บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งรับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ที่คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีระดับความดันซีสโตลิคตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ / หรือ ระดับความดันไดแอสโตลิคตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย3 เดือน และรับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน มีบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันอย่างน้อย 1 คนและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 30 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตตำบลเขาพระ และกลุ่มควบคุม 30 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตตำบลเดิมบางและตำบลนางบวช ซึ่งกลุ่มควบคุมสามารถเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการวิจัย 28 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน คู่มือ “การดูแลตนเอง เมื่อเป็นความดันโลหิตสูง” ของอรสา พันธ์ภักดี และคณะ (2550) และ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย แล้วหาความเชื่อมั่นโดยการหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ .89 และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 58 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

ส่วนโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ นำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของภาษาและระยะเวลาที่ใช้ หลังจากนั้นนำโปรแกรมมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านในกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยเอง

ซึ่งทำการพยาบาลที่บ้านทั้งหมด 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 7 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์หรือสัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลอง 9 สัปดาห์หรือสัปดาห์ที่ 16 ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยผู้วิจัยเป็นผู้วัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยการทดสอบที (Independent t – test) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันซีสโตลิค ก่อนและหลังการทดลอง1 และ 9 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ (Pairwise Comparisons) ด้วยค่าแอลเอสดี (LSD) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันซีสโตลิค ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ โดยการทดสอบที (Independent t – test) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันไดแอสโตลิค ก่อนและหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบฟริดแมน (Friedman test) และระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ โดยการทดสอบแมนวิทนีย์ยู (Mann-Whitney U test) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองมีระดับความดันซีสโตลิคหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ

3. กลุ่มทดลองมีระดับความดันซีสโตลิคหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง 9 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

4. กลุ่มทดลองมีระดับความดันไดแอสโตลิคหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 สมมติฐานข้อที่ 1

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 225.50, S.D.= 11.08) และ 9 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 232.80, S.D.= 11.22) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 211.70, S.D.= 19.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4.7) เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อพิจารณา พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านทุกด้าน หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง ยกเว้นด้านการลดปัจจัยเสี่ยง ที่พบว่า หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่หลังการทดลอง 9 สัปดาห์แตกต่างจากก่อนการทดลอง (ตารางที่ 4.7 และแผนภูมิที่ 4.1 – 4.7)

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ หลังจากได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประยุกต์จากทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง สามารถอธิบายผล ได้ว่า ในโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ผู้วิจัยมีแผนการพยาบาลที่บ้าน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 7 โดยการพยาบาลที่บ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว ตามมโนทัศน์ย่อยในระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม (ครอบครัว) ซึ่งการเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลองและครอบครัว ทำให้เกิดความไว้วางใจมากขึ้น ทำให้การติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้มีประสิทธิผลมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มทดลองและครอบครัวกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ระบายความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคล และทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสรับรู้มโนทัศน์ย่อยของระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบครอบครัวของกลุ่มทดลองได้ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง นำไปสู่การรับรู้ที่ตรงกัน ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการดำเนินไปอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (King. 1981) เมื่อการรับรู้ตรงกันแล้ว จึงมีการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาร่วมกัน (mutual goal setting) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีเป้าหมายหลักคือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีเป้าหมายย่อย คือ การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้านอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีการเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตตามความต้องการของกลุ่มทดลอง

และครอบครัว (Agree on Means) ซึ่งสอดคล้องกับ แบนดูรา (Bandura. 1986) ที่กล่าวว่าการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจให้เกิดความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตนเองตั้งไว้ และมีความพึงพอใจในตนเองมากกว่าที่ผู้อื่นเป็นผู้ตั้งเป้าหมายให้ และการตั้งเป้าหมายทำให้บุคคลสามารถกำหนดการกระทำให้สอดคล้องกับความสามารถของตนเองและพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย (Tysinger. 1986) หลังจากตั้งเป้าหมายร่วมกัน และเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายแล้วแต่ละฝ่ายนำสู่การปฏิบัติตามบทบาทของตน (Transaction)

ในการพยาบาลที่บ้านครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 ผู้วิจัย กลุ่มทดลองและครอบครัวได้ร่วมกันประเมินผล โดยร่วมกันวิเคราะห์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ มีการประเมินระดับความดันโลหิตโดยวัดความดันโลหิตทุกครั้ง และร่วมกันลงบันทึกกราฟใน คู่มือ “การดูแลตนเองเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง” ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองและครอบครัวเห็นการเปลี่ยนแปลงของการควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ชัดเจน และมีการส่งเสริมให้กำลังใจ เมื่อกลุ่มทดลองและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค หาแนวทางการแก้ไขร่วมกันในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ทำให้กลุ่มทดลองและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลสะท้อนกลับ เกิดการเรียนรู้และนำผลการประเมินไปปรับเปลี่ยนต่อไป เครียร์ (Creer. 2000) กล่าวว่าการประเมินผลการปฏิบัติ ทำให้เกิดการเรียนรู้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ทราบถึงข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ และเกิดทักษะในการจัดการตนเองต่อไป และในโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านทุกขั้นตอนของการปฏิสัมพันธ์ ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหา รวมถึงการกำหนดบทบาทของผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้การพยาบาลที่บ้าน มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการรับรู้ที่ตรงกัน ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลการรับรู้ที่ตรงตามความต้องการของครอบครัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองและครอบครัวในการกำหนดปัญหา ซึ่งคิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ และตั้งเป้าหมายวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน ตามความสามารถที่ตนเองปฏิบัติได้ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมของครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการแก้ไขปัญหา คิง (King. 1981) กล่าวว่าถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จะทำให้เกิดความตระหนักและรับผิดชอบ ที่จะปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ร่วมกัน และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ในที่สุด

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการลดปัจจัยเสี่ยง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง อาจเนื่องจาก การปรับพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัย

เสี่ยง จำเป็นต้องใช้เวลาค่อย ๆ ปรับลดปัจจัยเสี่ยงลง จึงมาเห็นผลแตกต่างจาก ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 หลังการทดลอง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่อง ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมทำให้คะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้นอย่า (ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย. 2540) พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น (อภิญญา ชนะศึก. 2549) การศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการพยาบาลที่บ้าน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (นภารัตน์ ธราพร. 2545,นฤมล จันทร์สุข และคณะ. 2547) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับการทดลอง การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ดวงกมล จันทร์นิมิตร. 2538) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการช่วยเหลือจากญาติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากญาติ และพบว่าการตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs. 2001)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่สนับสนุนว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อระยะเวลาผ่านไป ได้แก่ การศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับให้การพยาบาลที่บ้าน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ นงนุช โอบะ (2549) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ ปนัดดา สุวรรณ (2551) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ดีกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของ สตุฟบอร์เกน และคณะ (Stuifbergen et al. 2003) ที่ศึกษาการกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่เป็น Multiple Sclerosis มีการติดตามผลเป็นระยะ ๆ 6 สัปดาห์, 2 เดือน, 5 เดือน และ 8 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะ 6 สัปดาห์หลังได้รับการสอน และในการติดตามผลในเวลามากกว่า 5 เดือนพบว่าการคงอยู่ของคะแนนยังคงสูงถึงร้อยละ 59-84

สรุปได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน โดยประยุกต์จากทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมและทุกรายด้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง และทำให้กลุ่มทดลองสามารถรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมให้คงอยู่ แม้จะเสร็จสิ้นโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านแล้วระยะหนึ่ง ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนข้อเสนอของคิงที่กล่าวว่า กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องและตรงกันย่อมเกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และ

ข้อเสนอของคิงอีกประการที่กล่าวว่า การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย จะดำเนินไปสู่เป้าหมายได้ ต้องมีการกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีที่จะใช้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ (King. 1981) และผลการวิจัยยังสนับสนุนคำกล่าวที่ว่า การพยาบาลที่บ้านเป็นวิธีการหนึ่งที่จะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (ราตรี มณีขัติย์. 2550) และการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ (บัณฑิตา คำโฮม. 2550)

5.2.2 สมมติฐานข้อที่ 2

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 225.50, S.D.= 11.08) กับกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 220.68, S.D.= 27.13) ไม่แตกต่างกัน p = .074 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมหลังการทดลอง 9 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 232.80, S.D.= 11.22) กับกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 225.53, S.D.= 18.36) ไม่แตกต่างกัน p = .078 ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ยกเว้นค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.8) สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติในคลินิกความดันโลหิตสูง ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเอง และได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต จึงอาจส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมด้วย และในการศึกษา กลุ่มควบคุมทราบว่าตนเองได้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องได้รับการติดตามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต จึงเกิดความสนใจในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการเรียนรู้และวิเคราะห์ตนเองจากการตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แล้วนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งจากการสังเกตพบว่าขณะที่ผู้ช่วยวิจัยสอบถามแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มควบคุมให้ความสนใจและซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาของตน ตัวอย่างเช่น “กินอาหาร……. ได้ไหม” “อาหาร……. เค็มไหม” “ออกกำลังกาย…… ได้ไหม” “เพิ่งรู้ว่าห้ามแบ่งถ่าย” ฯลฯ นอกจากนั้นยังพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูง (ตารางที่ 4.8 และ

แผนภูมิที่ 4.1 – 4.7) ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่คลินิกความดันโลหิต จัดให้เป็นประจำก่อนการเข้าร่วมการวิจัย จึงทำให้ทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เพียงเล็กน้อยหลังการทดลอง และทำให้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมและรายด้านหลาย ๆ ด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ จะเห็นว่ามีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะทดลองที่เท่ากัน และมีแนวโน้มที่จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .074 และ .078 ตามลำดับ) แสดงว่าแม้กลุ่มควบคุมจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการถูกกระตุ้นจากการตอบแบบสอบถามจากการเข้าร่วมการวิจัย แต่การได้รับความรู้เป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลโดยไม่มีการแลกเปลี่ยนการรับรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวิธีการให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองแต่ละด้าน ประเด็นข้อคำถามในแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก็อาจจะไม่ครอบคลุม พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงอาจไม่เพียงพอที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ดังจะเห็นว่า ระดับความดันซีสโตลิคและไดแอสโตลิคของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองสูงกว่า กลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.11 และ 4.14)

ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้และมีวิธีจัดการกับความเครียด และในโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง จึงส่งผลให้ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮาน และคณะ(Hahn, Ro, Song , Kim, & Yow. 1993) ที่พบว่าผู้ป่วยในวัยทำงานที่มีภาวะโรคเรื้อรัง เมื่อขาดผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนใหญ่จะมีปัญหาการจัดการกับความเครียดและปัญหาในครอบครัว

5.2.3 สมมติฐานข้อที่ 3

ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซีสโตลิค หลังการทดลอง

1 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 125.57, S.D.= 10.56) และค่าเฉลี่ยระดับความดันซีสโตลิค หลังการทดลอง 9 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 123.20, S.D.= 13.96) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 140.60, S.D.= 11.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4.10) เป็นไปตามสมมติฐาน และพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันไดแอสโตลิค หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 80.73, S.D.= 6.64) และระดับความดันไดแอสโตลิค หลังการทดลอง 9 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 78.50, S.D.= 7.21) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 89.90, S.D.= 4.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.13) เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประยุกต์จากทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน ดีกว่าก่อนการทดลอง ดังที่กล่าวในการอภิปรายสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (JNC 7. 2003) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ซึ่งทำให้สามารถลดปริมาณน้ำในร่างกาย ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ และมีการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดหลอดเลือดหนาและแข็งตัวลดลง การรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ จะสามารถลดความดันซีสโตลิคได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003; Sacks et al. 2001) การรับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้และผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ร่วมกับการลดปริมาณไขมันรวมและไขมันไม่อิ่มตัว สามารถลดความดันซีสโตลิคได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (Sacks et al. 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา ชนะศึก (2549) ที่พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความดันซีสโตลิค เฉลี่ยลดลง 8.20 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันไดแอสโตลิคเฉลี่ยลดลง 3.27 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทั้งระดับความดันซีสโตลิค และความดันไดแอสโตลิค หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายโดยการเดิน เล่นฮูลาฮูป แกว่งแขน ปั่นจักรยาน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยการกำหนดลมหายใจ ซึ่งการออกกำลังกายทำให้ หลอดเลือดขยายตัวหลังจากออกกำลังกายทันที และอยู่นานถึง 13 ชั่วโมง เมื่อมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ หัวใจก็จะปรับการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ เพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือด (Arterial Compliance) ลดการทำงานของประสาทซิมพาเธติก ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ การออกกำลังกาย 30 นาที ต่อครั้ง และในความถี่ 3-5 วันต่อสัปดาห์ มีผลลดความดันซีสโตลิค 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี

วงศรีลา (2551) ศึกษาการส่งเสริมการบริหารแนวชี่กงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการใช้เวลาในการบริหารแนวชี่กงเฉลี่ย 32.06 นาทีต่อครั้ง ความถี่ในการฝึกบริหาร 2.99 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ระดับความดันซีสโตลิคและ ระดับความดันไดแอสโตลิค ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และ ศุชญา แก้วสกุลทอง (2551) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเดินออกกำลังกายระดับความหนักปานกลางต่อระดับความดันโลหิตในสตรีวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซีสโตลิคและ ระดับความดันไดแอสโตลิค หลังการเดินออกกำลังกายตามโปรแกรม 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด กลุ่มทดลอง 3 รายที่มักจะลืมกินยา และหยุดยาเองเมื่อพบว่าความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ หรือเห็นว่าตนเองอาการปกติดี ซึ่งการลืมกินยาบ่อย ๆ ทำให้ไม่สามารถปรับระดับของยาได้อย่างเหมาะสม (Wier et al. 2000) และการหยุดรับประทานยาทำให้การรักษาไม่ได้ผล เกิดอาการผิดปกติจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และ มีอาการรุนแรงมากขึ้น (Bayliss et al. 2003; Papadopoulos & Papademetriou. 2006) จากการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่าผู้ที่มีระดับความดันไดแอสโตลิคมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.60 เท่าของผู้ที่มีระดับความดันไดแอสโตลิคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคินกัสและลาเดนเพรา (Kyngas & Lahdenpera. 1999) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับความดันไดแอสโตลิคสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทมีพฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันไดแอสโตลิคต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือกล่าวได้ว่าระดับความดันไดแอสโตลิคน่าจะเป็นผลของพฤติกรรมการรับประทานยา

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการจัดการกับความเครียด จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ การทำใจให้ว่างไม่ยึดติด และการเตือนสติตนเองอยู่เสมอ การผ่อนคลาย (Relaxation) มีผลต่อระบบประสาทลิมบิค ซึ่งจะถูกกระตุ้นทางอารมณ์ลดลง ทำให้ประสาทสมองมีการหลั่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกสบายผ่อนคลาย (Synder. 1998) และมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยจะไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และเพิ่มการทำงานของประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก โดยทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตทั้งความดันซีสโตลิคและความดันไดแอสโตลิคลดลง (Synder. 1998) ดังการศึกษาของ ฮีทเธอร์ และคณะ (Heather et al. 2008) ได้วิเคราะห์เมต้า (Meta-Analysis) งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ในผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูง จำนวน 25 เรื่อง พบว่าการผ่อนคลายสามารถทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันซีสโตลิคลดลง 5.5 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิค ลดลง 3.5 มิลลิเมตรปรอท

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการลดปัจจัยเสี่ยง พบว่ากลุ่มทดลองบางรายดื่มกาแฟและเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่มีคาเฟอีนผสมทุกวัน สูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งการดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนผสม มีผลเพิ่มระดับความดันโลหิต โดยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และจากรายงานการศึกษาในผู้ที่ดื่มกาแฟ 2-3 ถ้วยติดต่อกัน พบว่าจะทำให้ความดันซีสโตลิคเพิ่มขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายในเวลา 15 นาที และจะคงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมง (Norton. 1995) สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อเซลล์เยื่อบุผิวของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและตีบ รวมทั้งไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติกให้หลั่งสารแคททีคอลามีนมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น และทำให้หลอดเลือดหดตัวเป็นผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (Norton. 1995) และการลดปริมาณการดื่มสุรา โดยเพศชายควบคุมการดื่มเหล้าไม่ควรเกิน 1 ออนซ์ (30 มิลลิลิตร) เบียร์ไม่เกิน 24 ออนซ์ (720 มิลลิลิตร) ไวน์ไม่เกิน 10 ออนซ์ (300 มิลลิลิตร) หรือวิสกี้ไม่เกิน 2 ออนซ์ (60 มิลลิลิตร) ต่อวัน ส่วนเพศหญิงและผู้มีน้ำหนักน้อยให้ลดปริมาณลงครึ่งหนึ่งของการดื่มของเพศชาย สามารถลดความดันซีสโตลิค 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7. 2003) และจากการศึกษาของซิน และคณะ (Xin, He, Frontini, Ogden, Motsamai, & Whelton. 2001) พบว่าผู้ที่สามารถลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง 3.56 มิลลิเมตรปรอท

ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว ซึ่งเป็นการศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต เช่น การศึกษาของปรีดา ปูนพันธ์ฉาย (2540) มีการจัดโปรแกรมการพยาบาลที่โรงพยาบาล พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษา ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความดันไดแอสโตลิค ของกลุ่มทดลองลดลง การศึกษาของ นภารัตน์ ธราพร (2545) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ให้การพยาบาลที่บ้านทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้งและวัดผลซ้ำเมื่อครบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตดีกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ นฤมล จันทร์สุขและคณะ (2547) จัดโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านเช่นกันพบว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตดีกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ซึ่งผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนการรับรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และหาวิธีแก้ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์สุดท้ายตามที่ตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ

ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันซีสโตลิค และระดับความดันไดแอสโตลิค หลังการทดลอง 9 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่าหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองสามารถรักษาระดับความดันซีสโตลิค และระดับความดันไดแอสโตลิคให้คงอยู่ แม้จะเสร็จสิ้นโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านแล้วระยะหนึ่ง ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนข้อเสนอของคิงที่กล่าวว่า เมื่อพยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายแล้ว ย่อมบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเมื่อบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพย่อมเกิดขึ้น (King. 1981)

5.2.4 สมมติฐานข้อที่ 4

ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันซีสโตลิคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 125.57, S.D.= 10.56) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 134.14, S.D.= 14.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันซีสโตลิคหลังการทดลอง 9 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 123.20, S.D.= 13.96) กับกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 128.89, S.D.= 10.06) ไม่แตกต่างกัน p = .082 (ตารางที่ 4.11) ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ระดับความดันไดแอสโตลิคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 80.73, S.D.= 6.64) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 87.11, S.D.= 7.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐาน และหลังการทดลอง 9 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 78.50, S.D.= 7.21) ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 82.61, S.D.= 4.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.14) เป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมและด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนัก ดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (JNC 7. 2003) จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันซีสโตลิค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความดันไดแอสโตลิค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ สอดคลองกับการศึกษาของ นภารัตน์ ธราพร (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่

บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ นฤมล จันทร์สุข (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการเปรียบเทียบระดับความดันซีสโตลิคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันซีสโตลิคต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในระยะหลังทดลอง 1 สัปดาห์ และมีแนวโน้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลอง 9 สัปดาห์ ($p = .082$) เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันซีสโตลิคในกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 4.11 และแผนภูมิที่ 4.8) จะเห็นว่าหลังการทดลองเพียง 1 สัปดาห์ ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็วลงสู่เกณฑ์ปกติ โดยเฉลี่ยลดลง 15.03 มิลลิเมตรปรอท และหลังการทดลอง 9 สัปดาห์ กลุ่มทดลองยังคงสามารถรักษาระดับความดันซีสโตลิคในเกณฑ์ปกติ โดยระดับความดันซีสโตลิคเฉลี่ยลดลงอีกเล็กน้อย 2.37 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมมีค่าความดัน ซีสโตลิค เฉลี่ยลดลงเพียง 3.86 มิลลิเมตรปรอท และหลังการทดลอง 9 สัปดาห์ เฉลี่ยลดลงอีก 5.5 มิลลิเมตรปรอท การที่กลุ่มควบคุมมีระดับความดันซีสโตลิคลดลงบ้าง น่าจะเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวแล้วข้างต้น แต่การลดระดับความดันซีสโตลิคเป็นไปอย่างช้า ๆ และหลายรายไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตลงสู่เกณฑ์ปกติได้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการควบคุมโรค โดยสามารถลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ให้เข้าสู่เกณฑ์ปกติได้อย่างรวดเร็วและยังคงอยู่ในระดับปกติเมื่อมีการติดตามต่อเนื่อง

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาครั้งนี้กับการศึกษาอื่น ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า หลังการทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ส่วนผลการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ และเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ คือ การคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อระยะเวลาผ่านไป 2 เดือนหลังการทดลอง

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งมีขั้นตอน การสร้างสัมพันธภาพ

การติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ การค้นหาปัญหาและการกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาร่วมกัน มีการเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา และนำสู่การปฏิบัติตามบทบาทของตน มีการประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ โดยสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ต่อเนื่องและคงทน ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และคงอยู่ในระดับปกติอย่างชัดเจนเมื่อมีการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งสามารถสนับสนุนข้อเสนอของคิงที่กล่าวว่ากระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องและตรงกันย่อมเกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย จะดำเนินไปสู่เป้าหมายได้ต้องมีการกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีที่จะใช้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เมื่อพยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายแล้ว ย่อมบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และเมื่อบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพย่อมเกิดขึ้น (King. 1981)

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป

2. บุคลากรทีมสุขภาพสามารถประยุกต์โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้วัดและเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อป้องกันในเรื่องของความเที่ยงตรงของการวัดความดันโลหิต ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการวัดความดันโลหิตที่กล่าวไว้ในบทที่ 3 แต่อาจกระทบต่อความตรงของการวิจัย จากการลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งต่อไปในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกแบบการเก็บรวบรวม

ข้อมูลระดับความดันโลหิตโดยผู้ช่วยวิจัยแทน โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้สามารถวัดความดันโลหิตได้เที่ยงตรงตามหลักการวัดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการลำเอียงในการเก็บข้อมูลดังกล่าว

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีการติดตามในระยะยาวอย่างน้อย 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการทดลอง เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและการควบคุมระดับความดันโลหิต

3. ควรมีการทดสอบโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องระยะยาว เพื่อการควบคุมภาวะของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學