

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่

Self – care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Hypertension Patients at Sub-district Health Promoting Hospital, Krabi Province

ศิริรักษ์ เกียรติเฉลิมพร

Sirirak Kiatchalearnporn

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

Krabi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต และการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มาตรวจรักษาที่ รพ.สต. จังหวัดกระบี่ จำนวน 400 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 15.5 และ 15.3 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ และดี สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 62.5 ทั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 11.8 ซึ่งเป็นโรคหัวใจ โรคไต ไชมันในเลือดสูง และโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 4.0, 3.8, 2.5 และ 2.3 ตามลำดับ

จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การควบคุมความดันโลหิต, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This cross-sectional research was aimed to study self – care behaviors, blood pressure controlling ability, and the factors related to blood pressure controlling ability and the occurrence of complications of hypertension patients in Sub-district Health Promoting Hospital, Krabi Province. The sample group was 400 essential hypertension patients, ages 15 and over, came to check up at the Sub-district Health Promoting Hospital, Krabi province. All of them, were selected by multi stage sampling. Research instruments were questionnaire and medical record form. Data was analyzed by descriptive statistics and chi-square test.

The results found that 69.2% of hypertension patients had moderate self-care behaviors, followed by 15.5% and 15.3% had low and good self-care behaviors. They could control blood pressure at 62.5%. In this regard, knowledge of hypertension, information receiving about hypertension, social support receiving, and self-care behaviors were significantly associated with blood pressure controlling ability (P -value < 0.05). Hypertension patients had complications at 11.8%, which were heart disease, kidney disease, hyperlipidemia, and paresis/paralysis at 4.0%, 3.8%, 2.5% and 2.3%, respectively.

According to the results, should promote hypertensive patients to increase knowledge of hypertension, information receiving about hypertension, and social support and modify the appropriate self-care behaviors.

Keywords : Hypertension, Self – care behavior, Blood pressure controlling, Sub-district health promoting hospital

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก พบเสียชีวิต 7.5 ล้านคน องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคนในปี 2568 (รักชนก จันทรเพ็ญ, 2564) ประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลาานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2565) ทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563) และโรคนี้อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม อาจทำให้มีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาบวมหรือตาบอดได้ โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากหัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัว และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายในที่สุด เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตัน

หรือแตก ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตเรื้อรัง (สำนึก สารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ปฏิบัติได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับ อายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อแม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสต่อการเกิดโรคนี้อีกมากขึ้น (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์, 2563) กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ได้มาตรฐาน (ญานิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2556) ให้มีขีดความสามารถมากขึ้นในการบริการปฐมภูมิ ให้ประชาชนมารับการรักษาที่ รพ.สต. ในโรคที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้เวลาในการรอรับบริการนาน อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (Srinivasan, 2014)

จังหวัดกระบี่ มี รพ.สต.ทั้งหมด 72 แห่ง ใน 8 อำเภอ ในปี 2565 (ข้อมูล ณ กันยายน 2565) มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. จำนวน 27,587 คน โดยเฉลี่ย 383 คน/รพ.สต. (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2565) ทั้งนี้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัย จึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกระบี่ เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาการดูแล และแก้ไข ปัญหา ให้มีประสิทธิภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

- อายุ
- ระยะเวลาการป่วยเป็นความดันโลหิตสูง
- ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง
- การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง
- การมารักษาตามนัด

ตัวแปรตาม

ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research)

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยชาวไทยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมารับการรักษาที่ รพ.สต.จังหวัดกระบี่ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565 ซึ่งมีจำนวน 12,174 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.จังหวัดกระบี่
2. มาตรวจรักษาที่ รพ.สต. จังหวัดกระบี่ อย่างน้อย 2 ครั้งล่าสุด และในปัจจุบัน (ล่าสุดที่มาปรึกษาพยาบาล) ในปี 2565 – ปัจจุบัน
3. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างรุนแรง
2. เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือมีโรคร่วมรุนแรง
3. มีปัญหาด้านการสื่อสารและ/หรือการทำความเข้าใจ
4. ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamana (1967) โดยต้องใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 388 คน เป็นอย่างน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน และผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การมารักษาตามแพทย์นัด ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบวัดจะมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่/ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน การประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0 – 6 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนน 7 – 9 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 10 – 12 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (จากบุคคลในครอบครัวและจากแพทย์/

พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) แบบวัดส่วนนี้มีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคยเลย โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน เล็กน้อย ให้ 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน

0 – 17 คะแนน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนน 18 – 23 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 24 – 30 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูงมากน้อยเพียงใด ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่าได้รับข้อมูลข่าวสารมาก ปานกลาง น้อย และไม่เคยได้รับ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน และไม่เคยได้รับ ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง โดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0 – 10 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนน 11 – 14 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 15 – 18 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจสุขภาพ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ ให้เลือกตอบว่า เป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่เคยเลย

ข้อความเชิงนิมิตด้านบวก		ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ	
เป็นประจำ ให้คะแนน	2 คะแนน	ไม่เคยเลย ให้คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง ให้คะแนน	1 คะแนน	บางครั้ง ให้คะแนน	1 คะแนน
ไม่เคยเลย ให้คะแนน	0 คะแนน	เป็นประจำ ให้คะแนน	0 คะแนน

แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม โดยการอิงเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0 – 30 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนน 31 – 41 คะแนน

ระดับดี (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 42 – 52 คะแนน

นอกจากนี้ได้แบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนร้อยละ 60 – 79 และระดับดี มีค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ของค่าคะแนนรวมในแต่ละด้าน

2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง ก่อนและปัจจุบัน และการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกายในปัจจุบัน และหรือจากการสอบถามผู้ป่วย รวมจำนวน 3 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (Reliability) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง = 0.70 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม = 0.92 การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง = 0.72 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะที่ผ่านการอบรมโดยชี้แจงทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการวิจัย และขอความยินยอมโดยให้ผู้ตอบลงนามให้ความยินยอม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมารักษาที่ รพ.สต.หรือไปแจกแบบสอบถามที่บ้าน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยอิสระ

แบบบันทึกการรักษาพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และหรือสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยตามประเด็นที่ศึกษา โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 15 ธันวาคม 2565 ถึง 15 มกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางด้านประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ 048/2565 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.2 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 52.8 รองลงมาคืออายุ 50 – 59 ปี 40 – 49 ปี และน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 31.2, 12.2 และ 3.8 อายุโดยเฉลี่ย 61.2 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.0

มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 67.5 ในเรื่อง อาชีพนั้น พบว่า มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือ ช่วยเหลืองานในครอบครัว รับจ้าง ค่าขาย ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และข้าราชการ บำนาญ ร้อยละ 22.0, 22.0, 12.0, 2.5, 2.0 และ 0.5 ตามลำดับ มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 61.5 โดยเฉลี่ยมีรายได้ 9,139.6 บาท เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 88.7 ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงมานาน 10 ปีขึ้นไป 5 – 9 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 44.7, 35.0 และ 20.3 โดยเฉลี่ยป่วย มานาน 9.1 ปี ทั้งนี้ ร้อยละ 68.0 มารับการรักษาตามนัด ทุกครั้ง ผิดนัด ร้อยละ 32.0 (ผิดนัดบ้างเป็นบางครั้ง ร้อยละ 31.2 ผิดนัดบ่อยครั้ง ร้อยละ 0.3 และไม่เคยมา ตามนัด ร้อยละ 0.5) เคยป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ถึงร้อยละ 42.5

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวม ร้อยละ 69.2 มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในระดับ ปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 15.5 และ 15.3 มีพฤติกรรม กรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ และดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรม กรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ร้อยละ 71.5, 52.5 และ 56.8 มีพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุม ปัจจัยเสี่ยง และด้านการตรวจสุขภาพ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 56.5 อยู่ใน ระดับต่ำ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และดี ร้อยละ 36.7 และ 6.8 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 58.0 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับต่ำ และดี ร้อยละ 21.8 และ 20.2 ตามลำดับ ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ร้อยละ 36.5, 33.3 และ 30.2 อยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และดี ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 400)	(100.0)
โดยรวม		
ระดับต่ำ (0 – 30 คะแนน)	62	15.5
ระดับปานกลาง (31 – 41 คะแนน)	277	69.2
ระดับดี (42 – 52 คะแนน)	61	15.3
$\bar{X} = 35.7$, $SD = 5.4$, $Min = 17$, $Max = 52$		
ด้านการรับประทานอาหาร		
ระดับต่ำ (0 - 9 คะแนน)	226	56.5
ระดับปานกลาง (10 – 12 คะแนน)	147	36.7
ระดับดี (13 – 16 คะแนน)	27	6.8
$\bar{X} = 9.3$, $SD = 2.1$, $Min = 3$, $Max = 16$		
ด้านการรับประทานยา		
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	34	8.5
ระดับปานกลาง (5 – 6 คะแนน)	80	20.0
ระดับดี (7 – 8 คะแนน)	286	71.5
$\bar{X} = 7.0$, $SD = 1.3$, $Min = 2$, $Max = 8$		

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 400)	(100.0)
ด้านการออกกำลังกาย		
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	87	21.8
ระดับปานกลาง (3 - 4 คะแนน)	232	58.0
ระดับดี (5 - 6 คะแนน)	81	20.2
$\bar{X} = 3.2, SD = 1.6, Min = 0, Max = 6$		
ด้านการจัดการกับความเครียด		
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	146	36.5
ระดับปานกลาง (5 - 6 คะแนน)	133	33.3
ระดับดี (7 - 8 คะแนน)	121	30.2
$\bar{X} = 5.3, SD = 1.9, Min = 0, Max = 8$		
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง		
ระดับต่ำ (0 - 5 คะแนน)	35	8.8
ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	155	38.7
ระดับดี (8 - 10 คะแนน)	210	52.5
$\bar{X} = 7.5, SD = 1.4, Min = 1, Max = 10$		
ด้านการตรวจสุขภาพ		
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	93	23.2
ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	80	20.0
ระดับดี (4 คะแนน)	227	56.8
$\bar{X} = 3.3, SD = 0.8, Min = 1, Max = 4$		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละด้านจำแนกรายประเด็น พบผลการศึกษาดังนี้ คือ

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า มีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ควรมีการปรับปรุงแก้ไขในเรื่องการรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด และรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน โดยมีการรับประทานเป็นประจำเพียงร้อยละ 34.5 และ 38.7 ตามลำดับ

ด้านการรับประทานยา พบว่า ควรมีการปรับปรุงแก้ไขในเรื่องเมื่ออาการดีขึ้นจะหยุดยาเอง และเมื่อลืมรับประทานยาจะเพิ่มปริมาณยาเองในมือต่อไป

โดยไม่ปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการรับประทานเป็นบางครั้งถึงเป็นประจำร้อยละ 29.0 และ 22.8 ตามลำดับ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม โดยพบว่ามีกรออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที และทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้กำลังอย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออกเป็นประจำเพียงร้อยละ 22.3, 19.0 และ 35.5 ตามลำดับ

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า มีพฤติกรรมจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะพูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่น เมื่อเกิด

ความเครียดมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิดสามารถควบคุมอารมณ์ได้ และเมื่อมีความเครียดจะผ่อนคลายจิตโดยสวดมนต์/นั่งสมาธิ พบมีพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประจำเพียงร้อยละ 35.2, 43.2, 48.5 และ 41.5 ตามลำดับ

ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่า ยังมีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เหมาะสมในเรื่องพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เป็นประจำเพียงร้อยละ 52.4 และ 30.5 ตลอดจนถึงดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำ ร้อยละ 18.3

ด้านการตรวจสุขภาพ พบว่า ยังมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อมีอาการผิดปกติ จะมาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ก่อนกำหนดนัด พบปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 32.3 และไม่เคยเลย ร้อยละ 7.5

ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 62.5 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 37.5

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถควบคุมความดันโลหิต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) สำหรับตัวแปรอายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการมารับการรักษาตามนัด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ($P\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n = 400$)

ตัวแปร	ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต			
	ควบคุมไม่ได้		ควบคุมได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	150		250	
น้อยกว่า 40 ปี	6	40.0	9	60.0
40 – 49 ปี	19	38.8	30	61.2
50 – 59 ปี	54	43.2	71	56.8
≥ 60 ปี	71	33.6	140	66.4
	$\chi^2 = 3.142$ df = 3 P-value = 0.370			
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	150		250	
น้อยกว่า 5 ปี	33	40.7	48	59.3
5 – 9 ปี	52	37.1	88	62.9
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	65	36.3	114	63.7
	$\chi^2 = 0.478$ df = 2 P-value = 0.787			
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	150		250	

ตัวแปร	ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต			
	ควบคุมไม่ได้		ควบคุมได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	26	45.6	31	54.4
ระดับปานกลาง	58	30.7	131	69.3
ระดับดี	66	42.9	88	57.1
	$\chi^2 = 7.229$ df = 2 P-value = 0.027			
การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง	150		250	
ระดับต่ำ	53	53.0	47	47.0
ระดับปานกลาง	67	33.7	132	66.3
ระดับสูง	30	29.7	71	70.3
	$\chi^2 = 14.117$ df = 2 P-value = 0.001			
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	150		250	
ระดับต่ำ	24	50.0	24	50.0
ระดับปานกลาง	56	42.4	76	57.6
ระดับสูง	70	31.8	150	68.2
	$\chi^2 = 7.596$ df = 2 P-value = 0.022			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	150		250	
ระดับต่ำ	31	50.0	31	50.0
ระดับปานกลาง	103	37.2	174	62.8
ระดับดี	16	26.2	45	73.8
	$\chi^2 = 7.451$ df = 2 P-value = 0.024			
การมารับการรักษาตามนัด	150		250	
มาตามนัดทุกครั้ง	97	35.7	175	64.3
ผิดนัด (บางครั้ง/บ่อยครั้ง/ไม่เคยมาตามนัด)	53	41.4	75	58.6
	$\chi^2 = 0.993$ df = 1 P-value = 0.319			

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 11.8 ซึ่งเป็นโรคหัวใจ โรคไต ไชมันในเลือดสูง และโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต ร้อยละ 4.0, 3.8, 2.5 และ 2.3 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 62.5 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 37.5 เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 11.8 ซึ่งเป็นโรคหัวใจ โรคไต ไชมันในเลือดสูง และโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 4.0, 3.8, 2.5 และ 2.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไปรักษาที่ รพ.สต.ในจังหวัดกระบี่นั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่แพทย์จากโรงพยาบาลส่งต่อให้ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แพทย์จึงส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ รพ.สต.เพื่อการดูแลใกล้บ้านใกล้ใจ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไกล และมาคอยรับการรักษาานาน จะทำให้ผู้ป่วยสะดวกขึ้น เป็นการลดความแออัดของโรงพยาบาล และหากมีอาการผิดปกติ ก็ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ติดต่อประสานงานในการดูแลผู้ป่วยได้ หรือส่งตัวกลับให้แพทย์ดูแล ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะควบคุมความดันโลหิตให้ได้ นั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีพฤติกรรม/การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น โดยจะต้องปฏิบัติตัวและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (JNC, 2003 ; Kaplan, 2002) ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของ วูติรัตน์ ศิริพิบูลย์ (2564) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.0 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ ร้อยละ 68.7 และเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 15.5 ซึ่งเป็นโรคเส้นเลือดสมอง โรคไต โรคหัวใจ และอัมพาต ร้อยละ 11.3, 3.0, 2.5 และ 1.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ทศณีย์ บุระเพ็ง (2566) พบว่า ร้อยละ 66.9 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกันในเรื่องความสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ ซึ่งควบคุมได้เพียง

ร้อยละ 28.5 และการศึกษาของสิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 เกิดโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 12.7 โดยเป็นโรคไต โรคหัวใจ และอัมพาต ร้อยละ 11.5, 1.2 และ 0.6 ตามลำดับ

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถควบคุมความดันโลหิต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ดังนี้

- ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านพัฒนาการหรือวุฒิภาวะของบุคคล ซึ่งเป็นภูมิความรู้ของบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้น การที่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (Dodd, et al., 2001) เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติองค์วิชาในแต่ละสาขา ดังนั้น การที่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้บุคคลสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต

- การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง เป็นการได้รับ/การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากแหล่งความรู้และแหล่งประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง คิดเอง ปฏิบัติเอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมยิ่งขึ้น นำไปสู่การความสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (Bernstein, 1999) แต่จากผลการศึกษาของสิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต

- การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังเสริมสร้างกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วย (Cohen & Wills, 1995) เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง (สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ, 2556) ช่วยทำให้บุคคลเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความเครียด มีกำลังใจ มีคนรักและห่วงใย ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มีความพึงพอใจในสุขภาพที่เหมาะสม (Green & Kreuter, 2005) ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น แต่จากผลการศึกษาของ สิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต

- พฤติกรรมการดูแลตนเอง การที่จะควบคุมความดันโลหิตให้ได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น ได้แก่ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ คลายเครียดและพักผ่อนตามความเหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาทิ จำกัด/งดการดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ (AHA, 2017) การควบคุมความเครียด ก็ส่งผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต นอกจากพฤติกรรมดังกล่าวมาแล้ว การมาตรวจตามนัด ก็เป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นความร่วมมือในการรักษา ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรมาตรวจตามนัดเสมอ ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ เพื่อที่จะได้รับการประเมินอาการ การติดตามผลการรักษาและการปรับยาตามภาวะสุขภาพที่ปรากฏ เพื่อการรักษาที่ได้ผล สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (JNC, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ ในผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยพิจารณาแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในแต่ละบุคคล
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ
 - ด้านการรับประทานอาหาร ให้มีการรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด และรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเพิ่มมากขึ้น
 - ด้านการรับประทานยา ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น และเมื่อลืมรับประทานยาไม่ให้เพิ่มปริมาณยาเองในมือต่อไปโดยไม่ปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - ด้านการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ครั้งสั้นอย่างน้อย 30 นาที และทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้กำลังอย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก
 - ด้านการจัดการกับความเครียด เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจให้พูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่น มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ พยายามควบคุมอารมณ์ได้ และอาจใช้การผ่อนคลายจิตโดยสวดมนต์/นั่งสมาธิ
 - ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ให้พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น
 - ด้านการตรวจสุขภาพ เมื่อมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีที่กำหนดนัด
3. ส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละครอบครัวเพิ่มมากขึ้น
4. ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะต้องพิจารณาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย
5. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกัน

ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหลายเรื่อง ควรดำเนินการพัฒนาหา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษา ประสิทธิภาพการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ควรศึกษาหรือดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถลด และเลิกยา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่โรคในระยะสงบ

เอกสารอ้างอิง

- ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. (ออนไลน์). แหล่งที่มา <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/22960> (สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2566)
- ฐิติรัตน์ ศิริพิบูลย์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสาคร. รายงานวิจัย.
- ทัศนีย์ บุระเพ็ญ. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง. ระเบียบ: ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง.
- รักษนก จันทร์เพ็ญ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(2): 20-30.
- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. (2563). การประชุมวิชาการชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1 ประจำปี 2563 เรื่อง “ความดันโลหิตสูง: สิ่งที่น่ารู้และต้องรู้”. (ออนไลน์). แหล่งที่มา https://ccpe.pharmacy-council.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=3115 (สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565)
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่ : ทริค อินค์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 18 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (ออนไลน์). แหล่งที่มา <http://thaihypertension.org/files/4521.Thai%20Hypertension%20Conference%202020.pdf> (สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2565). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดกระบี่. ระเบียบ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. (ออนไลน์) แหล่งที่มา <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/> (สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566)
- สิทธิโชค จิตวิวงศ์. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนภากาศ. สมุทรสงคราม: รายงานวิจัย.
- สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- โอภาส การย์กวินพงศ์. (2565). คนไทย 7 ล้านคน ป่วยความดันโลหิตสูงไม่รู้ตัว สธ.เล็งวางเครื่องวัดความดันตามที่สาธารณะ. (ออนไลน์) แหล่งที่มา <https://theactive.net/news/public-health-20220517/> (สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566)
- American Heart Association [AHA]. (2017). Hypertension: Ten ways to control your blood pressure. (Online) Available URL <http://www.americanheart.org/presenter.html> (Retrieved March 8, 2023)
- Bernstein, D. M. (1999). Perception is everything. New York: Ronjo Magic.
- Cohen, S. & Will, T. A. (1995). "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis." *Psychological Bulletin*, 98(2): 310-357.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Feroelicher, E. S., Humphereys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing*, 33(5), 668-675.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning an educational and ecological approach*. New York: Quebecor World Fairfield.
- Joint National Committee (JNC). (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment high blood pressure: National high blood pressure education program. (online). Available from <http://www.nhbl.nih.gov/guidelines/hypertension/Express.pdf>. (Retrieved December 2, 2022)
- Kaplan, N. M. (2002). *Kaplan's clinical hypertension*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Srinivasan, A.V. (2014). *Managing a modern hospital*. New Delhi: A Division of Sage India (P)
- Yamane, T. (1967). *Statistics : An Introductory Analysis*. London : John Weather Hill,Inc.