

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วรรณภา พรายมี, ส.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอบ้านลาด หรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2567 จำนวน 360 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้านปัจจัยนำ ด้านปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป และจากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า เพศและอายุของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในขณะที่สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($p < .001$) ในส่วนของปัจจัยสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยนำและปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง จังหวัดเพชรบุรี

Corresponding E-mail: nan_love_nun@windowslive.com

(Received: December 10, 2024; Revised: February 17, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Factors associated with behavior to prevent kidney complications among uncontrolled hypertensive patients

Wanna Prymee, B.P.H.,*

Abstract

This research is a cross-sectional analytical study. The objectives are to study the level of behavior of preventing kidney complications and the factors related to the behavior of preventing kidney complications and to study hypertensive patients. The sample consists of 360 uncontrolled hypertensive patients who received treatment at sub-district health promotion hospitals and hospitals under the Ministry of Public Health in Phetchaburi Province, between October and December 2024. They were selected by purposive sampling according to the specified eligibility criteria. Data were collected using a questionnaire that was tested for reliability by a qualified person. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics and multiple regression analysis.

The research results found that the sample group had a high level of kidney complication prevention behavior in terms of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and kidney complication prevention behavior of hypertensive patients, at 80 percent or more. From the analysis of factors related to kidney complication prevention behavior of hypertensive patients with uncontrolled blood pressure, it was found that gender and age of patients were not significantly related to kidney complication prevention behavior, while marital status had a statistically significant negative relationship ($p < .001$). Average monthly income had a positive relationship with kidney complication prevention behavior ($p < .001$). In terms of environmental support factors, it was found that enabling factors had a significant positive relationship ($p < .001$), indicating that support from family, community, and health care system helped strengthen patients' complication prevention behavior. However, predisposing factors and reinforcing factors were not significantly related.

Keywords: Behavior to prevent complications Kidney complications Uncontrolled hypertensive patients

*Tha Chang Subdistrict Health Promoting Hospital Phetchaburi

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งอาจนำไปสู่การต้องฟอกไต หรือปลูกถ่ายไตในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Kearney, 2005) ข้อมูลจากรายงานการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากยังคงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และขาดการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างเพียงพอ (WHO, 2019) และจากผลการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย Thai SEEK เป็นระยะเวลาการติดตามที่ประมาณ 8 ปี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังร้อยละ 28 โดยส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ในระยะที่ 1 และความผิดปกติของไตส่วนใหญ่ คือ การรั่วของโปรตีนอัลบูมิน สาเหตุหลักครึ่งหนึ่งของโรคไตเรื้อรังที่วินิจฉัยโดยอายุรแพทย์โรคไต เกิดจากความดันโลหิตสูง (อติพร อิงค์สาธิต, ชัยรัตน์ ฉายากุล, อำนาจ ชัยประเสริฐ, ประไพพิมพ์ ธีรคุปต์, ทวี ศิริวงศ์ และ พรเพ็ญ แสงถวัลย์, 2560)

ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จังหวัดเพชรบุรี มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 64,539 ราย, จำนวน 63,217 ราย และจำนวน 64,220 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 26,451 ราย 25,895 ราย และ 26,661 ราย ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 25,636 ราย, จำนวน 31,261 ราย และ จำนวน 30,934 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10,543 ราย 12,805 ราย และ 12,842 ราย ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับอำเภอบ้านลาด พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 7,982 ราย, จำนวน 7,843 ราย และ จำนวน 7,970 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 28,632 ราย 28,475 ราย และ 28,889 ราย ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 3,333 ราย, จำนวน 3,644 ราย และจำนวน 3,334 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 11,955 ราย 13,230 ราย และ 12,084 ราย ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและมีแนวโน้มที่ไม่คงที่ โดยจากผลการจัดทำโยงโยสาเหตุของปัญหา (Web of causation) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้เกิดจากพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค โดยมักเติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น น้ำปลา น้ำตาลทราย ซอสปรุงรส ในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว ชอบรับประทานอาหารแปรรูป ดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ อาหารรสชาติเค็ม รสชาติหวาน ของมันดอง แกงกะทิ ซึ่งเป็นอาหารไขมันสูง ครอบครัวยึดความรู้และความตระหนักถึงอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย วิถีชีวิตที่เร่งรีบ จึงมักกินอาหารสำเร็จรูป แกล้ม เป็นต้น (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง, 2566) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตจึงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) และเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหาร การจำกัดปริมาณเกลือและไขมันในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอการจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกบุหรี่ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำแนกออกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และอาชีพ (วานิช สุขสถาน, 2561) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน (perceived benefits) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว (self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) (Chen et al., 2021; Li et al., 2020) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม (Wang et al., 2019) นอกจากนี้ แนวคิดด้านแรงจูงใจในการป้องกัน (Protection Motivation Theory: PMT) ยังสนับสนุนว่าความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตเรื้อรัง หรือไตวายระยะสุดท้าย มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประสิทธิผลของมาตรการป้องกัน เช่น การควบคุมอาหาร ลดการบริโภคโซเดียม และการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ (Rogers, 1983; Zhang et al., 2022) อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับ บทบาทของปัจจัยด้านจิตสังคม และสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วย เช่น ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ (health attitudes) และระบบสนับสนุนจากสถานพยาบาล (healthcare system support) ซึ่งยังมีการศึกษาน้อยและจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

จากประเด็นปัญหาที่กล่าวมา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มักเผชิญกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังในระยะยาว ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม และหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแล และให้คำแนะนำที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

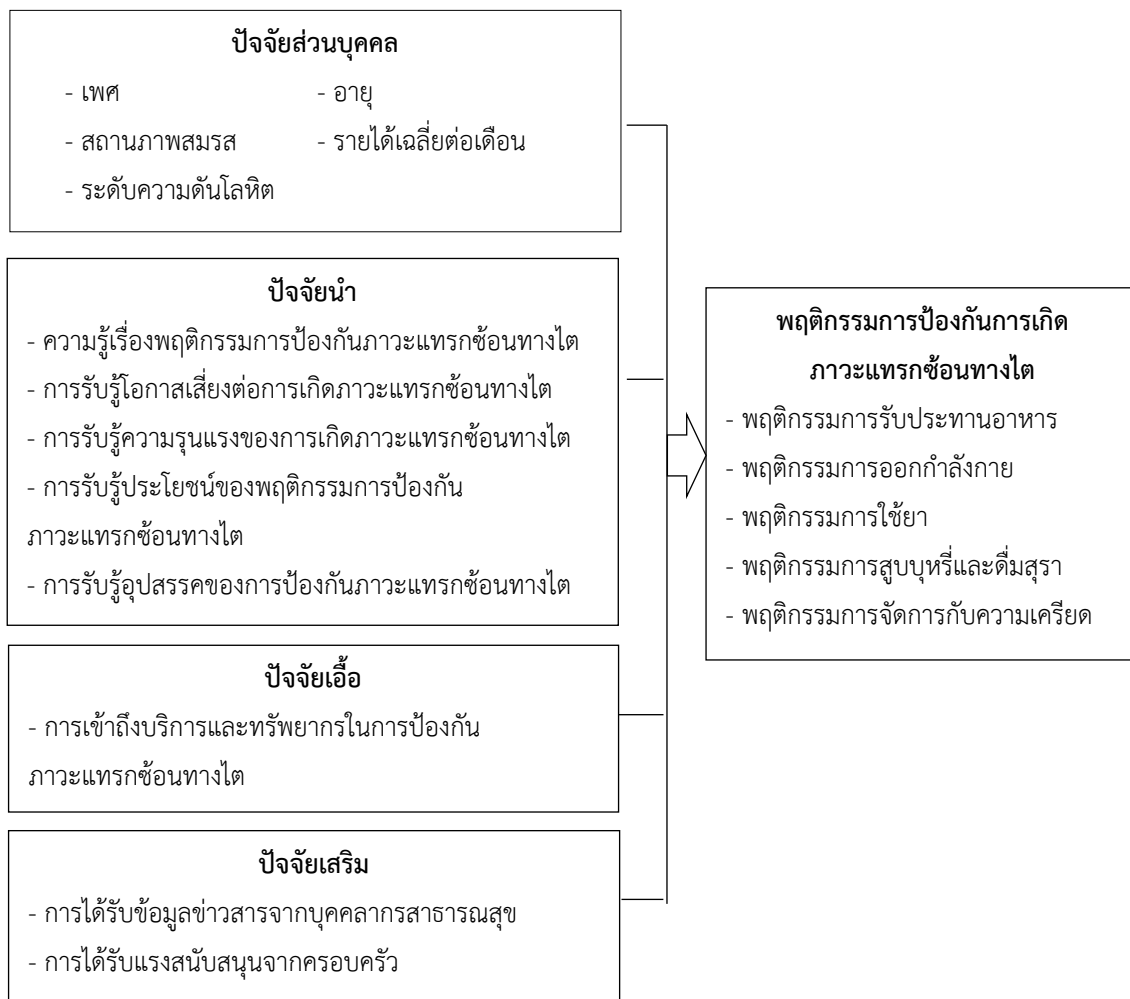
ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชื้อ ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถออกแบบแนวทางในการพัฒนาสื่อการให้ความรู้ หรือโปรแกรมสนับสนุนที่ช่วยเพิ่มความตระหนัก ทักษะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมได้
2. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไต และลดอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรัง รวมถึงสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศเพื่อนำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิด โดยอ้างอิงแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman (1975) ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผสานกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) ที่เน้นความเชื่อมั่นในตนเองของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังได้นำแนวคิดแรงจูงใจในการป้องกัน (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Rogers (1983) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและประสิทธิผลของการป้องกันมีผลต่อแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และแนวคิด Precede Model ของ Green & Kreuter (1991) ที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ทั้งหมดนี้ถูกนำมาประยุกต์เพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมและเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) สถานที่ในการวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านลาด หรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เก็บข้อมูลการวิจัย ระหว่างเดือนเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านลาดหรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 จำนวน 3,526 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านลาดหรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 360 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน (Taro

Yamane, 1973 : 725) กำหนดให้ขนาดตัวอย่างมีค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีประวัติความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านลาดหรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567

2. อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี

4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทย

5. ยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

2. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงระหว่างการเข้าร่วมวิจัยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพาตหรือหมดสติ ภาวะไตวายเฉียบพลันที่ต้องฟอกไตฉุกเฉิน หรือภาวะวิกฤตอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามด้านความรู้เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบ ถูก ผิด (True – false) จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และ ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล สูงสุด 15 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน 2) แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 ข้อ 3) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 ข้อ 4) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 4 ข้อ และ 5) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของ Likert (1967) (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านการเข้าถึงบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย เกณฑ์

การแปลผลระดับการเข้าถึงและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตพิจารณาจากคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนที่ได้	การแปลความหมาย
5 – 11 คะแนน	การเข้าถึงและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับต่ำ
12 – 18 คะแนน	การเข้าถึงและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับปานกลาง
19 – 25 คะแนน	การเข้าถึงและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ และ 2) แบบสอบถามด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ โดยใช้ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ	ให้คะแนน 5 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข พิจารณาจากคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนที่ได้	การแปลความหมาย
5 – 11 คะแนน	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับน้อย
12 – 18 คะแนน	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง
19 – 25 คะแนน	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 15 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 4 ข้อ 5 ข้อ 6 ข้อ 9 ข้อ 13 ข้อ 14 และข้อ 15) และทางลบ จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 7 ข้อ 8 ข้อ 10 ข้อ 11 และข้อ 12) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 5 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน จำแนกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบส (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนที่ได้	การแปลความหมาย
15 – 34 คะแนน	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อยู่ในระดับน้อย
35 – 54 คะแนน	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อยู่ในระดับปานกลาง
55 – 75 คะแนน	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อยู่ในระดับมาก

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพด้านโรคเรื้อรัง 2 คน เป็นผู้ตรวจสอบเมื่อหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และนำมาคำนวณค่า I-CVI ได้ค่าดัชนีค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00

2. หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละข้อความหรือข้อความคำถามของแบบวัด มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 แบบวัดที่ดีควรมีแอลฟาเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แล้วจึงนำแบบสอบถามนี้ไปเก็บข้อมูลจริง ปรากฏว่ามีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวม

1. นำโครงร่างวิจัยเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

2. เมื่อได้รับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ชี้แจงให้บุคลากรในพื้นที่ที่ต้องการทำวิจัย ทราบรายละเอียดการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเก็บข้อมูลเป็นความลับ สิทธิในการตอบและปฏิเสธในการตอบแบบสอบถาม ของผู้ถูกวิจัยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยร่วมกับใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดและชัดเจน

4. จัดให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง วันละประมาณ 10 ราย นั่งในห้องที่จัดเตรียมไว้เฉพาะ บริเวณใกล้ห้องตรวจ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่กำหนดไว้ แล้วให้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นจึงนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี รหัสหมายเลขโครงการ : PBEC No. 38/2567 เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 65.56 ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 53.61 มีสถานภาพสมรส จำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 84.17 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 68.89 และระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 150/90 มิลลิเมตรปรอท

ด้านข้อมูลปัจจัยนำเข้า พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยนำเข้ามากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 69.44 รองลงมา คือด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 63.89 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 58.61 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 54.17 และด้านความรู้เรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยนำ (n=360)

ข้อมูลปัจจัยนำ	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้เรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	189(52.50)	119(33.06)	52(14.44)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	250(69.44)	82(22.78)	28(7.78)
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	211(58.61)	76(21.11)	73(20.28)
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	230(63.89)	111(30.83)	19(5.28)
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	195(54.17)	146(40.56)	19(5.28)

ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 61.67 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79.99 จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 30.56 และระดับน้อย น้อยกว่า 60 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.78 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเอื้อ (n=360)

ด้านปัจจัยเอื้อ	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	222(61.67)	110(30.56)	28(7.78)

ด้านปัจจัยเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 89.44 และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 278 คน คิดเป็นร้อยละ 77.22 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริม (n=360)

ด้านปัจจัยเสริม	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรสาธารณสุข	322(89.44)	32(8.89)	6(1.67)
ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	278(77.22)	71(19.72)	11(3.06)

ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ ด้านพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 73.89 รองลงมา คือ ด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 65.83 ด้านพฤติกรรมด้านการใช้ยา จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 56.11 ด้านพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 56.11 และพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 55.28 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=360)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร	237(65.83)	118(32.78)	5(1.39)
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	202(56.11)	148(41.11)	10(2.78)
พฤติกรรมด้านการใช้ยา	222(61.67)	116(32.22)	22(6.11)
พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	199(55.28)	147(40.83)	14(3.89)
พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด	266(73.89)	73(20.28)	21(5.83)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า เพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($r = .003, p = .955$) และ ($r = -0.033, p = .542$) ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับนัยสำคัญ ($r = -0.219^{**}, p < .001$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .149^{**}, p < .001$) ปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r = .027, p = .616$) ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ หมายความว่า ปัจจัยสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($r = .281^{**}, p < .001$) และ ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .087, p = .110$) ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	<i>p-value</i>
เพศ	$r = .003$	.955
อายุ	$r = -.033$	.542
สถานภาพสมรส	$r = -.219^{**}$	.000
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$r = .149^{**}$	.000
ปัจจัยนำ	$r = .027$	.616
ปัจจัยเอื้อ	$r = .281^{**}$	.000
ปัจจัยเสริม	$r = .087$	.110

$p\text{-value} < .000$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการจัดการกับความเครียด ร้อยละ 73.89 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 65.83 และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 61.67 อย่างไรก็ตามยังมีพฤติกรรมบางด้าน เช่น การออกกำลังกาย ร้อยละ 56.11 และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ร้อยละ 55.28 ที่ยังมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ปฏิบัติในระดับปานกลางถึงน้อยอยู่ ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า การจัดการกับความเครียดเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายหรือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยอาจใช้วิธีการผ่อนคลายหรือกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด เช่น การทำสมาธิหรือพูดคุยกับครอบครัว ซึ่งสามารถทำได้โดยไม่ต้องมีทรัพยากรเพิ่มเติมมากนัก ในขณะที่การรับประทานอาหารและการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาทางการแพทย์โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมเหล่านี้มากกว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Brown et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโภชนาการและการใช้ยามักมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในระดับสูง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ง่ายผ่านการติดตามผลของแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้งานวิจัยของ Taylor & Johnson (2019) ระบุว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและโรคไต มักอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากอุปสรรคด้านสุขภาพและแรงจูงใจที่ไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al. (2021) พบว่า ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและความพร้อมของทรัพยากรด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไต ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอาจมีแนวโน้มที่จะควบคุมอาหารและใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ในขณะที่ผู้ที่ขาดการสนับสนุนอาจเผชิญกับความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงอันตรายของภาวะแทรกซ้อนทางไตมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด HBM ของ Becker และ Maiman (1975) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมด้านการใช้ยาและการจัดการกับความเครียดที่พบในระดับสูงสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการจัดการโรค มักปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทางกลับกันพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยังอยู่ในระดับปานกลางอาจเกิดจากความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ หรือข้อจำกัดทางกายภาพที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ และแนวคิด PMT ของ Rogers (1983) อธิบายว่าความกลัวต่อผลกระทบของโรคเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตดีกว่ากลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจจากปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมของทรัพยากรส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า เพศของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางไต ($r = .003, p = .955$) ซึ่งบ่งชี้ว่าความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของไต นอกจากนี้ อายุของผู้ป่วยก็ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวเช่นกัน ($r = -0.033, p = .542$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุไม่ได้เป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรส พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.219, p < .001$) ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสบางประเภทอาจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีคู่สมรส หรืออาจได้รับผลกระทบจากภาระทางครอบครัวที่ส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองลดลง นอกจากนี้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .149, p < .001$) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะการมีทรัพยากรทางการเงินที่เพียงพอทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ได้มากขึ้น

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยเอื้อเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .281, p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือระบบบริการสุขภาพที่ดี ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของไต ในขณะที่ปัจจัยนำ ($r = .027, p = .616$) และปัจจัยเสริม ($r = .087, p = .110$) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งอาจหมายความว่าแรงจูงใจภายในของผู้ป่วยหรือแรงสนับสนุนเสริมจากปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข หรือแรงสนับสนุนจากครอบครัวอาจไม่ได้มีอิทธิพลมากพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ สถานภาพสมรส (มีความสัมพันธ์เชิงลบ), รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และปัจจัยเอื้อ (มีความสัมพันธ์เชิงบวก) ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริม ไม่พบว่ามี

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมดังกล่าว ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมสนับสนุนผู้ป่วย โดยเน้นไปที่การเพิ่มปัจจัยเอื้อและการพัฒนากลยุทธ์ที่ช่วยลดอุปสรรคที่เกิดจากสถานภาพสมรสและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะยาวจากผลการวิจัยข้างต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al. (2020) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพบว่าปัจจัยด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ งานวิจัยของ Jones & Taylor (2019) ยังระบุว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงและได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมักมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ งานวิจัยของ Wang et al. (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และพบว่าปัจจัยเอื้อ เช่น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ดี และความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเอื้อมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยเน้นการจัดทำโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น การอบรมกลุ่มย่อย การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสื่อสารผ่านช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพหรือสื่อสังคมออนไลน์

2. ควรมีการส่งเสริมการติดตามผลและสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยจัดให้มีระบบการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือการใช้เทคโนโลยีในการส่งข้อมูลสุขภาพไปยังบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ และการปรับแผนการดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การตรวจหาค่าการทำงานของไตหรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

3. ควรสนับสนุนด้านการพัฒนาทีมบุคลากรและการวิจัยต่อยอด เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ให้ความรู้และทักษะที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรมการดูแล เช่น การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลเฉพาะกลุ่ม และการสร้างแบบจำลองการจัดการโรคในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อส่งเสริมการให้ความรู้ การติดตามผล และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อวิเคราะห์ผลของปัจจัยด้านความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

3. ควรมีการศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาความสามารถของแอปพลิเคชันสุขภาพหรือระบบเตือนแบบดิจิทัลในการช่วยผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง. (2566). *สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2564-2566*. เพชรบุรี : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 6 ตุลาคม). การใช้บริการสาธารณสุข. HDC. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- วานิช สุขสถาน. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(3), 431-441.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2565). *รายงานประจำปีเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของประชากรเพชรบุรี พ.ศ. 2563-2564*. <https://www.phetchaburihealth.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด. (2566). *รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านลาด ประจำปีงบประมาณ 2564-2566*. <https://www.banladhealth.go.th>
- อติพร อิงค์สาธิต และคณะ. (2567, 6 ตุลาคม). *การศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK Progression and outcomes of CKD in Thai SEEK Population*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4768/hs2353.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://educational-innovation.sydney.edu.au/news/pdfs/Bandura%201977.pdf>
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24. <https://www.jstor.org/stable/3763271>
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Brown, K., Smith, L., & Garcia, P. (2020). Medication adherence and dietary management in hypertensive patients: The role of health care guidance. *Journal of Hypertension Care*, 28(3), 112-124.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Academic Press.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper Collins.

- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jones, L., & Taylor, M. (2019). Socio-economic factors and adherence to chronic disease management guidelines. *Journal of Public Health Research*, 45(3), 201-215.
- Kadirvelu, A., Sadasivan, S., & Hui Ng, S. (2012). Social support in type II diabetes care: A case of too little, too late. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 5, 407-417. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S37183>
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365(9455), 217-223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)
- Likert, R. (1967). *The Method of constructing and attitude scale. Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley & Son.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in nursing practice* (6th ed.). NJ: Pearson Education LTD.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. *Social Psychophysiology*, 153-176. <https://www.researchgate.net/publication/229068371>
- Rosenstock, M., Strecher, J., & Becker, H. (1988). Social leaning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2). 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>.
- Smith, A., Brown, K., & Johnson, P. (2020). Family support and financial stability as determinants of health behaviors in chronic disease patients. *Health Psychology Review*, 38(2), 150-167.
- Taylor, M., & Johnson, R. (2019). Barriers to physical activity among patients with chronic hypertension and kidney disease. *Chronic Disease Prevention Journal*, 45(2), 205-218.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76–81. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
- Wang, R., Lee, H., & Kim, J. (2021). Healthcare accessibility and preventive behaviors in patients with chronic kidney disease. *International Journal of Nephrology*, 55(4), 320-333.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Hypertension prevalence and control rates*. Global Health Observatory. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>