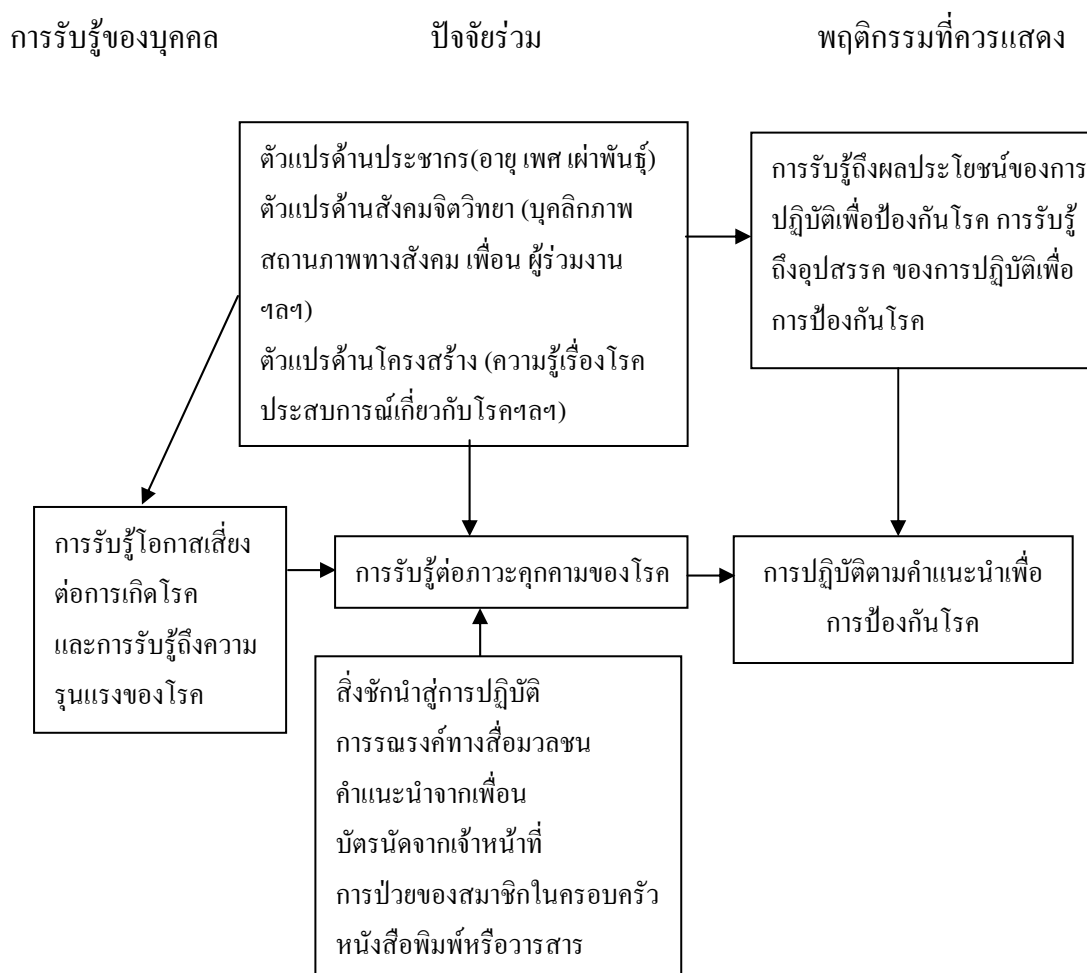
แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model)

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้นๆ โดยจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความรู้สึกนึกคิดนี้เป็นผลเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆมาแล้ว ไม่ว่าประสบการณ์นั้นๆจะได้รับมาโดยตรงหรือทางอ้อมก็ตาม และความรู้สึกนึกคิดนี้จะฝังแน่นอยู่ในจิตใจ แล้วทำให้เกิดความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้นๆขึ้น ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจนี้จะมีบทบาทสำคัญในการวางหลักแห่งการกระทำ หรือวางกรอบความคิดเห็นในด้านต่างๆของบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม

โรเซนสตัดท์ (Rosenstock 1974 : 330) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตเขา และกระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเป็นประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆและการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น และยังมีปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง เบคเกอร์ ดรachsman และเคอร์สชท์(Becker Drachman and Kirscht 1974)

ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ เพื่ออธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ดัง
แผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : Becker Marshall H., Robert H. Drachman, and John P. Kirscht, "A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-income Populations." American Journal of Public Health (64, 3, 1974), 206

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) และปัจจัยอื่นๆที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน(modifying and enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ

(cues to action) มาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542),

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงและพัฒนาเป็นระยะๆ โดยมีการเพิ่มเติมปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายใน เพื่อให้มีความเหมาะสม และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค(Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย จะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ นักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่าง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ (สุภาพ ใบแก้ว 2528) และการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวก ระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม (กระทรวงสาธารณสุข 2542 :25)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม(Perceived Treat)ของโรค ว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พฤติกรรมการเจ็บป่วยจะไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ตัวแปรนี้มีความหมายไปในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย มากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง

3. การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษา และค่าใช้จ่าย(Perceived benefits and costs) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสียต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับ

ทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะเดียวกัน บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบการที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด จะทำให้กับประโยชน์ที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายในการรักษา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคโปลิโอจะไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ถ้าการฉีดนั้นยังไม่มีความปลอดภัย และความกลัว ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพื่อป้องกันสุขภาพของพื้นที่สูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา(สุภาพ ใบแก้ว 2528)

4. แรงจูงใจ(Motivation) แรงจูงใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจนี้หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย หรือหมายถึงความแตกต่างของอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าที่ต่างกัน แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ ความแตกต่างของอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าที่ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดในรูปของความต้องการ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ บุคคลที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ย่อมแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติเพื่อสุขภาพ มีรายงานการวิจัยที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้เด็กได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดาในกลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี (Becker 1974)

5. ปัจจัยร่วม(Modifying factors) นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนร่วมส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย

5.1 ประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่เพศชายและเพศหญิงมีความเชื่อด้านปัจจัยร่วมแตกต่างกัน(สุภาพ ใบแก้ว 2528 : ค)

5.2 โครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะความยากง่ายของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

5.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เป็นตัวแปรสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

5.4 และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ(cues to action) ได้แก่สิ่งกระตุ้น(trigger)ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม

5.5 สิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล เช่น ความต้องการหรือแรงขับ คุณค่า ความสนใจ และประสบการณ์เดิม อาการไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้น

5.6 สิ่งกระตุ้นภายนอกที่มากกระตุ้น เช่น การรณรงค์ หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ บุตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อน และสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรม ระดับความเข้มของสิ่งที่กระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมแตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 114) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 40-60 ปี และ 60 ปี และพบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความเชื่อด้านปัจจัยร่วมแตกต่างกัน

อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ปริญญญา พรณราย (2540 : 125) ศึกษาการบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ที่มารับการตรวจรักษา ในโรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้มีอายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 63 ปี สถานสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดและมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 8,026.80 บาท มีความเพียงพอของรายได้ พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีบทบาทเป็นผู้ป่วย รองลงมามีบทบาทภรรยา ผู้หารายได้ มีจำนวนบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ 2-3 บทบาท มีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุด คือ โรคทางหัวใจและหลอดเลือด ระดับการศึกษาต่างกันมีผลต่อการแสวงหาแหล่งบริการต่างกัน โดยผู้มีการศึกษาสูงกว่าจะสรรหาแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ วิชาการ ธุรกิจ และค้าขาย จะเลือกรับบริการที่มีแพทย์ด้วยเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีการเลือกรับบริการที่มีแพทย์น้อยที่สุด

หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป

ร้อยละ 49 สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท ต่อเดือน แต่มีเงินพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ ระยะเวลาการเจ็บป่วย 2-5 ปี มีจำนวนบทบาทที่รับผิดชอบ 5-6 บทบาท และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง(4-7) ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพนอกบ้านมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนบทบาทที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับผิดชอบหลายๆบทบาท ทำให้ต้องปฏิบัติหน้าที่มากจะเหนื่อยล้า มีเวลาพักผ่อนน้อย แต่ขณะเดียวกันปัญหาทางด้านจิตใจจะรู้สึกวิตกกังวลต่อหน้าที่ที่ตนเองต้องรับภาระอีกด้วย รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุธีรา สุนทรระกูล และ กนกพร หมูพยัคฆ์ (2545 : 9-18) ได้ศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประชากรอายุ 35-55 ปีของชุมชนบ้านบุ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคเท่ากับร้อยละ 4.54 และอัตราความชุกของโรคเท่ากับ ร้อยละ 15.53 พฤติกรรมเสี่ยงที่จะมีผลต่อการเกิดโรค ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริโภคนิสัย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดื่มสุรา ดัชนีมวลกาย และกรรมพันธุ์ ประชากรตัวอย่างขาดความรู้ในเรื่องปัจจัยกรรมพันธุ์ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ร้อยละ 65.5 อาการและอาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 36-54 และยังขาดความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยของคนในชุมชนอยู่ในเกณฑ์อ้วน(BMI $X=25.56$) มีการสูบบุหรี่ และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.80 โดยสูบบุหรี่วันละประมาณ 6-10 มวนมากที่สุด สำหรับการดื่มสุราพบว่ามีผู้ดื่มสุรา ร้อยละ 22.0 ปริมาณสุราที่ดื่มในแต่ละครั้งพบว่าจำนวน ≤ 175 cc.(ไม่เกิน 1 ถัง)และ 176-350cc.(ไม่เกิน 1 แบน) มากที่สุดคือการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย มีการออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 28.5 และในจำนวนนี้ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 20.5 ส่วนบริโภคนิสัย พบว่าส่วนใหญ่ชอบทานอาหารทอดมาก และรับประทานมากกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ สูงถึง ร้อยละ 26.9 รองลงมา อาหารรสชาติเค็ม อาหารใส่กะทิ อาหารมัน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ฯลฯ รับประทานและที่น่าสังเกตคือ ร้อยละ 5.7 ไม่รับประทานผักเลย

ปรารธนา เพียรทอง (2545 : บทคัดย่อ)ศึกษาผลของการให้โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้หญิงที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงที่มาฝากครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน

วรรณ รัชตะไพบูลย์ (2549 : 82) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 94.5 ของญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง โดยมีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอาการของโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา อยู่ในระดับสูง แต่มีความรู้เกี่ยวกับอาการตาพร่ามัว หรือตาบอดจากความดันโลหิตสูง และความรู้ความเข้าใจว่าการรับประทานผักผลไม้ทุกมื้อสามารถลดความดันโลหิตได้อยู่ในระดับปานกลาง

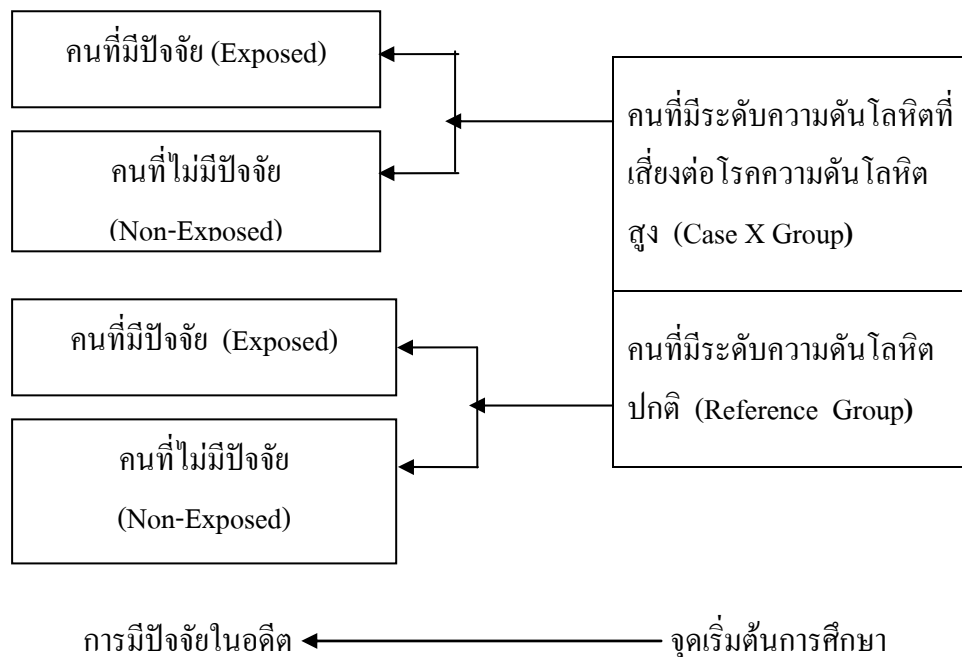
องค์การอนามัยโลก (WHO 2548 : 30 -31) ศึกษาการประเมินการวัดอัตราเอว-สะโพก และดัชนีมวลกาย(BMI) ของประชาชนในชนบทประเทศอินเดีย พบว่าโรคความดันยังเป็นปัญหาอยู่ 1 ใน 20 ของประชากรที่ศึกษามีน้ำหนักเกินโดยการวัดค่าดัชนีมวลกายพบว่ามี ร้อยละ 5.1 มีน้ำหนักเกิน ในขณะที่การประเมินอัตราเอว-สะโพกมีถึงร้อยละ 27.0 ที่มี cut-off point ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.3 มีค่าดัชนีมวลกาย 25 หรือมากกว่า ร้อยละ 38.5 และมีอัตราเอวต่อสะโพก cut-off point อัตราความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการมีน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

waist-hip rate cut off point : Male(<0.9) and Females (<0.8)

waist-hip rate cut off point : Male($\geq$ 0.9) and Females ($\geq$ 0.8)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง(Cross-sectional design) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2550 :109) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้ม่าม ในช่วงเดือนธันวาคม 2551- เดือนมกราคม 2552 โดยการสัมภาษณ์ประชาชนตามลักษณะที่กำหนด



แผนภูมิที่ 6 โครงสร้างของการศึกษาแบบ Case-Control Retrospective Study
ที่มา : ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์, ระบาดวิทยาทางการแพทย์ (เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541), 65.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน คือ หมู่ 3 4 5 7 10 12 และ 14 ตำบลจรเข้สามพัน อำเภอดู่ตอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 5,394 คน(จากข้อมูลประชากรกระทรวงสาธารณสุข รายตำบล 30 ก.ค.51)

1. กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

1.2 มีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.3 มีการรับรู้ปกติ ตอบคำถามได้ สามารถพูดคุยโต้ตอบได้โดยปกติ

1.4 ไม่มีโรคหรือความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การพูด

1.5 ไม่มีปัญหาทางจิต ซึ่งเป็นอุปสรรคในการสัมภาษณ์

สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามานะ (Yamane 1967 อ้างถึงใน สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2550 : 155)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดของตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e² = ความคลาดเคลื่อน

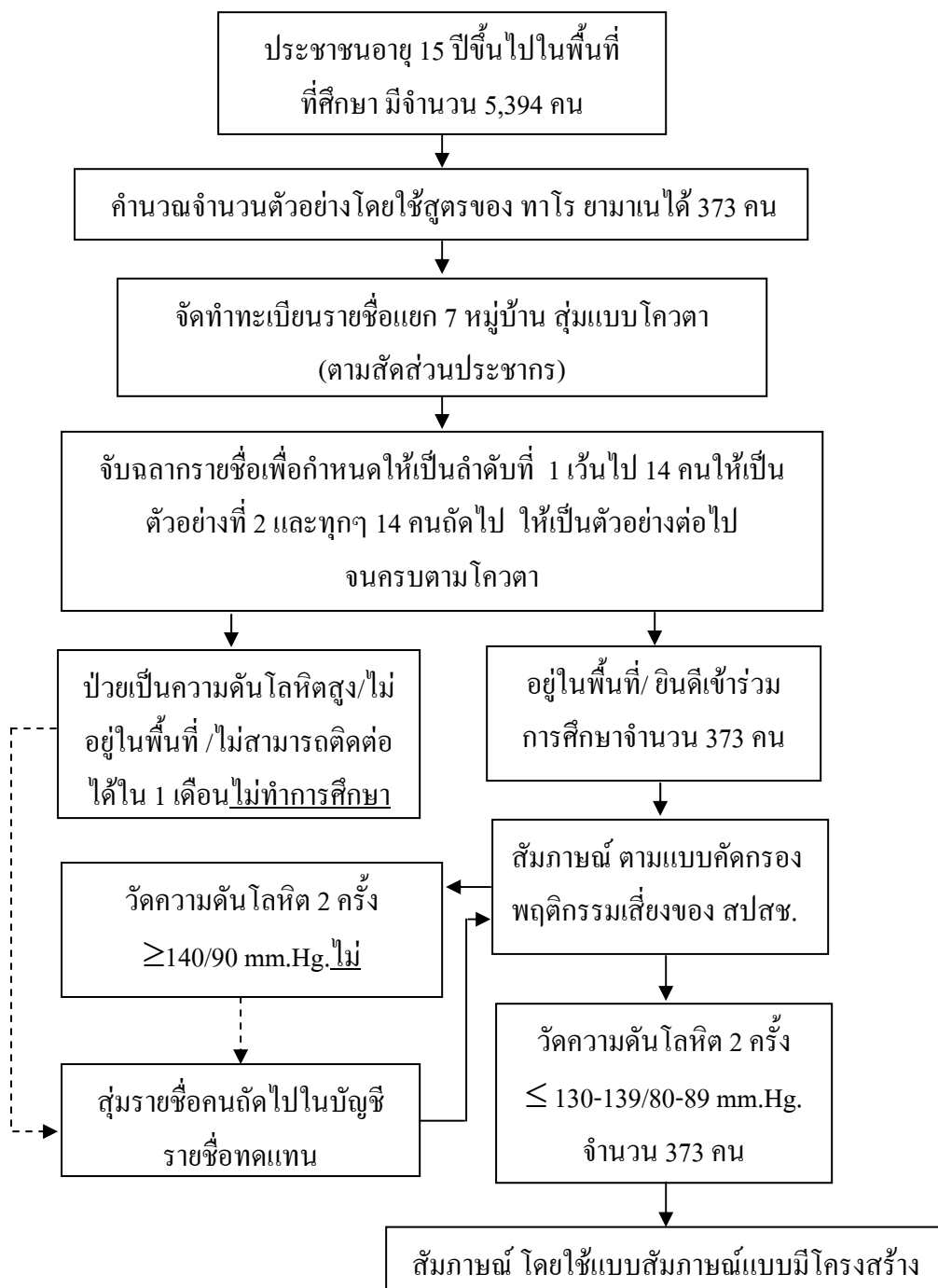
สถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพันมีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 5,394 คน และในการเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้ ขอมให้มีการผิดพลาดได้ 5% และต้องการความเชื่อถือได้ 95 % แทนค่าในสูตรดังนี้

$$n = \frac{5,394}{1 + 5,394(0.05)^2}$$

$$= 372.39$$

ดังนั้น จึงใช้ตัวอย่างประมาณ 373 คน

2. วิธีการสุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 7 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย

จากแผนผังแสดงการสุ่มตัวอย่างอธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้

2.1 สร้างทะเบียนรายชื่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดแยกเป็น 7 หมู่บ้าน โดยจัดเรียงตามบ้านเลขที่จากน้อยไปมากก่อน แล้วนำสมาชิกในบ้านแต่ละคนมาเรียงลำดับจากอายุน้อยไปอายุมาก จนครบทุกคน

2.2 สุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) โดยคิดสัดส่วนของตัวอย่างจากจำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ตามสัดส่วนของประชากร โดยเทียบประชากรทั้งหมด 5,394 คน เป็น 100 แล้วคำนวณตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ตามจำนวนประชากรที่มีอยู่จริงดังตาราง

ตารางที่ 11 จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบล

จรเข้สามพัน อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี ปี 2551

หมู่บ้าน	จำนวน ปชก.อายุ 15ปีขึ้นไป	จำนวนสุ่ม
หมู่ 3 บ้านรางโพธิ์	597	41
หมู่ 4 บ้านจรเข้สามพัน	1,479	102
หมู่ 5 บ้านจรเข้สามพัน	1,888	131
หมู่ 7 บ้านหนองบอน	529	37
หมู่ 10 บ้านทุ่งยายพิก	334	23
หมู่ 12 บ้านโพธิ์ทอง	207	14
หมู่ 14 บ้านเนินสมบัติ	360	25
รวม	5,394	373

2.3 สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) คำนวณช่วงการเลือกตัวอย่างจากประชากรของแต่ละหมู่บ้าน ตามลำดับรายชื่อ

2.4 ใช้เทคนิคสุ่มอย่างง่าย(จับฉลาก)ทำการสุ่มเลือกสมาชิกหน่วยหนึ่งหน่วยใดจากสมาชิกแต่ละหมู่บ้าน รายชื่อสมาชิกที่สุ่มได้ผู้วิจัยจะใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการสุ่มตัวอย่าง

2.5 เลือกสมาชิกจากประชากรในหน่วยถัดไป โดยคิดช่วงการเลือกดังนี้

$$\text{ช่วงการเลือก} = \frac{\text{จำนวนประชากรแต่ละหมู่บ้าน}}{\text{จำนวนตัวอย่าง}}$$

$$\begin{aligned} \text{ตัวอย่าง เช่น หมู่ 3 บ้านรางโพธิ์ ช่วงการเลือก} &= \frac{59}{41} \\ &= 14 \end{aligned}$$

ตัวเลข 14 หมายถึง 1 ช่วงของการเลือกรายชื่อจากหมายเลขที่กำหนดให้เป็นจุดเริ่มต้นถัดไป ทุก 14 คน ของบัญชีรายชื่อประชากรจะถูกเลือกมาเป็นตัวอย่าง ทำต่อไปจนครบตามขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน บัญชีรายชื่อนี้ผู้วิจัยจัดทำให้ผู้ช่วยวิจัย(อสม.) แต่ละหมู่บ้านจำนวน 7 ชุด กรณีบุคคลที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างตรงกับผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว จะเลื่อนรายชื่อลำดับถัดไปในบ้านเลขที่เดียวกันมาเป็นตัวอย่างในการวิจัยแทน

การวิจัยครั้งนี้ ไม่ศึกษาผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรับการรักษาต่อเนื่องแล้ว และผู้ที่มีความดันโลหิต $\geq 140/90$ mm.Hg. เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงแล้ว ไม่ใช่บุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ซึ่งต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป กรณีบุคคลที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างไม่อยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน ไม่สามารถติดต่อได้ หรือไม่กลับมาบ้านภายใน 1 เดือน จะเลื่อนรายชื่อลำดับถัดไปในบ้านเลขที่เดียวกันมาเป็นตัวอย่างแทน ถ้าไม่สามารถติดต่อได้ทั้งครอบครัว ก็จะเลื่อนไปศึกษาคนที่ 1 ของบ้านถัดไปตามบัญชีรายชื่อ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้แบ่งแยกตามสมมติฐานในการวิจัยได้ดังนี้

1.สมมติฐานข้อที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

1.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง(ค่าความดันโลหิตขณะพัก อยู่ระหว่าง 130-139/80-89 mm.Hg.)

2.สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้ม่าพัน อำเภ่อูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การมีประวัติ บิดาและหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติ ฟีและหรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง เคยตรวจพบความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายเกิน ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไขมันสูง การบริโภคอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง(ค่าความดันโลหิตขณะพัก อยู่ระหว่าง 130-139/80-89 mm.Hg.)

3.สมมติฐานข้อที่ 3 ลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่าย ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้ม่าพัน อำเภ่อูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ(ลักษณะงานที่ทำ) บทบาทในครอบครัว ประกอบด้วย การเป็นผู้ปกครองครอบครัว เป็นผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองความเสี่ยงตามมาตรฐานของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2551ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1.1 ส่วนที่ 1 การตรวจคัดกรองด้วยวาจา เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของบุคคล ในครอบครัว ตนเอง การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย

1.2 ส่วนที่ 2 การตรวจคัดกรองโดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ ตรวจน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย (ในการศึกษาไม่ตรวจน้ำตาลในเลือด เนื่องจากอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดวัดค่าความดันโลหิตคลาดเคลื่อนได้)

2. แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย ข้อมูล เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วย อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

2.2 ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

2.2.1 ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ แบบให้เลือกรับตอบ มีการวัด แบบ Likert scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่ตัดสินใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.2.2 ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อร่างกาย ทำให้พิการ เสียชีวิต มีความลำบาก ระยะเวลารักษานาน และมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเอง เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ แบบให้เลือกรับตอบ มีการวัด แบบ Likert scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่ตัดสินใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.2.3 ด้านที่ 3 การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การประเมินประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยวิธีต่างๆ ในเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ แบบให้เลือกรับตอบ มีการวัด แบบ Likert scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่ตัดสินใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทแบบตั้งโต๊ะ เฉพาะเครื่องวัดความดันโลหิตแบบตั้งโต๊ะที่ได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานที่โรงพยาบาลอุ้มทอง ใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย กล่าวคือส่วนที่เป็นถุงลม จะต้องครอบคลุมวงแขนของผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับแขนของคนทั่วไปจะใช้ arm cuff ที่มีถุงลมขนาด 12-13 ซม.×15 ซม.

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

1.1 ศึกษา ค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 กำหนดประเด็น ขอบเขต และ โครงสร้างเนื้อหา ของแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากแบบสอบถามในการศึกษาเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี ของ จิตชนก หัสดี (2541 : 190 -194) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ พื้นที่ และวัตถุประสงค์ในการวิจัยนี้

1.4 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในหมู่ 6 ตำบลจรเข้สามพัน อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

1.4.1 ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น 0.784

1.4.2 ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ค่าความเชื่อมั่น 0.820

1.4.3 ด้านที่ 3 การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น 0.8509

1.5 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษา

2. การให้คะแนนและเกณฑ์การประเมิน การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง เป็นเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็นการรับรู้ 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ มีการวัด แบบ Likert scale 5 ระดับ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2550 : 208)โดยมีการให้คะแนนและเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่ตัดสินใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2

ตัวเลือก

คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1

2.1 เกณฑ์การประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้แต่ละด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการคำนวณของ เบสท์ (Best 1977)

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}}$$

2.1.1 ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 7 ข้อแต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 7 -35 คะแนน

$$= \frac{35 - 7}{3} = 9$$

คะแนนอยู่ระหว่าง 7 ถึง 16 แสดงว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงน้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 17 ถึง 25 แสดงว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 26 ถึง 35 แสดงว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมาก

2.1.2 ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 9 -45 คะแนน

$$= \frac{45 - 9}{3} = 12$$

คะแนนอยู่ระหว่าง 9 ถึง 21 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงน้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 22 ถึง 33 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 34 ถึง 45 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงมาก

2.1.3 ด้านที่ 3 การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 12 -60 คะแนน

$$= \frac{60 - 12}{3}$$

$$3$$

$$= 16$$

คะแนนอยู่ระหว่าง 12 ถึง 28 แสดงว่า มีการรับรู้ถึงประโยชน์น้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 29 ถึง 44 แสดงว่า มีการรับรู้ถึงประโยชน์ปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 45 ถึง 60 แสดงว่า มีการรับรู้ถึงประโยชน์มาก

2.1.4 การรับรู้รวมทุกด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 28 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 28 -140 คะแนน

$$= \frac{140 - 28}{3}$$

$$3$$

$$= 37$$

คะแนนอยู่ระหว่าง 28 ถึง 65 แสดงว่า มีการรับรู้รวมทุกด้านน้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 66 ถึง 102 แสดงว่า มีการรับรู้รวมทุกด้านปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 103 ถึง 140 แสดงว่า มีการรับรู้รวมทุกด้านมาก

2.2 เกณฑ์การประเมินความถูกต้องในการรับรู้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 28 ข้อ ความถูกต้องในด้านการรับรู้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

ความถูกต้องในการรับรู้	ตัวเลือก	คะแนน
การรับรู้ถูกต้อง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย	4-5
การรับรู้ไม่ถูกต้อง	ไม่ตัดสินใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1-3

2.2.1 ความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ความถูกต้องในการรับรู้	คะแนน
การรับรู้ถูกต้อง	28-35
การรับรู้ไม่ถูกต้อง	7-27

2.2.2 ความถูกต้องในการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ความถูกต้องในการรับรู้	คะแนน
การรับรู้ถูกต้อง	36-45
รับรู้ไม่ถูกต้อง	9-35

2.2.3 ความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค

ความดันโลหิตสูง

ความถูกต้องในการรับรู้	คะแนน
การรับรู้ถูกต้อง	48-60
การรับรู้ไม่ถูกต้อง	12-47

2.2.4 ความถูกต้องในการรับรู้รวมทุกด้าน

ความถูกต้องในการรับรู้	คะแนน
การรับรู้ถูกต้อง	112-140
การรับรู้ไม่ถูกต้อง	28-111

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมการ การสัมภาษณ์ และตรวจวัดความดันโลหิต ดังนี้

1 ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย

1.1 จัดเตรียมแบบสัมภาษณ์ จำนวน 400 ชุด

1.2 ดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ที่สถานีอนามัย

ตำบลจรเข้สามพัน พื้นที่ดำเนินการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบบคัดกรองความเสี่ยง แบบสัมภาษณ์ และวิธีดำเนินการเก็บข้อมูล

1.3 จัดแจงรายละเอียดแบบสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจตรงกัน เทคนิคการสัมภาษณ์ การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข.ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัย โดยร่วมสัมภาษณ์จำนวน 25 คน

1.4 สุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประชากรปี 2551 จำนวน 373 ตัวอย่าง

1.5 สุ่มประชากรทดแทนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สุ่มได้ครั้งแรกให้ได้ตัวอย่างครบตามขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน

1.6 กำหนดวันเวลาในการออกปฏิบัติงานคัดกรองความเสี่ยงและสัมภาษณ์ ร่วมกับ อสม. โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างวันละประมาณ 50 คนตามพื้นที่

1.7 อสม.แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาเตรียมตัวก่อนให้สัมภาษณ์ คือไม่รับประทานชา กาแฟ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ก่อนทำการวัดอย่างน้อย 30 นาที

2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์และตรวจวัดความดันโลหิต

2.1 ผู้สัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักคนละไม่น้อยกว่า 15 นาที ระหว่างพักนี้ ผู้ช่วยวิจัย จะคัดกรองความเสี่ยงตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสร็จแล้วเจ้าหน้าที่ตรวจวัดความดันโลหิต และประเมินผลภาวะเสี่ยง แจ้งผลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2.2 ในการวัดความดันโลหิตให้ผู้ปวยนั่งพักบนเก้าอี้เป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนัก เพื่อไม่ต้องเกร็งหลังเท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางบนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ ในภาวะแวดล้อมที่เงียบสงบ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551)

2.3 พัน arm cuff ที่ดันแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งมีเครื่องหมายวงกลมเล็กๆที่ขอบให้อยู่เหนือ brachial artery

2.4 วัดระดับ Systolic blood pressure โดยการคลำชีพจรที่ brachial artery บีบลูกยาง(rubber bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมอย่างรวดเร็วจนคลำชีพจรที่ brachial artery ไม่ได้ ค่อยๆปล่อยลมออกให้ปรอทในหลอดแก้วค่อยๆลดระดับลงในอัตรา 2-3 มม./วินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ ถือเป็นระดับ SBP คร่าวๆ

2.5 วัดความดันโลหิตโดยการฟัง วาง Stethoscope เหนือ brachial artery แล้วบีบลมเข้าลูกยางให้ระดับปรอทเหนือกว่า Systolic blood pressure ที่คลำได้ 20-30 มม. แล้วค่อยๆปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยิน(Korotkoff) จะเป็นค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure จากนั้นค่อยๆปล่อยลมออกจน ระดับปรอทลดลง จนเสียงหายไปจะเป็นค่าความดันโลหิต Diastolic blood pressure

2.6 ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที หากความดันโลหิตที่วัดได้ต่างกันไม่เกิน ± 5 มม.ปรอท นำ 2 ค่าที่วัดได้มาเฉลี่ย หากต่างกันเกินกว่า 5 มม.ปรอท ต้องวัดค่าครั้งที่ 3 และนำค่าที่ต่างกันไม่เกิน 5 มม.ปรอท มาหาค่าเฉลี่ย

2.7 ในการวัดความดันโลหิตครั้งแรก วัดที่แขนทั้ง 2 ข้างสำหรับบางราย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกยืน ให้วัดความดันโลหิตในท่ายืนด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550)

3. จำแนกกลุ่มตัวอย่างที่มีผลความดันโลหิตสูงหลังวัด 2 ครั้งตามมาตรฐานแล้วออกไปทำการศึกษา แล้วเลือกผู้ที่มีรายชื่อถัดไปเป็นกลุ่มตัวอย่างแทน สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ($SBP \geq 140$ mm.Hg. และหรือ $DBP \geq 90$ mm.Hg.) ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง นัดหมายที่สถานอนามัยในสัปดาห์ต่อไป เพื่อตรวจความดันโลหิตซ้ำ ถ้าพบว่าความดันโลหิตสูง จะทำการส่งต่อไปรับการวินิจฉัย และรักษาจากแพทย์ที่โรงพยาบาล ถ้าพบว่าความดันโลหิตปกติ นัดตรวจซ้ำทุก 6 เดือน

4. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง และความดันโลหิตปกติ ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสร็จแล้วเจ้าหน้าที่ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์

6. สร้างคู่มือลงรหัส

7. นำข้อมูลทั้งหมด ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ บันทึกลงในคอมพิวเตอร์เพื่อประมวลผลต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ใช้ค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายผลการวิจัยในส่วนลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์หาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยสถิติ Chi-square (χ^2) และคำนวณค่า OR (Odds Ratio) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval ของ OR เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ตามสมมติฐานข้อที่ 1 และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกับ การมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ตามสมมติฐานข้อที่ 2

Community based :

$$OR = \frac{\text{Odds of disease to non - disease among EXPOSED}}{\text{Odds of disease to non - disease among UN-EXPOSED}}$$

ตารางที่ 12 การจัดทำตาราง 2 × 2 ของผู้ป่วยที่สัมผัสกับไม่สัมผัสปัจจัย

ปัจจัยเสี่ยง	การป่วยด้วยโรค		รวม
	ป่วย	ไม่ป่วย	
สัมผัสหรือมีปัจจัย	A	B	A+B
ไม่สัมผัสหรือไม่มีปัจจัย	C	D	C+D
รวม	A+C	B+D	N

ที่มา : บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์, สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย, พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพมหานคร : จามจุรีโปรดักส์, 2549), 268.

- เมื่อ
- a คือ จำนวนผู้ที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงและมีปัจจัยที่สงสัยว่ามีความสัมพันธ์ต่อความดันโลหิต ระดับเสี่ยง
 - b คือ จำนวนผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติและมีปัจจัยที่สงสัยว่ามีความสัมพันธ์ต่อความดันโลหิตระดับเสี่ยง
 - c คือ จำนวนผู้ที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงและไม่มีปัจจัยที่สงสัยว่ามีความสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง
 - d คือ จำนวนผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติและไม่มีปัจจัยที่สงสัยว่ามีความสัมพันธ์ต่อความดันโลหิตที่เสี่ยง

$$\text{อัตราส่วนของโอกาสเกิด} = \frac{\frac{A}{(A+B)}}{\frac{B}{(A+B)}} = \frac{A (A+B)}{B (A+B)} = \frac{A}{B}$$

$$\text{อัตราส่วนของโอกาสไม่เกิด} = \frac{\frac{C}{(C+D)}}{\frac{D}{(C+D)}} = \frac{C (C+D)}{D (C+D)} = \frac{C}{D}$$

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างลักษณะทางประชากรกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดยใช้ สถิติ Chi-square (χ^2) ทั้งนี้ ในการทดสอบสมมติฐานข้อนี้ ผู้วิจัยนำความถูกต้องของการรับรู้ทั้ง 3 ด้านมาพิจารณา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน” นี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2551- เดือนมกราคม 2552 โดยตรวจร่างกายและการสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปตามคุณลักษณะที่กำหนด จำนวน 375 คน จำแนกเป็นกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 95 คน (ร้อยละ 25.33) และกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ จำนวน 280 คน (ร้อยละ 74.67) คิดเป็นสัดส่วน 1 : 2.79 ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 2 ทดสอบสมมติฐาน

2.1 สมมติฐานที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2 สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

2.3 สมมติฐานที่ 3 ลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่าย ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

ตอนที่ 1
ลักษณะทางประชากร

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง (n=95)		กลุ่มปกติ (n=280)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	37	38.95	85	30.36
หญิง	58	61.05	195	69.64
อายุ(ปี)				
≤ 29ปี	17	17.89	58	20.71
30-45 ปี	30	31.58	99	35.36
46-60 ปี	29	30.53	83	29.64
60 ปีขึ้นไป	19	20.00	40	14.29
อายุเฉลี่ย	45.73		42.95	
ค่าต่ำสุด	15		15	
ค่าสูงสุด	93		82	
สถานภาพสมรส				
โสด	18	18.95	74	26.43
คู่	66	69.47	181	64.64
หม้าย/หย่า/แยก	11	11.58	25	8.93
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	14	14.74	31	11.07
ประถมศึกษา	67	70.53	160	57.14
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	12	12.63	82	29.29
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	2.11	7	2.50

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง		กลุ่มปกติ (n=280)	
	(n=95)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ(ลักษณะงานที่ทำ)				
มีกำหนดเวลาแน่นอน	44	46.32	142	50.71
ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน	51	53.68	138	49.29
บทบาทในครอบครัว				
เป็นผู้นำครอบครัว	28	29.47	65	23.21
เป็นผู้อาศัย	67	70.53	215	76.79
หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย				
ดูแลผู้ป่วย	5	5.26	20	7.14
ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย	90	94.74	260	92.86
การเจ็บป่วย				
ป่วยหรือมีโรคประจำตัว	7	7.37	15	5.36
ไม่มีโรคประจำตัว	88	92.63	265	94.64
รายได้ของครอบครัว(บาท)				
≤5,000	45	47.37	95	33.93
5,001-10,000	43	45.26	133	47.50
10,001-15,000	3	3.16	20	7.14
>15,000	4	4.21	32	11.43
รายได้เฉลี่ย	6,725.26		9,062.30	
ค่าต่ำสุด	500		500	
ค่าสูงสุด	35,000		50,000	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4,959.066		7,145.935	

จากผลการวิจัย อธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตปกติได้ดังนี้

เพศ ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง คิดเป็นสัดส่วนโดยประมาณ 2:3 และ กลุ่มที่มีความดัน

โลหิตปกติคิดเป็นสัดส่วนโดยประมาณ 4:9 ซึ่งเพศชายมีสัดส่วนของระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงและปกติใกล้เคียงกันมากกว่าเพศหญิง

อายุ ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ที่มีอายุช่วง 30-45 ปีมีร้อยละของระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงสูงที่สุด รองลงมาช่วงอายุ 46-60 ปี ช่วงอายุ 30-45 ปี ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปและน้อยที่สุดคือช่วงอายุ 29 ปีลงมา มีอายุเฉลี่ย 45.73 อายุน้อยที่สุด 15 ปีอายุมากที่สุด 93 ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มปกติที่มีอายุเฉลี่ย 42.95 อายุน้อยที่สุด 15 ปีอายุมากที่สุด 82 ปี

สถานภาพสมรส ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 69.47 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 18.95 และน้อยที่สุดคือ หม้ายหรือหย่าหรือแยกร้อยละ 11.58 ส่วนกลุ่มปกติ มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.64 รองลงมา โสด ร้อยละ 26.43 และน้อยที่สุดคือ หม้ายหรือหย่าหรือแยก ร้อยละ 8.93 ทั้งนี้ กลุ่มปกติจะมีร้อยละของคนโสดมากกว่ากลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง

ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.53 รองลงมา ไม่ได้เรียน ระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช.หรือ ปวส. และน้อยที่สุดระดับปริญญาตรีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 14.74 12.63 และ 2.11 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มปกติ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช.หรือปวส. ไม่ได้เรียน และน้อยที่สุดระดับปริญญาตรีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 29.29 11.07 และ 2.50 ตามลำดับ

อาชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ไม่มีการกำหนดเวลาแน่นอน คิดเป็นร้อยละ 53.68 ได้แก่ อาชีพทำสวน ทำไร่ ทำนา แม่บ้าน ค้าขาย และไม่มีการทำ ส่วนกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีการกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพรับจ้างทั่วไป บริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ และนักเรียน นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.71

บทบาทในครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้อาศัย ร้อยละ 70.53 เป็นผู้นำครอบครัวเพียงร้อยละ 29.47 และกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติส่วนใหญ่ก็มีบทบาทเป็นผู้อาศัยเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 76.79 เป็นผู้นำครอบครัวเพียงร้อยละ 23.21

หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 94.74 ดูแลผู้ป่วย

เพียง 5.26 ส่วนกลุ่มปกติ ส่วนใหญ่ไม่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 92.86 และดูแลผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 7.14

การเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.63 ป่วยหรือมีโรคประจำตัวเพียง ร้อยละ 7.37 ส่วนกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.64 และป่วยหรือมีโรคประจำตัวเพียง ร้อยละ 5.36

รายได้ของครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีรายได้เฉลี่ย 6,725.26 บาท รายได้น้อยที่สุด 500 บาท มากที่สุด 35,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ ตั้งแต่ 5,000 บาทลงมา รองลงมา 5,001-10,000 บาท มากกว่า 15,000 บาท และระหว่าง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.37 45.26 4.2 1 และ 3.16 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ มีรายได้เฉลี่ย 9,062.30 บาท ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยรายได้ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และมีรายได้น้อยที่สุด 500 บาท มากที่สุด 50,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท รองลงมา ตั้งแต่ 5,000 บาท ลงมา มากกว่า 15,000 บาทและระหว่าง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.50 33.93 11.43 และ 7.14 ตามลำดับ

ตอนที่ 2

ทดสอบสมมติฐาน

2.1 สมมติฐานที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง

แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ	กลุ่มมีระดับ ความดันโลหิต ที่เสี่ยง (n=95)		กลุ่มปกติ (n=280)		χ^2 (df) p- value	Odds Ratio	95% CI for OR	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคความดันโลหิต สูง								
-ระดับปานกลาง	34	35.79	101	36.07	0.002 (1) 0.961	0.988	0.608-1.605	
-ระดับมาก	61	64.21	179	63.93				
2. การรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง								
-ระดับปานกลาง	26	27.37	69	24.64	0.279(1) 0.598	1.152	0.681-1.951	
-ระดับมาก	69	72.63	211	75.36				

แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ	กลุ่มมีระดับ		กลุ่มปกติ		$\chi^2(df)$ p- value	Odds Ratio	95% CI for OR
	ความดันโลหิต ที่เสี่ยง		(n=280)				
	(n=95)						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
3. การรับรู้ถึงประโยชน์และ ค่าใช้จ่ายในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง							
-ระดับปานกลาง	25	26.32	96	34.29	2.062(1) 0.151	0.685	0.407-1.150
-ระดับมาก	70	73.68	184	65.71			
การรับรู้รวมทุกด้าน							
-ระดับปานกลาง	18	18.95	63	22.50	0.529(1) 0.467	0.468	0.449-1.445
-ระดับมาก	77	81.05	217	78.50			

จากตารางที่ 14 พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ถึงประโยชน์ ของการป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกันกับกลุ่มปกติ คิดเป็นร้อยละ 64.21 และ 63.93 ตามลำดับ โดยกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้มากที่สุด เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นกับผู้รับประทานอาหารไขมันสูงเป็นเวลานาน รองลงมา การดื่มสุรามากเป็นประจำจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น คนอ้วนมีโอกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ คนที่มีความเครียดวิตกกังวลอยู่เสมอจะทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง และน้อยที่สุดคือ การสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกันกับกลุ่มปกติ คิดเป็นร้อยละ 72.63 และ 75.36 ตามลำดับ โดยกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้มากที่สุด เกี่ยวกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้ รองลงมา ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วมีเส้นเลือดในสมอง

แต่จะทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ เส้นเลือดในสมองแตกที่เกิดจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นอัมพาตได้ ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีการรับรู้เกี่ยวกับ การมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการตามัวได้และรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวกับ ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองในครอบครัว

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มปกติ มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 73.68 และ 65.71 ตามลำดับ โดยกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้มาก เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ รองลงมา การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ การงดดื่มสุราจะทำให้ไม่เกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารไขมันน้อยสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ และน้อยที่สุดเกี่ยวกับ การปฏิบัติตน เช่น การเลือกรับประทานอาหารเค็มน้อย ไขมันต่ำ การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ไม่ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

การรับรู้รวมทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มปกติ มีการรับรู้รวมทุกด้าน อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 81.05 และ 78.50 ตามลำดับ

2.2 สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง	กลุ่มมีระดับ		กลุ่มปกติ		χ^2 (df) p-value	Odds Ratio	95% CI for OR
	ความดันโลหิต ที่เสี่ยง(n=95)		(n=280)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. บิดา/มารดาเป็นโรคความ ดันโลหิตสูง							
- เป็น	33	34.70	64	22.90	5.220 (1)	1.796	1.083-2.980
- ไม่เป็น	62	65.30	216	77.10	0.022*		
2. พี่/น้องเป็นโรคความดัน โลหิตสูง							
- เป็น	18	18.11	21	7.5	9.975 (1)	2.883	1.462-5.685
- ไม่เป็น	77	81.10	259	92.5	0.002*		
3. เคยตรวจความดันโลหิต							
- ผิดปกติ	15	15.80	16	5.7	9.495 (1)	3.094	1.465-6.533
- ไม่ผิดปกติ	80	84.20	264	94.3	0.002*		
4. ตรวจไขมันในเส้นเลือด							
- มีไขมันสูงกว่าปกติ	7	7.40	19	6.8	0.037(1)	0.847	0.444-2.687
- ปกติ	88	92.6	261	93.2	0.848		
5. การสูบบุหรี่							
- สูบ	24	25.30	26	9.3	16.670(1)	3.302	1.787-6.102
- ไม่สูบ	71	74.70	254	90.7	0.001*		
6. การดื่มสุรา							
- ดื่ม	22	23.20	43	15.4	3.012(1)	1.661	0.933-2.957
- ไม่ดื่ม	73	76.80	237	84.6	0.083		
7. การออกกำลังกาย							
- ออกกำลังกาย ≥ 3 ครั้ง/ สัปดาห์	35	36.80	73	26.10	4.013 (1)	0.605	0.369-0.992
- ออกกำลังกาย < 3 ครั้ง/ สัปดาห์	60	63.20	207	73.9	0.045*		

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง	กลุ่มมีระดับ		กลุ่มปกติ		χ^2 (df) p-value	Odds Ratio	95% CI for OR
	ความดันโลหิต ที่เสี่ยง(n=95)		(n=280)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
8. ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม							
- ชอบ	28	29.50	73	26.1	0.417 (1)	1.185	0.708-1.984
- ไม่ชอบ	67	70.50	207	73.9	0.518		
9. ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และกะทิ							
- ชอบ	21	22.10	39	13.9	3.529 (1)	1.754	0.971-3.167
- ไม่ชอบ	74	77.90	241	86.1	0.060		
10.ดัชนีมวลกาย							
>25 (น้ำหนักเกิน)	71	74.7	217	77.5	0.304 (1)	1.164	0.678-2.000
≤ 25(น้ำหนักปกติ)	24	25.3	63	22.5	0.581		

* หมายถึง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 15 อธิบาย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตปกติ ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผู้ที่มิบิดาและหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.022$) โดยพบผู้ที่มิบิดาและหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า กลุ่มปกติ ประมาณ 2 เท่า (OR 1.796 ,95% CI= 1.083-2.980)

ผู้ที่มีพี่และหรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.002$) โดยพบผู้ที่มีพี่และ/หรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า กลุ่มปกติ ประมาณ 3 เท่า (OR 2.883 ,95% CI =1.462-5.685)

ผู้ที่เคยตรวจพบความดันโลหิตผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.002$) โดยพบผู้ที่เคยตรวจพบความดันโลหิตผิดปกติ ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มปกติ ประมาณ 3 เท่า (OR 3.094 ,95% CI =1.465-6.533)

การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.001$) โดยพบผู้ที่สูบบุหรี่ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มปกติ ประมาณ 3 เท่า (OR 3.302 ,95% CI =1.787-6.102)

การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.045$) โดยพบผู้ที่ออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในกลุ่มมีความดันโลหิตระดับเสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มมีความดันโลหิตปกติ ประมาณ 1 เท่า (OR 0.605 ,95% CI = 0.369-0.992)ซึ่ง ความสัมพันธ์ของการออกกำลังกาย ต่อระดับความดันโลหิตเป็นแบบ Beneficial effect กับระดับความดันโลหิต แสดงว่าถ้าออกกำลังกายสัปดาห์ละ 30 นาที ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์จะเป็นการป้องกันการเกิดความดันโลหิตระดับเสี่ยง

ส่วนการมีไขมันในเส้นเลือดสูงกว่าปกติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารรสเค็ม การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และกะทิ และการมีดัชนีมวลกายเกิน (BMI.>25)

2.3 สมมติฐานที่ 3 ลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่าย ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่ เสี่ยง(n=95)		กลุ่มปกติ (n=280)	
	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
เพศ				
ชาย	14(37.84)	23(62.16)	44(51.76)	41(48.24)
หญิง	27(46.55)	31(53.45)	71(36.41)	124(63.58)
χ^2 (df) p-value	0.699 (1) 0.403		5.766 (1) 0.016*	
อายุ				
≤ 29ปี	8(47.06)	9(52.94)	23(39.66)	35(60.34)
30-45 ปี	13(43.33)	17(56.67)	47(47.47)	52(52.53)
46-60 ปี	14(48.28)	15(51.72)	33(39.76)	50(60.24)
60 ปีขึ้นไป	6(31.58)	13(68.42)	12(30.00)	28(70.00)
χ^2 (df) p-value	1.454 (3) 0.693		3.810(3) 0.283	
สถานภาพสมรส				
โสด	11(61.11)	7(38.89)	30(40.54)	44(59.46)
คู่	21(31.82)	45(68.18)	73(40.33)	108(59.67)
หม้าย/หย่า/แยก	9(81.82)	2(18.18)	12(48.00)	13(52.00)
χ^2 (df) p-value	12.526 (2) 0.002*		0.545(2) 0.761	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	8(57.14)	6(42.86)	9(29.03)	22(70.96)
ประถมศึกษา	25(37.31)	42(62.69)	72(45.00)	88(55.00)
มัธยม/ปวช./ปวส.	6(50.00)	6(50.00)	32(39.02)	50(60.98)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2(100.00)	0(0.00)	2(28.57)	5(71.43)
χ^2 (df) p-value	4.912(3) 0.178		3.471(3) 0.325	

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่ เสี่ยง(n=95)		กลุ่มปกติ (n=280)	
	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
อาชีพ				
มีกำหนดเวลาแน่นอน	21(47.73)	23(52.27)	61(42.96)	81(57.04)
ไม่มีกำหนดเวลา	20(39.22)	31(60.78)	54(39.13)	84(60.89)
แน่นอน				
$\chi^2(df)$ p-value	0.698 (1) 0.404		0.424(1) 0.515	
บทบาทในครอบครัว				
เป็นผู้นำครอบครัว	13(46.42)	15(53.57)	30(46.15)	35(53.85)
เป็นผู้อาศัย	28(40.58)	39(56.52)	85(39.53)	130(60.47)
$\chi^2(df)$ p-value	0.173 (1) 0.677		0.903(1) 0.342	
หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย				
ดูแลผู้ป่วย	4(80.00)	1(20.00)	13(65.00)	7(35.00)
ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย	37(41.11)	53(58.89)	102(39.23)	158(60.77)
$\chi^2(df)$ p-value	3.003 (1) 0.087		5.095 (1) 0.024*	
การเจ็บป่วย				
ป่วยหรือมีโรคประจำตัว	3(42.86)	4(57.14)	6(40.00)	9(60.00)
ไม่มีโรคประจำตัว	38(43.18)	50(56.82)	109(41.13)	156(58.87)
$\chi^2(df)$ p-value	0.000 (1) 1.000		0.008 (1) 1.000	
รายได้ของครอบครัว				
≤5,000 บาท	15(33.33)	30(66.67)	46(48.42)	49(51.58)
5,001-10,000 บาท	23(53.49)	20(46.51)	53(39.85)	80(60.15)
10,001-15,000 บาท	0(0.00)	3(100.00)	6(30.00)	14(70.00)
>15,000 บาท	3(75.00)	1(25.00)	10(31.25)	22(68.75)
$\chi^2(df)$ p-value	8.727 (3) 0.033*		4.491(3) 0.213	

* หมายถึง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 16 อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

เพศ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตปกติ เพศมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.016$) โดยเพศชายมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง ร้อยละ 51.76 มากกว่าเพศหญิงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องเพียงร้อยละ 36.41 ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

สถานภาพสมรส ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) โดยกลุ่มที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีการรับรู้ถูกต้องมากกว่าสถานภาพโสด และคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.82 61.11 และ 31.82 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มปกติ สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มปกติ หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.024$) ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ถูกต้อง ร้อยละ 65 ผู้ที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ถูกต้องเพียงร้อยละ 39.23 ส่วนกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง

รายได้ของครอบครัว ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว $>15,000$ บาท มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว $\leq 5,000$ บาท และ 5,001-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.033$) ส่วนกลุ่มปกติ รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในครอบครัว และการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง กับความถูกต้องในการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่ เสี่ยง(n=95)		กลุ่มปกติ (n=280)	
	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
เพศ				
ชาย	25(67.57)	12(32.43)	52(61.18)	33(38.82)
หญิง	33(56.90)	25(43.10)	114(58.46)	81(46.54)
χ^2 (df) p-value	1.082 (1) 0.298		0.181(1) 0.671	
อายุ				
≤ 29ปี	10(58.82)	7(41.18)	33(56.90)	25(43.10)
30-45 ปี	20(66.67)	10(33.33)	58(58.59)	41(41.41)
46-60 ปี	20(68.97)	9(31.03)	54(65.06)	29(34.94)
60 ปีขึ้นไป	8(42.10)	11(57.90)	21(52.50)	19(47.50)
χ^2 (df) p-value	4.065 (3) 0.254		2.067 (3) 0.559	
สถานภาพสมรส				
โสด	11(61.11)	7(38.89)	35(47.30)	39(52.70)
คู่	37(56.06)	29(43.94)	115(63.54)	66(36.45)
หม้าย/หย่า/แยก	10(90.91)	1(9.09)	16(64.00)	9(36.00)
χ^2 (df) p-value	4.815(2) 0.090		5.991 (2) 0.050	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	10(71.43)	4(28.57)	17(54.84)	14(45.16)
ประถมศึกษา	42(62.69)	25(37.31)	97(60.63)	63(39.37)
มัธยม/ปวช./ปวส.	4(33.33)	8(66.67)	49(59.76)	33(40.24)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2(100.00)	0(00.00)	3(42.86)	4(57.14)
χ^2 (df) p-value	6.469 (3) 0.091		1.143(3) 0.067	

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่ เสี่ยง(n=95)		กลุ่มปกติ (n=280)	
	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
อาชีพ				
มีกำหนดเวลาแน่นอน	24(54.55)	20(45.45)	74(52.11)	68(47.89)
ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน	34(66.67)	17(33.33)	92(66.67)	46(33.33)
χ^2 (df) p-value	1.460 (1) 0.227		6.142 (1) 0.013*	
บทบาทในครอบครัว				
เป็นผู้นำครอบครัว	21(75.00)	7(25.00)	46(70.77)	19(29.23)
เป็นผู้อาศัย	37(55.22)	30(44.78)	120(55.81)	95(44.19)
χ^2 (df) p-value	3.248 (1) 0.072		4.625 (1) 0.032*	
หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย				
ดูแลผู้ป่วย	4(80.00)	1(20.00)	12(60.00)	8(40.00)
ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย	54(60.00)	36(40.00)	154(59.23)	106(40.77)
χ^2 (df) p-value	0.871 (1) 0.645		0.005 (1) 0.946	
การเจ็บป่วย				
ป่วยหรือมีโรคประจำตัว	4(57.14)	3(42.86)	6(40.00)	9(60.00)
ไม่มีโรคประจำตัว	54(61.36)	34(38.64)	160(60.38)	105(39.62)
χ^2 (df) p-value	0.049 (1) 1.000		2.442 (1) 0.118	
รายได้ของครอบครัว				
≤ 5,000 บาท	31(68.89)	14(31.11)	60(63.16)	35(36.84)
5,001-10,000 บาท	22(51.16)	21(48.84)	70(52.63)	63(47.37)
10,001-15,000 บาท	1(33.33)	2(66.67)	12(60.00)	8(40.00)
>15,000 บาท	4(100.00)	0(0.00)	24(75.00)	8(25.00)
χ^2 (df) p-value	7.812 (3) 0.050		6.490(3) 0.090	

* หมายถึง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 17 อธิบาย ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง กับความถูกต้องในการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ได้ดังนี้

อาชีพ ในกลุ่มที่มีระดับความดันปกติ อาชีพมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.013$) โดยอาชีพที่ไม่มี กำหนดเวลาแน่นอน มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าอาชีพที่มี กำหนดเวลาแน่นอน คิดเป็น ร้อยละ 66.67 และ ร้อยละ 52.11 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มมีระดับความ ดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการ รับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

บทบาทในครอบครัว ในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตปกติ พบว่าบทบาทในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ($p=0.032$) โดยผู้ที่ผู้นำครอบครัวมีการรับรู้ถูกต้องมากกว่าผู้อาศัย คิดเป็น ร้อยละ 70.77 และ 55.81 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดัน โลหิตสูงบทบาทในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้ความรุนแรงของการ เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย การ เจ็บป่วย และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ กับความถูกต้องในการรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกับความถูกต้องใน การรับรู้ประโยชน์ และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่ เสี่ยง($n=95$)		กลุ่มปกติ ($n=280$)	
	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
เพศ				
ชาย	23(62.22)	14(37.78)	42(49.41)	43(50.59)
หญิง	49(84.48)	9(15.52)	162(83.79)	33(16.92)
χ^2 (df) p-value	1.752 (1) 0.186		1.123 (1) 0.186	

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่ เสี่ยง(n=95)		กลุ่มปกติ (n=280)	
	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
อายุ				
≤ 29ปี	9 (52.94)	8(47.06)	24(41.38)	34(58.62)
30-45 ปี	14(46.66)	16(53.34)	47(47.47)	52(52.53)
46-60 ปี	18(62.07)	11(37.93)	40(48.19)	43(51.81)
60 ปีขึ้นไป	10(52.63)	9(47.37)	14(35.00)	26(65.00)
χ ² (df) p-value	1.426 (3) 0.699		2.500(3) 0.475	
สถานภาพสมรส				
โสด	7(38.89)	11(61.11)	32(43.24)	42(56.76)
คู่	35(53.03)	31(46.97)	82(45.30)	99(54.70)
หม้าย/หย่า/แยก	9(81.82)	2(18.18)	11(44.00)	14(56.00)
χ ² (df) p-value	5.098(2) 0.078		0.095(2) 0.954	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	9(64.29)	5(35.71)	12(38.71)	19(61.29)
ประถมศึกษา	36(53.73)	31(46.27)	76(47.50)	84(52.50)
มัธยม/ปวช./ปวส.	4(33.33)	8(66.67)	35(42.68)	47(57.32)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2(100.00)	0(00.00)	2(28.57)	5(71.43)
χ ² (df) p-value	5.148(3) 0.161		1.865(3) 0.601	
อาชีพ				
มีกำหนดเวลาแน่นอน	18(40.91)	26(59.09)	40(34.78)	75(65.21)
ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน	33(64.71)	18(35.29)	85(51.52)	80(48.48)
χ ² (df) p-value	5.380 (1) 0.020*		0.752(1) 0.386	
บทบาทในครอบครัว				
เป็นผู้นำครอบครัว	23(82.14)	5(17.86)	34(52.30)	31(20.00)
เป็นผู้อาศัย	28(41.79)	39(58.21)	91(42.33)	124(57.67)
χ ² (df) p-value	12.932 (1) 0.001*		2.021 (1) 0.156	

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่ เสี่ยง(n=95)		กลุ่มปกติ (n=280)	
	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	รับรู้ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย				
ดูแลผู้ป่วย	5(100.00)	0(0.00)	12(60.00)	8(40.00)
ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย	46(51.11)	44(48.89)	113(43.46)	147(56.54)
χ^2 (df) p-value	4.553 (1) 0.059		2.055 (1) 0.152	
การเจ็บป่วย				
ป่วยหรือมีโรคประจำตัว	7(100.00)	0(0.00)	10(66.67)	5(33.33)
ไม่มีโรคประจำตัว	44(50.00)	44(50.00)	115(43.40)	150(56.60)
χ^2 (df) p-value	9.188 (1) 0.014*		3.111 (1) 0.078	
รายได้				
≤ 5,000 บาท	25(55.56)	20(44.44)	39(41.11)	56(58.89)
5,001-10,000 บาท	23(53.49)	20(46.51)	72(54.14)	61(45.86)
10,001-15,000 บาท	1(33.33)	2(66.67)	3(15.00)	17(85.00)
>15,000 บาท	2(50.00)	2(50.00)	11(34.38)	21(65.62)
χ^2 (df) p-value	0.590 (3) 0.899		14.744 (3) 0.002*	

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 18 อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กับความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์ และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้ดังนี้

อาชีพ ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงแล้ว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p=0.020) โดยอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน มีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าผู้ที่มามีกำหนดเวลาแน่นอน คิดเป็นร้อยละ 64.71 และ ร้อยละ 40.91 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มปกติ อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

บทบาทในครอบครัว ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตเสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าบทบาทในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องด้านการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.001$) โดยผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว มีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าผู้อาศัย โดยมีการรับรู้ถูกต้องร้อยละ 82.14 และรับรู้ไม่ถูกต้องเพียง ร้อยละ 17.86 ส่วนกลุ่มปกติ บทบาทในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การเจ็บป่วย ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตเสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.014$) โดยผู้ที่ป่วยหรือมีโรคประจำตัวมีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยผู้ที่ป่วยหรือมีโรคประจำตัวมีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง คิดเป็น ร้อยละ 100.00 ส่วนผู้ไม่มีโรคประจำตัวมีการรับรู้ถูกต้องเพียงร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มปกติ การเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับ ความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

รายได้ของครอบครัว ในกลุ่มปกติ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.002$) โดยผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 5,001-10,000 บาท มีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท มากกว่า15,000 บาท และ10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.14 41.11 34.38 และ 15.00 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับ ความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องในการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน เป็นการวิจัยทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ แบบตัดขวาง (cross-sectional design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชาชนตามคุณลักษณะที่ผู้วิจัยกำหนด ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม 2551 – เดือนมกราคม 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบคัดกรองความเสี่ยงตามมาตรฐานของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองด้วยวาจาและการตรวจร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-square และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยคำนวณค่า Odds Ratio (OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval ของ OR

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีข้อค้นพบ ดังนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 375 คน จำแนกเป็นกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 95 คน และกลุ่มมีความดันโลหิตปกติ จำนวน 280 คน

สัดส่วนกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ต่อกลุ่มมีความดันโลหิตปกติ ประมาณ 1 : 3

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มมีระดับความดันที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 2 : 3 อายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพ ทำสวน ทำไร่ ทำนา แม่บ้าน ค้าขาย และไม่มียานพาหนะ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้อาศัย ไม่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีโรคประจำตัว มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,725.26 บาท กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตปกติ มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 4 : 9 อายุเฉลี่ย 43 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีกำหนด เวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพรับจ้างทั่วไป บริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ และนักเรียนนักศึกษา สถานภาพสมรสคู่ และมีสถานภาพโสดมากกว่ากลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้อาศัย ไม่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีโรคประจำตัว เช่นเดียวกับกลุ่มมีระดับความดันที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,725.26 บาท

2. การทดสอบสมมติฐาน เมื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความ สัมพันธ์ต่อการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้รวมทุกด้านในระดับมาก เช่นเดียวกันกับกลุ่มมีความดันโลหิตปกติ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยคำนวณค่า OR (Odds Ratio) และ 95% Confidence Interval ของ OR พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงคือ ผู้ที่มีบิดาและหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีพี่และหรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เคยตรวจพบความดันโลหิตผิดปกติ การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่ป้องกันการเกิดระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ การมีไขมันในเส้นเลือดสูงกว่าปกติ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารรสเค็ม การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และกะทิ และการมีดัชนีมวลกายเกิน (BMI.>25)

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัว กล่าวคือ สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก และโสด มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่าสถานภาพสมรส คู่ ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว >15,000 บาท มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในครอบครัว หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตปกติ เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยเพศชาย มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่าผู้ที่ ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในครอบครัว การเจ็บป่วย และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่าลักษณะทางประชากรไม่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนกลุ่มมีความดันโลหิตปกติ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง โดยอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน มีการ รับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา บทบาทในครอบครัว หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และการเจ็บป่วย และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการ

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง ในกลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ อาชีพ อาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน มีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าผู้ที่มีอาชีพมีกำหนดเวลาแน่นอน ผู้ที่มีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้นำครอบครัว มีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่าผู้อาศัย และผู้ที่ป่วยหรือมีโรคประจำตัวมีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง

กลุ่มมีความดันโลหิตปกติ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง โดยผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 5,001-10,000 บาท มีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท 10,001-15,000 บาท และมากกว่า15,000 บาท ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในครอบครัว หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปผลการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ลักษณะประชากรของ กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีอายุระหว่าง 30-60 ปีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพ ทำสวน ทำไร่ ทำนา แม่บ้าน ค้าขาย และไม่มีงานทำ สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ ชิตศักดิ์ ที่พบว่าผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในระดับมากเช่นเดียวกับกลุ่มมีความดันโลหิตปกติ สอดคล้องกับ อรอนงค์ สัมพันธูญ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน แสดงถึงการ

ได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างเพียงพอจึงมีการรับรู้ในระดับมาก แต่การให้ข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ยังมีความจำเป็นต้องให้ต่อไปเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้นในรายละเอียด หรือข้อมูลที่ยังมีการรับรู้้อย ซึ่งแตกต่างจาก ปรารภณา เพียรทอง ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตสูงจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงที่มาฝากครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน

ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือผู้ที่มียาและหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีพี่และหรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากพันธุกรรมที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบิดาหรือมารดาที่มียีนที่มีโรคความดันโลหิตสูง หรือการได้รับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เพราะอยู่ในครอบครัวเดียวกันมักรับประทานอาหารร่วมกัน มีความชอบในรสชาติอาหารแบบเดียวกัน สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่ระบุว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่เคยตรวจพบความดันโลหิตผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เพราะผู้ที่เคยตรวจพบมีความดันโลหิตผิดปกติเป็นบางครั้ง มีโอกาสที่จะมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงสูงกว่าคนปกติ หากมีปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอื่นๆร่วมด้วย หรือยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับข้อมูลของ เสวต นนทกานันท์ ที่กล่าวไว้ว่าบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งจะทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดแดง เกิดไขมันในเลือดสูงขึ้น เกิดอุดตัน เส้นโลหิตตีบ แล้วจึงเกิดความดันโลหิตสูงได้ในเวลาต่อมา และการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชั่วคราวได้

การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยที่การออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ จะป้องกันการเกิดความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับข้อมูลของ สุพรชัย กองพัฒนากุล ที่กล่าวว่าการออกกำลังกายเป็นกลไกที่สำคัญที่สุด ของการลดความดันโลหิต เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นประจำสามารถลดความดันโลหิตลงประมาณ 5-7 มม.ปรอท ทั้ง Systolic และ Diastolic และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับ สุธีรา อุณหะภู และ กนกพร หมูพยัคฆ์ ที่ศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงของโรคความดัน

โลหิตสูง ประชากรอายุ 35-55 ปีของชุมชนบ้านบุ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้ออกกำลังกายเลย

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ การมีไขมันในเส้นเลือดสูงกว่าปกติ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารรสเค็ม การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และกะทิ และการมีดัชนีมวลกายเกิน (BMI.>25) ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยของ The National Research Council ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างยิ่งกับ การรับประทานอาหารรสเค็ม การรับประทานอาหารมีไขมันสูงก่อให้เกิดภาวะเส้นโลหิตตีตันมีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงด้วยเช่นกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นความผิดปกติในระยะเริ่มแรกก่อนจะนำไปสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มนี้อาจยังมีการสัมผัสปัจจัยเหล่านี้ไม่มากนักจึงมีระดับความดันโลหิตเสี่ยงไม่ถึงระดับความดันโลหิตสูง

สำหรับอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ ปญญญา พรรณราย ที่พบว่า ระดับการศึกษาต่างกันมีผลต่อการแสวงหาแหล่งบริการต่างกัน โดยพบว่าผู้มีการศึกษาสูงกว่าจะสรรหาแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ และมีระดับความดันโลหิตระดับเสี่ยง มีอาชีพที่ไม่มีการกำหนดเวลาแน่นอน มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง และมีการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง มากกว่าอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน เป็นเพราะกลุ่มที่มีอาชีพที่ไม่มีการกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ ทำไร่ ทำนา ทำสวน ที่มีเวลาว่างหลังเลิกงานอยู่กับบ้าน ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเพื่อนบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย นอกจากนี้ยังเข้าถึงสถานบริการซึ่งอยู่ในชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งอยู่ในตำบลจระเข้สามพันได้ง่ายกว่า กลุ่มที่มีอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอนซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในที่ทำงาน หรือไปรับจ้างทำงาน นอกพื้นที่จึงมีโอกาสดูแลเปลี่ยนแปลงเรียนรู้กับเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย น้อยกว่า ส่วนผู้ที่มิพบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากกว่า ผู้อาศัย เนื่องจากต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวหนักกว่า ผู้อาศัย และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพในครอบครัว อาจมีความเครียด จึงมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ สำหรับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยและรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง

ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะความดันโลหิตสูง มิได้มีสาเหตุที่แน่ชัด และเกิดจากปัจจัยเดียว แต่มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คนที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาจมีปัจจัยร่วมหลายปัจจัย ซึ่งในส่วนของอายุผลการวิจัยดังกล่าวแตกต่างจากสุภาพ ไบแกว์ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 40-60 ปี และ 60 ปี และพบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความเชื่อด้านปัจจัยร่วมแตกต่างกัน

นอกจากนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้ทั้ง 3 ด้านในระดับมาก แต่ในรายละเอียดพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับ การป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองในครอบครัว และการมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการตามัวได้ สอดคล้องกับ วรธนา รัชตะไพบูลย์ ที่พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง โดยมีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอาการของโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา อยู่ในระดับสูง แต่มีความรู้เกี่ยวกับอาการตาพร่ามัว หรือตาบอดจากความดันโลหิตสูงได้ อยู่ในระดับปานกลาง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน ครั้งนี้มีข้อจำกัดในการวิจัยดังนี้

5.2.1 แบบคัดกรองความเสี่ยงตามมาตรฐานของ สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2551 ในประเด็นการชอบรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูงและกะทิ อาจยังไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ตอบแต่ละคนมีเกณฑ์มาตรฐานของการให้ความหมายต่อคำว่าเค็ม หรือไขมันสูงไม่เท่ากัน คนทั่วไปมักคิดว่าตนเองรับประทานอาหารรสชาติพอดีทำให้ การวัดผลจึงคลาดเคลื่อนได้

5.2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทแบบตั้งโต๊ะมีความคลาดเคลื่อนในการวัดแต่ละครั้งน้อยกว่าระบบตัวเลขอัตโนมัติ แต่มีการวัด scale ที่หายาก ซึ่งค่าความดันที่วัดได้อยู่ระหว่าง 130 -135 หรือ 135 - 140 มม.ปรอท ไม่สามารถระบุค่าเป็นตัวเลขที่แน่นอนได้ ค่าที่ได้จึงเป็นการประมาณค่าระดับความดันโลหิตของแต่ละตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การรณรงค์ให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ควรเน้นดำเนินการในกลุ่มที่มีช่วงอายุ 15-29 ปี กลุ่มที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เคยตรวจพบว่ามียกระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ให้มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพราะเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก็เพิ่มขึ้น

1.2 ในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการคัดแยกกลุ่มคนที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ คือกลุ่มที่เคยตรวจความดันโลหิตพบผลผิดปกติ และกลุ่มที่มีบิดาและหรือมารดา พี่หรือน้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมและตรวจความดันโลหิตทุก 6 เดือน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการตรวจคัดกรองความดันโลหิตประชาชนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ เพื่อทำการวิจัยกลุ่มมียกระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แบบติดตามผลไปข้างหน้า ดูความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นระยะเวลา 1 - 2 ปี มีผลต่อความดันโลหิตอย่างไร

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincdinfo.com/cms/>

กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี : ม.ป.ท., 2545.

(_____.) สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี : ม.ป.ท., 2547.

กรมการแพทย์. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ. บุหรี่หรือสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทราไทยเพรสจำกัด, 2546.

จิตชนก หัสดี. “การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ชยันตร์ธร ปทุมานนท์. ระบาดวิทยาทางการแพทย์. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.

ชัยชัย มุ่งการดี. นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท., 2534.

ครุณีวัลย์ วโรดมวิจิตร. “Diet: Which ones and how o prescribe?.” ใน New Horizons in Management Of Hypertension, 42. สุภชัย ถนอมทรัพย์, บรรณาธิการ. ม.ป.ท., 2548.

นิตยา ภัทรกรรม. Thai Non Communicable Disease Reduce Risk [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.tncdreducerisk.com/cms/>

นุกูล ร่วมสุข. “พฤติกรรมกาสูบบุหรี่และดื่มสุราของคนไทย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

ปิยะนุช รักพาณิชย์. โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2542.

ปริญญญา พรรณราย. “การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

ปรารธนา เพียรทอง. “ผลของการให้โปรแกรมโภชนาการศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.

มันทนา ประทีปเสนา และวงเดือน ปันดี. การดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อ.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2542.

ยุพิน หงส์วะชิน. “การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

เขารัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพรรณ บุญรัตน์. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2549.

วรรณ รัชตะไพบุลย์. “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชามนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2549.

วรศักดิ์ เพียรชอบ. “การออกกำลังกายสำคัญไฉน.” สุขภาพพลศึกษาและสันทนาการ 8, 4 (ตุลาคม 2525) : 56-64.

เสวต นนทกานันท์. “ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง.” เอกสารรายงานการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่โรงแรมเฟลิกซ์ ริเวอร์แคว รีสอร์ท กาญจนบุรี, 18 – 20 มกราคม 2538. (อัดสำเนา)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2551. เข้าถึงได้จาก

http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/heart_disease/Hypertension/

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร :
ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา, 2550.

สุธีรา อุ่นตระกูล และ กนกพร หมู่พยัคฆ์. “ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงของโรค
ความดันโลหิตสูง.” โครงการย่อยของการวิจัยเรื่อง โครงการป้องกันและดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545. (อัดสำเนา)

สุพรชัย กองพัฒนากุล. เทคนิคการดูแลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2542.

สุภาพ ใบแก้ว. “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ
[ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincdinfo.com>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานประจำปี 2549. สุพรรณบุรี : ม.ป.ท., 2549.

(_____.). รายงาน 505 งานพัฒนายุทธศาสตร์ [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2551.
เข้าถึงได้จาก <http://www.spo.moph.go.th/report51/>

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพร. ผลการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพร
ไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ 2550.” เอกสารประกอบการนำเสนอผลการปฏิบัติงาน
ประจำปี 2551 สุพรรณบุรี : ม.ป.ท., 2550.

(_____.). รายงานประจำปี 2547. สุพรรณบุรี : ม.ป.ท., 2547.

(_____.). รายงานประจำปี 2549. สุพรรณบุรี : ม.ป.ท., 2549.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เกณฑ์การตรวจคัดกรองความเสี่ยง [ออนไลน์].
เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2551. เข้าถึงได้จาก <http://www.nhso.go.th>.

สำนักงานรัฐมนตรี, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญ
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 - 2554. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.,
2549.

หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์. “การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงใน
กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

อดุลย์รัตน์ มั่นเกษม, ผู้แปล. ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : รุ่งแสงการพิมพ์, 2533.

อรุณี หลูปริชาเศษฐ. ลดความดัน 2 : อยู่อย่างไรไม่ให้ความดันสูง. รวบรวมและจัดพิมพ์โดย
นิติศักดิ์ อัสวโชคอนันต์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ก.พล(1996) จำกัด, 2549.

- อภิชาติ สุคนธสรณ์. “Hypertension.” ใน New Horizons in Management of Hypertension, 18 สุขชัย ฌนอมทรัพย์, บรรณาธิการ. ม.ป.ท., 2548.
- อุบลรัตน์ จินตวนิชย์. “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเสาไห้ จังหวัดสระบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.
- อรอนงค์ สัมพันธุ์. “การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ภาษาต่างประเทศ

- Becker Marshall H., Robert H. Drachman, and John P. Kirscht. “A New Approach to Explaining Sick- Role Behavior in Low-income Populations.” American Journal of Public Health. 64, 3 (1974) : 409-414.
- Best, John W. Research in Education. New Jersey : Prentice-hill, 1977.
- Black, Henry Richard, and William J. Elliott. Hypertension : A Companion to Braunwald’s Heart Disease. Canada : Saunders, and imprint of Elsevier Inc, 2007.
- Mackay, Judith, and George Mensah. The atlas of Heart Disease and Stroke. Hong kong China : The Hanway Press, 2004.
- Rosenstock, Irwin M. “Historical Origins of the Health Belief Model.” Health Education Monographs 2, 4 (1974) : 330.
- World Health Organization. Health and the Millennium Development Goals. France : n.p., 2005.
- (_____.) Hypertension control : Report of a WHO expert committee. Geneva Switzerland : n.p., 1996
- (_____.) Noncommunicable Diseases: Prevention and Management. New Delhi India : World Health House, 2001.
- Yamane, Taro. Statistics : Introductory Analysis. New York : Harper & Row, 1967 quoted in สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามดล, 2550.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสัมภาษณ์งานวิจัย

แบบสัมภาษณ์โครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของ
ประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ ของสถานีนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภ่อู่ทอง
จังหวัดสุพรรณบุรี

คำชี้แจงในการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์

1. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนามัยตำบลจรเข้สามพัน อำเภ่อู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการลดหรือกำจัดปัจจัยเหล่านั้นโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ผู้ตอบคำถามคือ ประชาชนผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของสถานีนามัยตำบลจรเข้สามพัน โดยให้ท่านประเมินความคิดเห็นของท่านถึงการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูง
3. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมครั้งนี้ ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ ตามจรรยาบรรณการวิจัย โดยจะวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน และหน่วยงานของท่าน จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการประเมินตามความเป็นจริง
4. ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ หากมี
ปัญหาข้อสงสัย หรือต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์
08-1378-0223 หรือ 08-1705-5588 (นางธนาภรณ์ วงษา)

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยง

☐ ประกันสังคม

☐ ข้าราชการ

☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ผู้รับการตรวจ ชื่อ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสุพรรณบุรี

เลขที่บัญชีนายจ้าง (ระบบประกันสังคม).....

 - - สาขา

ชื่อสถานประกอบการ/ส่วนราชการ.....

อำเภอ..... จังหวัด..... วันที่ตรวจ.....

1. ข้อมูลครอบครัว

1.1 บิดาหรือมารดาของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

☐ เบาหวาน(DM)

☐ ความดันโลหิตสูง(HT)

☐ โรคเกาต์ (Gout)

☐ ไตวายเรื้อรัง(CRF)

☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย(MI)

☐ เส้นเลือดสมอง(Stroke)

☐ ถุงลมโป่งพอง(COPD)

☐ ไม่ทราบ

☐ อื่นๆ เช่น ตับขาด ตาบอด.....

1.2 พี่น้อง(สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

☐ เบาหวาน(DM)

☐ ความดันโลหิตสูง(HT)

☐ โรคเกาต์ (Gout)

☐ ไตวายเรื้อรัง(CRF)

☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย(MI)

☐ เส้นเลือดสมอง(Stroke)

☐ ถุงลมโป่งพอง(COPD)

☐ ไม่ทราบ

☐ อื่นๆ เช่น ตับขาด ตาบอด.....

2. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ด้วยโรคหรืออาการ

2.1 เบาหวาน(DM)

☐ มี

☐ ไม่มี

☐ ไม่เคยตรวจ

2.2 ความดันโลหิตสูง(HT)

☐ มี

☐ ไม่มี

☐ ไม่เคยตรวจ

2.3 โรคตับ

☐ มี

☐ ไม่มี

☐ ไม่เคยตรวจ

2.4 โรคอัมพาต

☐ มี

☐ ไม่มี

☐ ไม่เคยตรวจ

2.5 โรคหัวใจ

☐ มี

☐ ไม่มี

☐ ไม่เคยตรวจ

2.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ

☐ มี

☐ ไม่มี

☐ ไม่เคยตรวจ

2.7 แผลที่เท้า/ตัดขา(จากเบาหวาน)

☐ มี

☐ ไม่มี

2.8 คลอسترอลน้ำหนักรวม 4 กิโลกรัม

☐ มี

☐ ไม่มี

2.9 คิมน้ำบ่อมาก

☐ มี

☐ ไม่มี

2.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป

☐ มี

☐ ไม่มี

2.11 กินจุแต่ผอม

☐ มี

☐ ไม่มี

2.12 น้ำหนักลด/อ่อนเพลีย

☐ มี

☐ ไม่มี

2.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก

☐ มี

☐ ไม่มี

2.14 คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์

☐ มี

☐ ไม่มี

2.15 ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย

☐ มี

☐ ไม่มี

2.16 ขาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ

☐ มี

☐ ไม่มี

2.17 มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ(ไตรกลีเซอไรด์) มากกว่า 250 มก./ดล.เอช ดี แอล คลอเลสเตอรอล

 (DHL.cholesterol) น้อยกว่า 35 มก./ดล.หรือไม่(อายุ 35 ปีขึ้นไป) ☐ มี ☐ ไม่มี

2.18 มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติการคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกคลอดมากกว่า 4 กก.หรือไม่ (อายุ 35 ปีขึ้นไป)

☐ มี

☐ ไม่มี

2.19 มีประวัติ หรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดโดยการงดอาหาร(Fasting Plasma Glucose) = 110-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม ตรวจพบน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (อายุ 35 ปีขึ้นไป)

☐ มี

☐ ไม่มี

3. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่านปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ

☐ รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ ☐ รับการรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ

☐ เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาทานเอง

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่(ปัจจุบัน)

☐ สูบ.....มวน/วัน ชนิดของบุหรี่.....ระยะเวลา.....ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบจนถึงปัจจุบัน)

☐ ไม่สูบ/ เคยสูบแต่เลิกแล้วชนิดของบุหรี่.....ระยะเวลา.....ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบจนถึงปัจจุบัน)

จำนวน..... Pack / year

5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ (ปัจจุบัน)

☐ ดื่ม.....ครั้ง/สัปดาห์(ดื่มเหล้า> 45 cc./วัน ดื่มเบียร์ >120 cc./วัน) ☐ ไม่ดื่ม / เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

6. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา(1 เดือนที่ผ่านมา)

☐ ไม่ออกกำลังกายเลย

☐ ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

☐ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที สม่ำเสมอ

☐ ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที สม่ำเสมอ

☐ ออกกำลังกายทุกวันครั้งละ 30 นาที

7. ท่านชอบอาหารรสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ หวาน

☐ เค็ม

☐ มัน(ไขมันสูงและกะทิ)

☐ ไม่ชอบทุกข้อ

8. ท่านขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์/รถยนต์

☐ ไม่ขับขี/ไม่โดยสาร

☐ ขับขี/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง

☐ ขับขี/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยบางครั้ง

☐ ขับขี/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยนานๆครั้ง(ใส่เฉพาะเมื่อมีคันตรวจ)

9. เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามี/ภรรยาของท่าน ท่านใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่

☐ ใช้ทุกครั้ง

☐ ใช้เมื่อถูกขอร้อง

☐ ไม่ใช้

☐ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามี/ภรรยาของตนเอง

☐ ไม่ตอบ

10. การตรวจร่างกาย น้ำหนัก.....kg. ส่วนสูง.....cm. BMI.....Kg/m

BP. ครั้งที่ 1 /

BP. ครั้งที่ 2 / mmHg.

BP.เฉลี่ย / mmHg.

☐ ซีด

☐ ไม่ซีด

วัดรอบเอว.....ซม.หรือ.....นิ้ว(ชายไม่เกิน 90 ซม.หรือ 36 นิ้ว หญิงไม่เกิน 80 ซม.หรือ 32 นิ้ว)

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Post prandial bloodmg% (หลังรับประทานอาหาร.....ซม.) หรือ

- กรณีตรวจ FBS mg% หรือ กรณีตรวจ Capillary blood mg%

ตรวจร่างกายทั่วไป.....

ความเห็นของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ☐ ไม่พบความเสี่ยง ☐ มีความเสี่ยงเรื่อง.....
- ☐ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง(ระบุ).....
- ☐ คำแนะนำ.....
- ☐ แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติม.....
- ☐ ส่งตัวไปรักษาเพิ่มเติมที่..... ☐ ไม่ส่งไปรักษาเพิ่มเติมเนื่องจาก.....
- ลงชื่อ ผู้ตรวจ ตำแหน่ง.....

เลขที่.....

แบบสัมภาษณ์โครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน
ในเขตรับผิดชอบของ สถานีอนามัย ตำบลจรเข้สามพัน อำเภ่อู้อทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

สรุปมีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง () มี () ไม่มี Risk ☐**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป (กรณารอกเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมคำลงในช่องว่าง)1. เพศ () ชาย () หญิง Gen ☐2. อายุปัจจุบัน (เต็มบริบูรณ์).....ปี Age ☐3. ปัจจุบันท่านมีสถานภาพสมรสใด Stat ☐

() 1. โสด () 2. คู่(สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน)

() 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง / แยกกันอยู่

4. ท่านมีอาชีพอะไร Occ. ☐

4.1 งานที่มีกำหนดเวลาแน่นอน 4.2 งานที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน

() อาชีพรับจ้าง () ทำสวน ทำไร่ ทำนา

() ทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ หรือข้าราชการ () แม่บ้าน

() นักเรียน นักศึกษา () ไม่ได้ทำงาน

() อื่นๆ.....

5. ครอบครัวของท่านมีรายได้ทั้งหมด(เฉลี่ยต่อเดือน) เท่าไร.....บาท

(หักค่าใช้จ่ายในการลงทุน แต่ไม่หักค่าใช้จ่ายพื้นฐาน) Inc. ☐☐☐☐☐☐6. ท่านจบการศึกษาระดับใด Edu. ☐

() 1. ไม่ได้ศึกษา () 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา () 4. ปวช.หรือ ปวส.

() 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. ท่านมีบทบาทใดในครอบครัวของท่าน

() 1. เป็นผู้นำครอบครัว () 2 ผู้อาศัย. Role 1 ☐

8.ท่านมีอาการเจ็บป่วย/มีโรคประจำตัวหรือไม่

() 3. ป่วย/มีโรคประจำตัว () 4. ไม่ป่วย/ไม่มีโรคประจำตัว Role 2 ☐

9. ท่านมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยในครอบครัวหรือไม่

() 5. ดูแลผู้ป่วย

() 6. ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย

Role 3 ☐

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดตอบคำว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่ตัดสินใจ” “ไม่เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านในแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ตัดสินใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง						
1. คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าคนปกติ						Op1 ☐
2. ผู้ที่รับประทานอาหารไขมันสูงเป็น เวลานานมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิต สูง						Op2 ☐
3. คนที่มีความเครียด วิตกกังวลอยู่เสมอจะทำ ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง						Op3 ☐
4. โรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นกับผู้ที่ รับประทานอาหารเค็มเป็นประจำ						Op4 ☐
5. การสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น						Op5 ☐
6. การดื่มสุรามากเป็นประจำจะทำให้ความดัน โลหิตสูงขึ้น						Op6 ☐
7. โรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นได้กับคน ทุกวัย						Op7 ☐

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่คัด สนใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
<u>ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง</u>						
1. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ทำให้เป็นโรคหัวใจได้						Vi 1 ☐
2. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้						Vi 2 ☐
3. เส้นเลือดในสมองแตกที่เกิดจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นอัมพาตได้						Vi 3 ☐
4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วมีเส้นเลือดในสมองแตก จะทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้						Vi 4 ☐
5. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการตามัวได้						Vi 5 ☐
6. ผู้มีความดันโลหิตสูง ทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง						Vi 6 ☐
7. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก ไม่สามารถทำงานหนักได้ตามปกติ						Vi 7 ☐
8. ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องรับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน						Vi 8 ☐
9. ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อบทบาทของท่านในครอบครัว						Vi 9 ☐
<u>ด้านการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</u>						
1. การรับประทานอาหารเค็มให้น้อยลง จะมีผลดีต่อการป้องกันความดันโลหิตสูง						B.1 ☐

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่คัด สินใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
2. การรับประทานประเภทแป้ง ข้าว เส้น ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังให้น้อยลงทำให้น้ำหนัก ตัวลดลง						B.2 ☐
3. การกินผักและผลไม้หลายๆ สามารถป้องกัน การเกิดโรคความดันโลหิตสูง						B.3 ☐
4. การดื่มน้ำหวานน้ำอัดลม ให้น้อยลงทำให้ น้ำหนักตัวลดลง						B.4 ☐
5. การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้						B.5 ☐
6. การงดสูบบุหรี่สามารถป้องกันการเกิดโรค ความดันโลหิตสูงได้						B.6 ☐
7. การงดดื่มสุราจะไม่เกิดโรคความดัน โลหิตสูง						B.7 ☐
8. การรับประทานอาหารไขมันน้อยสามารถ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้						B.8 ☐
9. การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด สามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้						B.9 ☐
10. การปฏิบัติตน เช่นการเลือกรับประทาน อาหารเค็มน้อย ไขมันต่ำ การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ไม่ทำให้ท่าน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น						B.10 ☐
11. การปฏิบัติในการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงของท่าน ไม่ทำให้ท่านมีค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น						B.11 ☐
12. ท่านจะปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง						B.12 ☐

ภาคผนวก ข

ผล

ผลการสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม กลุ่มผู้มีความดันโลหิตที่เสี่ยง และกลุ่มความดันโลหิตปกติ

ข้อความ	กลุ่มมีความดันโลหิตที่เสี่ยง				กลุ่มความดันโลหิตปกติ			
	รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง		รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง</u>								
1. คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ	82	86.3	13	13.7	241	86.1	39	13.9
2. โรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับประทานอาหารไขมันสูงเป็นเวลานาน	76	80.0	20	20.0	231	82.5	49	17.5
3. คนที่มีความเครียด วิตกกังวลอยู่เสมอจะทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง	79	83.2	16	16.8	239	85.4	41	14.6
4. โรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับประทานอาหารเค็มเป็นประจำ	65	68.4	30	31.6	167	59.6	113	40.4
5. การสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	52	54.7	43	45.3	158	56.4	122	43.6
6. การดื่มสุรามากเป็นประจำจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	68	71.6	27	28.4	184	65.7	96	34.3
7. โรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย	67	70.5	28	29.5	182	65.0	98	35.0

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม กลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง และกลุ่มความดันโลหิตปกติ

ข้อความ	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตระดับที่เสี่ยง				กลุ่มความดันโลหิตปกติ			
	รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง		รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค</u>								
<u>ความดันโลหิตสูง</u>								
1. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ทำให้เป็นโรคหัวใจได้	67	70.5	28	29.5	202	72.1	78	27.9
2. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้	88	92.6	7	7.4	263	93.9	17	6.1
3. เส้นเลือดในสมองแตกที่เกิดจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นอัมพาตได้	89	93.7	6	6.3	267	95.4	13	4.6
4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว มีเส้นเลือดในสมองแตก จะทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้	88	92.6	7	7.4	263	93.9	17	6.1
5. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการตามัวได้	63	66.3	32	33.7	199	71.1	81	28.9
6. ผู้มีความดันโลหิตสูง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง	66	69.5	29	30.5	217	77.5	63	22.5
7. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก ไม่สามารถทำงานหนักได้ตามปกติ	72	74.7	24	25.3	220	78.6	60	21.4
8. ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องรับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน	79	83.2	16	16.8	247	88.2	33	11.8

ข้อความ	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตระดับ				กลุ่มความดันโลหิตปกติ			
	ที่เสี่ยง							
	รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง		รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9.ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี ผลกระทบต่อบทบาทของท่านใน ครอบครัว	62	65.3	33	34.7	184	65.7	96	34.3

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ความประโยชน์ของการ
ป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม กลุ่มผู้มี
ระดับความดันโลหิตที่เสี่ยง และกลุ่มความดันโลหิตปกติ

ข้อความ	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่				กลุ่มความดันโลหิตปกติ			
	เสี่ยง							
	รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง		รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ด้านการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายใน</u> <u>การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</u>								
1. การรับประทานอาหารเช้าให้น้อยลง จะมีผลดีต่อการป้องกันความดัน โลหิตสูง	76	80.0	19	20.0	195	69.6	85	30.4
2. การรับประทานประเภทแป้ง ข้าว เส้น ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังให้น้อยลงทำให้ น้ำหนักตัวลดลง	68	71.6	27	28.4	206	73.6	74	26.4
3. การกินผักและผลไม้มากๆ สามารถ ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	85	89.5	10	10.5	232	82.9	48	27.1
4. การดื่มน้ำหวานน้ำอัดลม ให้น้อยลงทำ ให้น้ำหนักตัวลดลง	72	75.8	23	24.2	205	73.2	75	26.8

ข้อความถาม	กลุ่มมีระดับความดันโลหิตที่				กลุ่มความดันโลหิตปกติ			
	เสี่ยง							
	รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง		รับรู้ถูกต้อง		รับรู้ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้	90	94.7	5	5.3	249	88.9	31	11.1
6. การงดสูบบุหรี่สามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	69	72.6	26	27.4	212	75.7	68	24.3
7. การงดดื่มสุราจะทำให้ไม่เกิดโรคความดันโลหิตสูง	77	81.1	18	18.9	219	78.2	61	21.8
8. การรับประทานอาหารไขมันน้อยสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้	70	73.7	25	26.3	209	74.6	71	25.4
9. การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้	76	80	19	20.0	205	73.2	75	26.8
10. การปฏิบัติตน เช่นการเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ไม่ทำให้ท่านมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	69	72.6	26	27.4	210	75.0	70	25.0
11. การปฏิบัติในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของท่าน ไม่ทำให้ท่านมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	67	70.5	28	29.5	200	71.4	80	28.6
12. ท่านจะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	76	80	19	20	238	85.0	42	15.0



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มทอง (งานบริหาร) จังหวัดสุพรรณบุรี โทร 0-3555-1420

ที่ สพ 0727/๑๖๖

วันที่ 16 ธันวาคม 2551

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อทำโครงการวิจัย

เรียน หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน

ตามหนังสือสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน ที่ สพ 0727.1/8.1/291 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2551 เรื่อง ขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์ ตามความทราบแล้วนั้น

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มทอง อนุญาตให้นางชนาภรณ์ วงษา ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 ปฏิบัติราชการที่สถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน เก็บข้อมูลในเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพันได้ เพื่อทำการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางพรณิกา นวกุล)

นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว. (ด้านบริการทางวิชาการ)

รักษาราชการแทนสาธารณสุขอำเภออุ้มทอง

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อสกุล	นางชนาภรณ์ วงษา
ที่อยู่	510 หมู่ 5 ตำบลจรเข้สามพัน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุพรรณบุรี
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน หมู่ 4 ตำบลจรเข้สามพัน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุพรรณบุรี 72160
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์(ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
พ.ศ. 2547	สำเร็จการศึกษาปริญญาสาขารัฐศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
พ.ศ. 2550	ศึกษาต่อระดับปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา การจัดการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2529	พยาบาลเทคนิค 2 สถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน สำนักงานสาธารณสุข อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2542	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 สถานีอนามัยตำบล บ้านโฆ้ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2552	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 สถานีอนามัยตำบล เจดีย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2552	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานีอนามัยตำบลจรเข้สามพัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุพรรณบุรี