

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 222 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยใช้สถิติ ทดสอบค่าที (Independent t-test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี ($M = 49.49, SD = 7.80$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.3 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ($M = 7,657, SD = 2506.44$) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ($M = 5.5, SD = 1.37$) มีระดับความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น ($SBP = 120-139$ มิลลิเมตรปรอท และ $DBP = 80-89$ มิลลิเมตรปรอท)

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี ($M = 49.60, SD = 7.85$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.4 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.9 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ($M = 7,117.24, SD = 2481.85$) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ($M = 5.5, SD = 1.30$) มีความดันโลหิตสูงขั้นที่ 1 ($SBP \geq 140-159$ มิลลิเมตรปรอทหรือ $DBP \geq 90-99$ มิลลิเมตรปรอท)

2. ระดับของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา ($M = 98.64, SD = 6.49$) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($M = 80.45, SD = 6.45$) และ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ($M = 93.78, SD = 16.24$) แต่พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 23.65, SD = 6.04$) และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.53, SD = 0.86$) ส่วนกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา ($M = 92.60, SD = 9.71$) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($M = 78.03, SD = 6.54$) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ($M = 92.16, SD = 16.08$) แต่พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 22.58, SD = 5.65$) และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.25, SD = 0.91$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตระหว่าง กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา ($t_{220} = 5.442, p < .05$) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($t_{220} = 2.774, p < .05$) และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($t_{220} = 2.307, p < .05$) ส่วนพฤติกรรมที่ไม่พบความแตกต่าง ($p > .05$) ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($t_{220} = 1.365, p > .05$) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ($t_{220} = .749, p > .05$)

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 พฤติกรรมการรับประทานยา

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ อยู่ในระดับดี ($M = 98.64, SD = 6.49$) พฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาให้ถูกต้องตามหลักการใช้ยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ตามข้อบ่งชี้และข้อควรระวัง หลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่อาจขัดขวางต่อการออกฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต รับประทานยาในปริมาณและเวลาที่เหมาะสม ไม่หยุดยา เพิ่มยา หรือลดยา และ ลืมรับประทานยา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546) จากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงได้แก่ รับประทานยาครบทุกเม็ด ($M = 9.07, SD = 1.27$) ครบทุกมือ ($M = 8.83, SD = 1.41$) ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ($M = 8.66, SD = 2.72$) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำได้แก่ เพิ่มมียาด้วยตนเอง ($M = 1.18, SD = 0.99$) ลดมียาตามอาการด้วยตนเอง ($M = 1.32, SD = 1.11$)

ลดมือยาตามอาการด้วยตนเอง ($M = 1.41, SD = 1.46$) สาเหตุที่กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดีนั้น อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งการรับประทานยาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรก ๆ นั้นจะไม่ซับซ้อน ทำให้ปฏิบัติได้ง่าย

ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าอยู่ในระดับดี ($M = 92.60, SD = 9.71$) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงได้แก่ รับประทานยาครบทุกเม็ด ($M = 8.30, SD = 2.10$) รับประทานยาครบทุกมื้อ ($M = 7.84, SD = 2.02$) ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ($M = 3.61, SD = 3.19$) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำ ได้แก่ การลืมรับประทานยา ($M = 3.72, SD = 2.25$) หยุดรับประทานยา เมื่อไม่มีอาการ ($M = 2.52, SD = 2.28$) ลดเม็ดยาตามอาการด้วยตนเอง ($M = 2.12, SD = 1.97$) ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่ มีความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ($SBP \geq 140-159$ มิลลิเมตรปรอท หรือ $DBP \geq 90-99$ มิลลิเมตรปรอท) ถึงร้อยละ 74.8 ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความก้าวหน้าของโรคในระยะนี้ จะได้รับยาลดความดันโลหิตหลายชนิดร่วมกัน และยาแต่ละชนิดอาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดความไม่สุขสบาย (Clark, 1991) จึงทำให้ผู้ป่วยอาจหยุดยา หรือลืมกินยาได้ง่าย (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550)

1.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในระดับดี ($M = 74.32, SD = 5.25$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ จำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ลดอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัวสูง ลดอาหารหวานจัด (JNC VII, 2003) ซึ่งอาหารที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH]) ต้องประกอบด้วย อาหารที่มีเส้นใยสูง ผักสดและผลไม้ ลดอาหารไขมันอิ่มตัว รับประทานเนื้อปลาและถั่วเป็นหลัก (Conlin et al., 2002; Coffman, 2004) ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงได้แก่ การใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร ($M = 4.09, SD = 1.34$) การรับประทานอาหารครบถ้วน ($M = 3.80, SD = 1.09$) รับประทานข้าวกล้องไม่เกิน 2 ทัพพี ($M = 3.68, SD = 1.53$) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ การใช้น้ำมันหมูปรุงอาหาร ($M = 1.18, SD = 0.54$) การรับประทานขนมหวาน ($M = 1.45, SD = 0.68$) รับประทานขนมขบเคี้ยวสำเร็จรูป ($M = 1.60, SD = 0.82$) สาเหตุที่ในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอย่างเพียงพอที่จะทำให้มีการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.7) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.2) ซึ่งมักมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการปรุงอาหารให้ตนเองและครอบครัว จึงอาจตระหนักในการเตรียมอาหารเฉพาะ โรคด้วยตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับดี

ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่า อยู่ในระดับดี ($M = 78.03$, $SD = 6.54$) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงได้แก่ การใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร ($M = 4.11$, $SD = 1.33$) การรับประทานข้าวมีธัญไม่เกิน 2 ทัพพี ($M = 3.84$, $SD = 1.45$) รับประทานอาหารครบถ้วน ($M = 3.50$, $SD = 1.11$) ส่วนข้อที่มีคะแนนไม่ดีได้แก่ การใช้กะปิ น้ำปลา เต้าเจี้ยว ซุปก้อน ปรุงอาหาร ($M = 3.72$, $SD = 1.18$) รับประทานอาหารประเภทผัด ทอด ($M = 2.69$, $SD = 1.05$) เติมน้ำปลาซอส ซิอิวก่อนรับประทานอาหาร ($M = 2.58$, $SD = 1.46$) การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อาจเกิดจากมีความเคยชินกับรสชาติของอาหารเค็ม แม้จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550)

1.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในระดับไม่ดี ($M = 23.65$, $SD = 6.04$) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายมีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ทั่วร่างกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจ รวมทั้งระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น (American College of Sports Medicine, 2003) โดยออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง วันละ 15-30 นาที ทุกวันหรืออย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบอยู่กับที่ (Isometric Exercise) เช่น การยก เข็น แบก หาม ดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงถึงขีดอันตราย ผลการศึกษครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกชนิดการออกกำลังกาย เช่น เดิน ขี่จักรยาน ($M = 2.42$, $SD = 0.98$) ฟ้อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย ($M = 2.41$, $SD = 0.91$) หยุดพักระหว่างออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติ ($M = 2.39$, $SD = 1.08$) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดได้แก่ วัดความดันโลหิตก่อนออกกำลังกาย ($M = 1.41$, $SD = 0.73$) ประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกาย ($M = 1.55$, $SD = 0.93$) ปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย ($M = 1.90$, $SD = 0.88$) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับไม่ดี อาจเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.7) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 68.5) ประกอบอาชีพ

รับจ้าง (ร้อยละ 51.3) ทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สุปราณี วงศ์ปาลี (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำ

ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่า อยู่ใน ระดับไม่ดี ($M = 22.58, SD = 5.65$) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และเมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงได้แก่ เลือกลักษณะการออกกำลังกาย เช่น เดิน จักรยาน ($M = 2.47, SD = 0.93$) ออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 15-30 นาที ($M = 2.38, SD = 0.95$) สังเกต ความผิดปกติระหว่างออกกำลังกาย ($M = 2.33, SD = 1.01$) ข้อที่มีคะแนนต่ำได้แก่ การประเมิน ความพร้อมก่อนออกกำลังกาย ($M = 1.36, SD = 0.68$) วัดความดันโลหิตก่อนออกกำลังกาย ($M = 1.38, SD = 0.67$) ปรีกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย ($M = 1.63, SD = 0.85$) สาเหตุที่กลุ่มควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ดี นอกเหนือจากปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อ การออกกำลังกาย เช่น เพศหญิง และอาชีพรับจ้างแล้ว ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ 1 ($SBP \geq 140-159$ มิลลิเมตรปรอทหรือ $DBP \geq 90-99$ มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 74.8 ซึ่งเป็นระยะของโรคที่ก้าวหน้าต้องรับประทานยาลดความดัน โลหิตหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งยาแต่ละชนิดอาจมีผลข้างเคียง อาจเป็นข้อจำกัดร่วมในการออกกำลังกาย (สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550)

1.4 พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิต ได้อยู่ในระดับดี ($M = 93.78, SD = 16.24$) ความเครียดทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น โดยจะ กระตุ้นการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้ร่างกายปรับระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้น (สุพรชัย กองวัฒนากุล, 2542) จากผลการศึกษา ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดทั้งการจัดการปัญหาทางอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.39) การจัดการแบบเผชิญหน้ากับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.34) การจัดการอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.26) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดระดับดี อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.2) อายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 53.1) มีวุฒิภาวะและ มีประสบการณ์การเจ็บป่วย 1-5 ปี (ร้อยละ 81.9) ซึ่งอาจได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการ ความเครียดจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดระดับดี

ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่า อยู่ในระดับดี ($M = 92.16, SD = 16.08$) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และเมื่อ

พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดทั้งแบบการจัดการปัญหาทางอ้อม (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.39) การจัดการแบบเผชิญหน้ากับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.33) และการจัดการอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.25) ซึ่งในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่ามีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.4) และอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 45) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้

1.5 พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.53, SD = 0.86$) ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีผลในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ งดใช้ยาเสพติด ซึ่งจะช่วยให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานมากขึ้น ส่งผลต่อความดันโลหิต (JNC VII, 2003) ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระดับปานกลาง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.2) อายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 53.1) และมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอย่างเพียงพอและตระหนักที่จะหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.25, SD = 0.91$) เช่นเดียวกับกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมากกว่า (ร้อยละ 33.3) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 10.8) มากกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า

2.1 กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

มีพฤติกรรมการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{220} = 5.442, p < .05$) การใช้ยาควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพื่อทำให้ลดอัตราเสี่ยงและอัตราตายด้วยภาวะแทรกซ้อนโดยการลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total Peripheral Resistance) เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac Output) และคงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับรู้สีก (Baroreceptor Reflex) ช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่าง ๆ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546)

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีคะแนนเฉลี่ย ($M = 98.64, SD = 6.49$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ($M = 92.60, SD = 9.71$) โดยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนรายชื่อแตกต่างกันได้แก่ การลืมรับประทานยา โดยพบว่า กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ซึ่งมีระดับความดันโลหิตสูงระดับ 1 ซึ่งเป็นระยะของโรคที่ก้าวหน้ามากกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ต้องรับยาหลายชนิดร่วมกันมีแนวโน้มที่จะหยุดรับประทานยา เมื่อไม่มีอาการ เนื่องจากผลข้างเคียงของยา ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.2 กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t_{220} = 2.774, p < .05$) การรับประทานอาหารเฉพาะ โรคเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (Geleijnse et al., 2004) ทำได้โดยการลดหรือจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และอาหารหวานจัด เนื่องจากโซเดียมทำให้มีการกั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้น ทำให้ปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้น ส่วนไขมันและอาหารหวานจัด จะทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดและเกิดการอุดตัน (JNC VII, 2003) จากการศึกษานี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีคะแนนเฉลี่ย ($M = 80.45, SD = 6.45$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ($M = 78.03, SD = 6.54$) โดยพบว่า กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีคะแนนรายชื่อแตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ได้แก่ การใช้กะปิ น้ำปลา เต้าเจี้ยว ซุปก้อนปรุงอาหาร ซึ่งมีเกลือโซเดียมสูง แม้จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ว่า มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สุปราณี วงศ์ปาลี (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ($t_{220} = 1.365, p > .05$) การออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น ช่วยลดไขมัน หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น (JNC VII, 2003; สุนทรี จิตธิพล, 2545) จากการศึกษานี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายของทั้งสองกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิต ($M = 23.65, SD = 6.04$) และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ($M = 22.58, SD = 6.65$) ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคในการออกกำลังกาย

ไม่แตกต่างกัน เช่น อายุ การประกอบอาชีพรับจ้าง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ สุปราณี วงศ์ปาลี (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

2.4 กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน ($t_{220} = .749, p > .05$) ความเครียดจะส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด กระตุ้นให้มีการดูดกลับของโซเดียม เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียน ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สุพรชัย กองวัฒนากุล, 2542) การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผ่อนคลายลดอัตราการเต้นของหัวใจ (JNC VII, 2003) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดทั้งกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ($M = 93.78, SD = 16.24$) และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ($M = 92.16, SD = 16.08$) แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย อาจเกิดจากทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งให้ความช่วยเหลือ ความรัก ความเอาใจใส่ สามารถที่จะให้คำปรึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา เมื่อมีความเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดไม่แตกต่าง

2.5 กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพแตกต่างกัน ($t_{220} = 2.307, p < .05$) ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ จะทำให้หัวใจและหลอดเลือดเสื่อมประสิทธิภาพ (Wexler & Aukerman, 2006) โดยทำให้หลอดเลือดหนาตัวขึ้นและเกิดการแข็งตัว เสี่ยงความยืดหยุ่นและตีบแคบลง ทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น (JNC VII, 2003; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ($M = 2.53, SD = 0.86$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ($M = 2.25, SD = 0.91$) โดยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีข้อที่แตกต่างกันคือ กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เป็นเพศชายมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งเพศชายมีแนวโน้มในการดื่มเหล้า และสูบบุหรี่ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศหญิง (ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ สุปราณี วงศ์ปาลี (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้ ได้แก่

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการจัดรูปแบบการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการคุมความดันโลหิต เช่น การให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีโอกาสซักถามปัญหาสุขภาพ ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญ ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารควรมีนโยบายพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูง เช่น ศักยภาพในการประเมินผู้ป่วยที่มีแนวโน้ม จะควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. ด้านการวิจัย

ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนารูปแบบการให้บริการ เช่น โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เก็บรวบรวมในที่ทำงานของผู้วิจัยเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ อาจไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลมีข้อคำถามจำนวนมากเกินไป อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่อยากตอบคำถาม เนื่องจากกังวลกับการรอตรวจและรับยา เพราะต้องรีบเดินทางโดยสารรถมาพร้อมกับเพื่อนข้างบ้าน และญาติมารอรับ

3. ข้อคำถามในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีข้อคำถามเชิงลบหลายข้อ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างตีความหมายผิด คำตอบที่ได้จึงอาจไม่ตรงตามความเป็นจริง