

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 197 ราย คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2550 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2551 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด แบบสัมภาษณ์การรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.89 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.83 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เท่ากับ 1.00 เมื่อนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 30 ราย พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค เท่ากับ 0.80 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เท่ากับ 0.79 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เท่ากับ 0.73 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด เท่ากับ 0.84 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.73 เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำจากข้อมูลทั้งหมด ($n = 197$) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรค เท่ากับ 0.79 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เท่ากับ 0.80 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เท่ากับ 0.97 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม

การจัดการกับความเครียด เท่ากับ 0.89 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.86

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.8 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 61-80 ปี ร้อยละ 54.3 ($M = 63.07, SD = 12.06$) การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 52.8 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 65.5 ($M = 3771.57, SD = 4278.40$) ไม่มีรายได้ ร้อยละ 47.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 59.9 มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 69.5 ($M = 23.12, SD = 3.18$) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจนถึงปัจจุบันเป็นเวลา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน ร้อยละ 46.2 ($M = 24.23, SD = 20.81$) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบันเป็นเวลามากกว่า 60 เดือน ร้อยละ 29.44 ($M = 48.79, SD = 29.38$) ใช้อาากลุ่มที่ 5 ในการยับยั้งการส้างแองจิโอเทนซิน พู ร้อยละ 32.5 ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดกลุ่มแอสไพริน (Aspirin) ร้อยละ 96.4 และใช้ยาลดไขมันในเส้นเลือด (Statin) ร้อยละ 77.7

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r_s = .828, p < .05$) พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ($r_s = .358, p < .05$) และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = .501, p < .05$) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($p > .05$)

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อทดสอบสมการ โลจิสติกด้วยวิธี Enter พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ($B = .076, p < .05$)

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียง ร้อยละ 40.1 จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่ผู้ป่วยจะควบคุมความดันโลหิตได้นั้น จะต้องใช้วิธีการควบคุมทั้งโดยการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมควบคู่กันไป ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารเฉพาะโรค ลดหรือจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก ควบคุมน้ำหนัก หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม รวมทั้งการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะส่งเสริมซึ่งกันและกันในการควบคุมความดันโลหิตได้ (American Stroke Association, 2006)

ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ จะเห็นได้ว่ามีพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับดีมาก ($M = 93.03, SD = 21.80$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับดีมาก ($M = 66.36, SD = 5.68$) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 112.78, SD = 64.62$) และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.69, SD = 6.45$) เมื่อพิจารณาปัจจัยการควบคุมความดันโลหิตดังกล่าว พบว่า น่าจะเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 59.9 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบันเป็นเวลามากกว่า 60 เดือน ร้อยละ 29.44 ($M = 48.79, SD = 29.38$) ซึ่งระยะเวลาในการเจ็บที่ค่อนข้างนาน อาจทำให้พยาธิสภาพของโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้นและอาจเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลอื่น เช่น เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.8 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชาย เป็นเพศที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-80 ปี ร้อยละ 54.3 ($M = 63.07, SD = 12.06$) ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ มีการแข็งตัวและการเสื่อมของหลอดเลือด ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 52.8 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 65.5 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 47.2 จากการศึกษาของสมพร ดังควนิช (2549) พบว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนให้ความสำคัญต่อการไปทำมาหาเลี้ยงชีพมากกว่าการมารับยาตามนัด ผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้หรือรายได้น้อย ต้องอาศัยเงินที่ถูกหลานแบ่งให้ ไม่สามารถหลีกเลี่ยง

อาหารที่ส่งผลต่อความดันโลหิตได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ระดับการศึกษา อาจมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต จากการศึกษาของสินีนาฏ อนุสกุล (2544) พบว่า การศึกษาส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ข้อมูลจากสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้ดูแลตนเองเพื่อรักษาโรคและควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่ง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 53.3 ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = .076, p = .288$) อาจอธิบายได้ว่า การควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเท่านั้น ต้องอาศัยปัจจัยอื่นด้วย เช่น การรับประทานยารักษาความดันโลหิต การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหารเฉพาะโรค และการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วย หาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย จะส่งผลให้มีการควบคุมโรคได้ (Leventhal, 1996) ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับดีมาก ($M = 66.36, SD = 15.18$) แต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อาจมีผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ระดับการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 58.9 ซึ่งอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการรับรู้และเคยชินกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิม ๆ เช่น ชอบรับประทานอาหารพวกกะปิ น้ำปลา ปลาเค็ม น้ำพริก ปลาร้า เป็นต้น

พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = .358, p < .05$) หมายความว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดดีขึ้น จะควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด แพทย์จะได้มี

โอกาสติดตามผลการรักษาและปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาหรือปรับเปลี่ยนยาได้ตามสภาวะของโรค ผู้ป่วยจะได้รับฟังการประเมินผลการรักษา ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ (JNC-VII, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับดีมาก ($M = 93.03$, $SD = 21.80$) แต่ไม่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเสาวนีย์ ศรีติระกุล เกตุศรี นันทวรรณ สุพรรณิ ธารกุล และคณะ (2542) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยาและการมา ตรวจตามนัด อยู่ในระดับน้อย โดยมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ไปตรวจตามนัด จึงส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ถึงแม้ว่าจะมีพฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับ ดีมาก อาจเนื่องมาจากการควบคุมความดันโลหิตโดยวิธีการใช้ยา ส่วนใหญ่แพทย์เป็นผู้สั่งยาและ กำชับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา เพื่อควบคุมโรค อาจไม่ใช่พฤติกรรมที่เกิดจากความ ตระหนักของผู้ป่วยเอง จึงทำให้ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงการรักษาและยังไม่สามารถควบคุมโรคและ ความดันโลหิต (อภิสิทธิ์ กูตระกูล, 2545) อีกทั้ง ระยะเวลาในการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มี อยู่อย่างจำกัด การให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับแผนกรักษา อาจไม่เท่าเทียมกัน รวมถึง ความสามารถในการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน นอกจากนั้น ผู้ป่วยอาจตอบแบบสับสน เพื่อไม่ต้องการได้รับคำตำหนิจากบุคลากรที่มรสุมภาพ จึงทำให้พฤติกรรมรับประทานยาของ ผู้ป่วย อยู่ในระดับดีมาก แต่ไม่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรัตน์ เหล่านภากุล (2546) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับประทานยาความดันโลหิต รับประทานยาไม่ครบจำนวน และลืม รับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

พฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุม ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .828$, $p < .05$) หมายความว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคดีขึ้น จะควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมรับประทาน อาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียม และไขมันต่ำ จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ (Singht et al., 1992) เนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำ ทำให้ผนังหลอดเลือดบวม ส่งผลให้ปริมาณเลือดและ ความต้านทานในหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น การลดอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัว จะทำให้ลด โคลเลสเตอรอลที่ไปเคลือบผนังด้านในของหลอดเลือดและจับเกาะเป็นก้อน ซึ่งทำให้ความดันโลหิต สูงขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2549) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร จินาวงศ์

(2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ โดยพบว่า การรับประทานอาหารเฉพาะโรคสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของพัชรินทร์ สืบสายอ่อน (2546) ซึ่งศึกษาการบริโภคอาหารและการควบคุมความดันโลหิตสูง พบว่า การรับประทานอาหารและระดับความดันโลหิตไม่มีความสัมพันธ์กัน ($X^2 = .164, p = .686$)

พฤติกรรมการจัดการความเครียด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = .064, p = .373$) อธิบายได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการจัดการความเครียดเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์สูงสุด ($M = 2.42, SD = .45$; คะแนนสัมพัทธ์ .34) รองลงมาเป็นการจัดการความเครียดแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ($M = 2.40, SD = .49$; คะแนนสัมพัทธ์ .34) ซึ่งการจัดการความเครียดทั้ง 2 วิธีดังกล่าว เป็นการลดความเครียดแบบชั่วคราว และไม่ได้แก้ปัญหาให้หมดไปได้ ซึ่งความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเป็นความเครียดที่ต่อเนื่องในชีวิตประจำวันและความเจ็บป่วยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องเผชิญภาวะเครียดเป็นประจำและบ่อยครั้ง ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อเกิดความเครียดบ่อย ๆ และนาน ๆ ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา, 2549) จากการศึกษาพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลแม้จะมาจากสาเหตุเดียวกัน แต่ความรุนแรงของความเครียดนั้นไม่เท่ากัน (Selye, 1983 อ้างถึงใน จตุพร รุ่งใหญ่, 2551) เนื่องจากความแตกต่างของแต่ละบุคคลในเรื่องพื้นฐานทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อความเครียดนั้น (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาส ตาปัญญา, 2540 อ้างถึงใน จตุพร รุ่งใหญ่, 2551) ดังนั้น การจัดการกับความเครียดจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลาย การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เป็นผลดีต่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) การศึกษาของแบร์และเมเยอร์ (Beare & Meyers, 1990 อ้างถึงใน สุภาวดี ตงสกุลรุ่งเรือง, 2542) พบว่า การจัดการกับความเครียด ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของฟาเรียนและคณะ (Farhan et al., 1999 อ้างถึงใน สมพร เจริญชัยศรี, 2540) พบว่า การจัดการกับความเครียดสามารถลดและควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

พฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s = .501$, $p < .05$) หมายความว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น จะควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.69$, $SD = 6.45$) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา กาแฟ จะมีผลโดยตรงต่อการทำงานของหัวใจ ซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Harkness & Dincher, 1999; Kaplan, 1998; Levine, 2000 อ้างถึงใน จีวรรณ ชัยวิศิษฐ์, 2547) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับสิรินาถ คำใจหนัก (2548) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ถึงร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของพุตตี และคณะ (Puddy et al., 1987) พบว่า หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลีกเลี่ยงลด หรือหยุดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้ระดับความดันโลหิตจะลดลงเรื่อย ๆ และลดลงมากที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงลดลงต่อไปได้อีกถึง 6 สัปดาห์ (Puddy et al., 1987 อ้างถึงในสุรางค์ เปรื่องเดช, 2533)

3. ปัจจัยทำนายของการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายของการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวแปรต้น และการควบคุมความดันโลหิตเป็นตัวแปรตาม ภายหลังทดสอบสมการโลจิสติกด้วยวิธี Enter พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\beta = -.076$, $p < .05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค โดยรับประทานอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัว อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร จินาวงศ์ (2547) ที่พบว่า การรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 112.78$, $SD = 64.62$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ การนำแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเลเวนทัล (Leventhal, 1980) มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรค

หรือความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง โดยเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมีสำนึกต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถคิด ประเมินความคิด ตัดสินใจเพื่อจัดการเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองโดยใช้ข้อมูลที่ได้รับมาเป็นพื้นฐานในการจัดการกับความเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูลที่ต้องการในเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและมีสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้ ได้แก่

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยจัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาความรู้ ความสามารถของพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีคุณภาพ

3. ด้านการศึกษา

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถนำไปจัดการอบรมเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่นักศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพ

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการสร้างโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง โดยเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และการควบคุมปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เพื่อให้ทราบถึงปัญหา สาเหตุ และข้อเท็จจริงของพฤติกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมความดันโลหิต

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. การใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีจำนวนข้อมาก ประกอบกับผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ และสภาพการเจ็บป่วย เช่น ตอบคำถามช้า หงุดหงิดคำถาม ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจต้องปรับแบบสัมภาษณ์ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ในการวัดความดันโลหิตแต่ละครั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่ได้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกันตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล อาจทำให้ค่าของความดันโลหิตมีความคลาดเคลื่อนได้
3. การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องมีผู้ดูแล ดังนั้น พฤติกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมความดันโลหิต จึงจำเป็นต้องสัมภาษณ์จากผู้ดูแลร่วมด้วย ดังนั้น การตอบคำถามอาจเป็นการรับรู้ส่วนหนึ่งที่มาจากผู้ดูแล