ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

สาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย, พย.ม.*, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, ปร.ด.*
สุภาภรณ์ วรอรุณ, ปร.ด.* และอุมากร ใจยั่งยืน, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 133 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) และแบบวัดการเผชิญความเครียด Jalowies Coping Scale (JCS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.43 รองลงมาคือระดับความเครียดมาก ร้อยละ 17.29 และระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 8.27 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 33.5 (*SD*=7.69) ระดับการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 1.90 (*SD*=0.49) ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์มีค่าเฉลี่ย 2.29 (*SD* =0.66) ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามีค่าเฉลี่ย 1.93 (*SD*=0.62) และด้านการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงมีค่าเฉลี่ย 1.62 (*SD* = 0.41) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.239, $p< .01$) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.555, $p<.001$) การมีภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=5.415, df=1, $p<.05$) แต่พบว่าตัวแปร อายุ เพศ ระยะเวลาการป่วยและการมีโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด

จากผลการศึกษา ระดับความเครียดและภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการประเมินความเครียดและการประเมินภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความเครียด, การเผชิญความเครียด, ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

---

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Corresponding E-mail: Aumakorn@snc.ac.th
(Received: June 12, 2026; Revised: July 28, 2026; Accepted: July 28, 2026)

Relationship Between Stress and Coping Strategies Among Patients with Uncontrolled Hypertension in Mueang District, Suphanburi Province

Sawitree Siriphonwuttichai, M.N.S.[*], Chiraphun Phothong, Ph.D.[*]
Supaporn Voraroon, Ph.D.[*] & Umakorn Jaiyungyuen, M.N.S.[*]

Abstract

This cross-sectional correlational study aimed to examine the relationships among personal factors, stress levels, and coping strategies in patients with uncontrolled hypertension in Mueang District, Suphan Buri Province. A total of 133 participants were recruited. The research instruments included a demographic questionnaire, the Suanprung Stress Test (SPST-20), and the Jalowiec Coping Scale (JCS). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and chi-square test.

The results showed that most participants had a moderate level of stress (74.43%), followed by a high level (17.29%) and a low level (8.27%). The mean stress score was 33.5 (*SD*=7.69). Overall coping strategies were at a low level (M=1.90, *SD*=0.49). Among the coping dimensions, emotion-focused coping had the highest mean score (M=2.29, *SD*=0.66), followed by problem-focused coping (M=1.93, *SD*=0.62), and avoidance coping (M=1.62, *SD*=0.41).

Correlation analysis revealed that education level was positively associated with coping strategies at a low level (r=.239, $p< .01$), while stress level was moderately positively associated with coping strategies (r=.555, $p<.001$). In addition, the presence of complications was significantly associated with coping strategies (χ^2 =5.415, df=1, $p<.05$). However, age, gender, duration of illness, and comorbidity were not significantly associated with coping strategies.

In conclusion, stress levels and complications were significantly associated with coping strategies among patients with uncontrolled hypertension. Healthcare providers should emphasize stress assessment and complication monitoring to promote appropriate coping strategies, thereby enhancing patients' ability to manage their condition and adapt effectively.

Keywords: Stress, Coping Strategies, Uncontrolled Hypertension

---

[*]Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public health

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases หรือ NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) รายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และเป็นการเสียชีวิตของประชากรที่อายุระหว่าง 30-69 ปี ประมาณ 17 ล้านคนต่อปี ประเทศไทยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ (NCDs) ยังเป็นปัญหา พบว่า ร้อยละ 81 ของการเสียชีวิตหรือประมาณ 400,000 รายต่อปี มีสาเหตุมาจากโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular disease) โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งล้วนเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 10 ล้านคนต่อปี โดยพบว่ามีประชากรมากกว่า 1.4 พันล้านคนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงส่วนน้อยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม (WHO, 2025) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 (พ.ศ.2567-2568) พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ประมาณร้อยละ 29.5 หรือประมาณ 17.5 ล้านคน และยังคงอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2025) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วย หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลายระบบของร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและโรคไตระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น(Farrar &Frieden, 2025) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น ภาวะอ้วน การมีโรคร่วม เช่น เบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง และการมีภาวะแทรกซ้อนร่วม ในปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น การได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด การเผชิญความเครียดไม่ดี ภาวะซึมเศร้า และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองและการควบคุมโรค และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น(สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย , 2567)

นอกจากปัจจัยด้านชีวภาพและพฤติกรรมแล้ว ปัจจัยด้านจิตสังคม โดยเฉพาะความเครียด มีความสำคัญต่อการเกิดและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงโดยความเครียดกระตุ้นระบบประสาท ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และความเครียดนำไปสู่การอักเสบและความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง (Oei et al., 2025) อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยาก (Zhang & Liu, 2025) ขณะที่การเผชิญความเครียด เช่น การผ่อนนคลาย การฝึกสติ และเทคนิคทางจิตใจ สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (สรารัตน์ สุมาศรี, 2567)

ตามบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ เช่น การป่วยเป็นระยะเวลานาน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความ

ดันโลหิต และการเผชิญความเครียด (Coping) หากผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่ส่งผลต่อความเครียดและมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดระดับความเครียดที่สูงขึ้นและการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aung et al.(2018) ที่พบว่าการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดและระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย(Marwaha,2022) ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตและการประเมินการเผชิญความเครียดของกรมสุขภาพจิต จะสามารถช่วยในการคัดกรองเบื้องต้น เพื่อนำข้อมูลช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด และการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตโดยเฉพาะในบริบทพื้นที่ในชุมชน นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษา สนับสนุนทางจิตสังคม ส่งเสริมการจัดการความเครียด และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

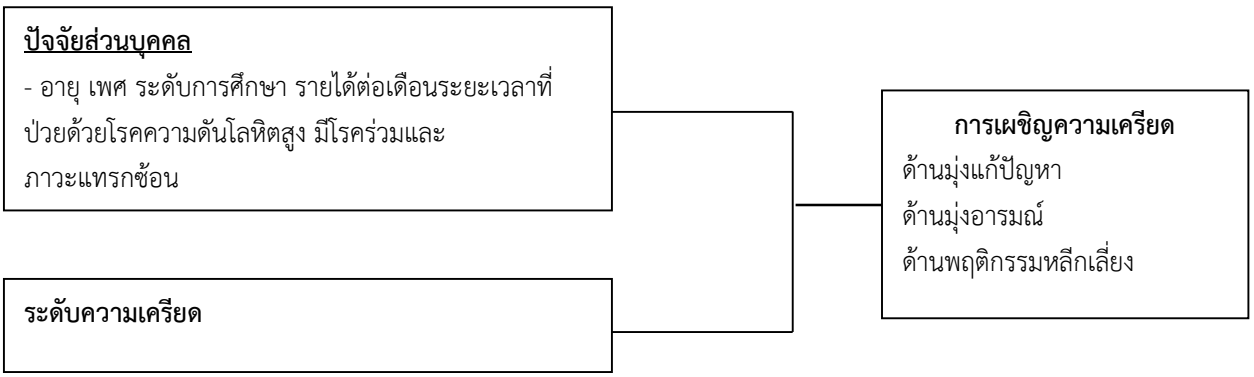
ดังนั้น การศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด รวมทั้งการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยผลการศึกษาจะช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถพัฒนาแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิต ลดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ระดับความเครียดต่อการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางการป้องกันความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต
2. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman,1984) อธิบายถึงความเครียดไม่ได้เกิดจากเหตุการณ์โดยตรง เกิดจากกระบวนการประเมินสถานการณ์ของบุคคล (cognitive appraisal) ว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อบุคคลนั้นหรือไม่ และบุคคลมีปัจจัยอื่นในการจัดการปัญหา ซึ่งนำไปสู่การเลือกการเผชิญความเครียด (Coping) มุ่งแก้ไขปัญหาและจัดการอารมณ์และส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จากแนวคิดดังกล่าวกำหนดให้ ปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดเป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อ การเผชิญความเครียด (Coping) โดยกระบวนการนี้จะกำหนดรูปแบบการปรับตัวของผู้ป่วย เช่น การดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับความเครียดและความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต หากผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เช่น การมุ่งแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี กรอบแนวคิดนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเผชิญความเครียด ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ต่อสุขภาพ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (Cross sectional-correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเข้ารับบริการในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 16,070 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณจากโปรแกรม G*power โดยเลือก test family เป็น Exact และ statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal test โดยกำหนดขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) ขนาดปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ 0.30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 111 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนและสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2021) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 133 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการกำหนดหมายเลขให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 29 แห่ง ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี จับสลากเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนกลาง สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 3 แห่ง เมื่อได้แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรโดยใช้ตารางเลขสุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต Systolic BP $\geq$ 140 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic BP $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท (Thai Hypertension Guideline 2024) 3)ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่อง 4) สามารถอ่านอออกเขียนได้ และ 5)ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบคำถามวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และรับรู้วันเวลาและสถานที่ปกติ และ 2) มีภาวะแทรกซ้อนโรครุนแรงหรือโรคร่วมที่รุนแรง เช่น โรคไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test: SPST-20) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านจิตวิทยาทั้งในด้านความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) คำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด กำหนดให้ค่าคะแนน เท่ากับ 0,1,2,3 และ 4 คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน โดยแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เครียดน้อย(0-23 คะแนน) เครียดปานกลาง (24-41คะแนน) เครียดมาก (42-61คะแนน) และเครียดมากที่สุด(62-80คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale: JCS) พัฒนาโดย Jalowiec (1987) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยไพลิน พัสดุ (2556) จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) 13 ข้อ 2) ด้านมุ่งอารมณ์ (Emotion focused coping) 9 ข้อ และ 3) ด้านพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (Avoidance coping) 14 ข้อ ครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมและกระบวนการทางความเครียดในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า(rating scale) คำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเผชิญความเครียด นานๆครั้งในการเผชิญความเครียด บางครั้งในการเผชิญความเครียด บ่อยครั้งเผชิญความเครียด และเกือบทุกครั้งในการเผชิญความเครียด กำหนดให้ค่าคะแนน เท่ากับ 1,2,3,4 และ 5 การแปลผลคะแนนจากคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งช่วงผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ทั้งแบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress test: SPST-20) และแบบวัดการเผชิญความเครียด (Jalowiec Coping Scale: JCS) ภาษาไทยโดยไพรินทร์ พัสดุ (2556) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพแล้วทั้งในความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาใช้โดยคงรูปแบบเดิมของเครื่องมือ และไม่ได้มีการดัดแปลงข้อคำถามหรือโครงสร้างของเครื่องมือแต่อย่างใด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress test: SPST-20) และแบบวัดการเผชิญความเครียด (Jalowiec Coping Scale: JCS) โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองเก็บข้อมูล (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง ไม่อยู่ในตำบลที่เก็บข้อมูลของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 รายมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.842 และ 0.941 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองหมายเลข EC008/2564 รับรองตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2564- 31 มีนาคม 2565 โดยผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนต่างๆของการดำเนินการวิจัยขอความร่วมมือของการเข้าร่วมวิจัยและอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม การให้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการจะไม่กระทบต่อการรักษาหรือบริการใดๆที่จะได้รับในอนาคต และผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการปกป้องผลกระทบจากการวิจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 133 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 99 คน (ร้อยละ74.44) และเพศชาย จำนวน 34 คน (ร้อยละ 25.56) โดยมีอายุตั้งแต่ 32–90 ปี อายุเฉลี่ย 63.9 ปี (*SD*=11.0) ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 115 คน (ร้อยละ 87.1) รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 3.8 เท่ากัน ส่วนผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมีเพียงร้อยละ 2.3 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตั้งแต่ 0–30,000 บาท โดยรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 5,030 บาท (*SD*=5,157) มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.51 ปี (*SD*=7.29 ปี) สำหรับโรคร่วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีโรคร่วมที่มากที่สุดคือ โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 31.8 ขณะที่ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงพบเพียงร้อยละ 11.4 โดยพบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ตาพร่ามัว แผลที่เท้า และไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.6

ความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (n=133)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย(0-23 คะแนน)	11	8.27
เครียดปานกลาง(24-41คะแนน)	99	74.44
เครียดมาก(42-61คะแนน)	23	17.29
คะแนนโดยรวม	M=33.5 *SD*=7.69	

จากตารางที่1 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีคะแนนเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.5 คะแนน (*SD*=7.69) ระดับเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับเครียดปานกลาง จำนวน 99 คน (ร้อยละ74.44) รองลงมาคือระดับเครียดมาก จำนวน 23 คน (ร้อยละ17.29) และระดับเครียดน้อย จำนวน 11 คน (ร้อยละ8.27) และไม่พบผู้ที่มีระดับเครียดมากที่สุด

การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม (n=133)

การเผชิญความเครียด	M	*SD*	ระดับการเผชิญความเครียด
โดยรวม	1.90	0.49	ต่ำ
ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping)	1.93	0.62	ต่ำ
ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ (Emotion focused coping)	2.29	0.66	ต่ำ
ด้านการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Avoidance coping)	1.62	0.41	ต่ำ

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M=1.90, *SD*=0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M=2.29, *SD*=0.66) รองลงมาคือด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (M=1.93, *SD*=0.62) และด้านการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (M=1.62, *SD*=0.41) โดยทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาป่วย ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต (n =133)

ตัวแปร	r	*p*-value
อายุ	-.076	.384
ระดับการศึกษา	.239**	.006
ระยะเวลาป่วย	.049	.573
ระดับความเครียด	.555**	.000

** p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.555, *p*< .01) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=.239, *p*< .01) ส่วนตัวแปร อายุและระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ มีโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต (n=133)

ตัวแปร	χ^2	df	*p*-value
เพศ	1.086	1	.297
มีโรคร่วม	0.076	1	.782
มีภาวะแทรกซ้อน	5.415*	1	.020

**p* < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า การมีภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=5.415, *p*=.020) ส่วนตัวแปร เพศ และการมีโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด

อภิปรายผล

1. **ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต** จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต มีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=33.5, *SD*=7.69) ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 74.44รองลงมาคือมีระดับความเครียดมาก และระดับความเครียดน้อยตามลำดับ โดยไม่พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเครียดระดับมากที่สุด

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตมีระดับความเครียดระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลสุขภาพ ทั้งการควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทาน

ยาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน เฉลี่ย 8.51 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการจัดการความเครียด และการเจ็บป่วยระยะเวลานานยังเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสที่จะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพ

ระดับความเครียดระดับปานกลางของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ สรร กลิ่นวิชิต และคณะ (2562) พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของปริญดา จันทร์แก้ว และคณะ(2567) ศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่ามีความเครียดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gyeltshen et al.(2020) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.8)

2. การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต การศึกษาพบว่า มีการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M=1.90, *SD*=0.49) โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเผชิญความเครียดด้านมุ่งอารมณ์ (M=2.29, *SD*=0.66) รองลงมาคือการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา (M=1.93, *SD*=0.62) และการเผชิญด้านพฤติกรรมหลีกเลี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (M=1.62, *SD*=0.41) และทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=33.5, *SD*=7.69) ส่งผลให้การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสที่ว่ากล่าวการเผชิญความเครียดก็แตกต่างกันไปตามสถานการณ์และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ แต่จะใช้ด้านใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการที่ต้องเผชิญและบริบทของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดในระดับต่ำนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษยมาศ ตรีรัตนกิจ(2569) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดอยู่เพียงในระดับปานกลางร้อยละ 39.35 และการศึกษาของ Devi et al.(2024) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการเผชิญความเครียดโดยรวมในระดับปานกลาง โดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต

การศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมดันโลหิต ประกอบไปด้วย ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.555, $p< .01$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.239, $p< .01$) และการมีภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=5.415, $p< .02$)

ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.555, $p< .01$) จากผลการศึกษาพบว่าระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตมีความเครียดระดับปานกลาง ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด นั้นหมายความว่าเมื่อมีความเครียดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีการใช้การเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกัญนิกา อยู่สำราญและคณะ พบว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=.442, $p<.01$)

และการศึกษา Qi et al.(2025) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิตพบว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.435-0.535, p<0.01)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.239, p<.01) โดยว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะใช้การเผชิญความเครียดได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า การที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับน้อยแสดงว่าระดับการศึกษาเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงอาจเป็นส่วนช่วยให้เข้าใจถึงแนวทางการดูแลตนเองการจัดการความเครียดและการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร ความสามารถในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ แต่เพียงร้อยละ 3.8 ที่ไม่ได้รับการศึกษาเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tunprapussorn & Saisuwan (2024) ที่พบว่าระดับการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการความเครียดและการเผชิญความเครียด และการศึกษา Marwaha (2022) พบว่าผู้ที่มระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มมีความเครียดสูงและการใช้วิธีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม

การมีภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=5.415, p< .02) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ในการศึกษาพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.4 ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ตาพร่ามัว แผลที่เท้า และไตเสื่อม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแล้วนั้น อาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบหรือระดับของการเผชิญความเครียดแตกต่างกันเพื่อปรับตัวในภาวะเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Merluzzi และคณะ(2021) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนและข้อจำกัดในการทำงานของร่างกายมีระดับความเครียดเพิ่มขึ้น และการเผชิญความเครียด โดยเฉพาะการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง

นอกจากนี้พบว่า ระหว่าง อายุ เพศ ระยะเวลาการป่วยและการมีโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย อายุ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.9 ปี อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ย่อมมีประสบการณ์การเผชิญความเครียดปัญหาและรูปแบบการปรับตัวที่ใกล้เคียงกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สรร กลิ่นวิชิต และคณะ (2562) พบว่าระดับความเครียดของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้แตกต่างกันตามช่วงอายุ และเพศที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอาจสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญข้อจำกัดจากโรคเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความคล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Devi et al.(2024) ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าปัจจัยเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเผชิญความเครียด และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ 8.51 ปี ที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา จันทร์แก้วและคณะ (2567) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การมีโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน มีการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคที่มีความคล้ายคลึงกัน จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจึงไม่ส่งผลให้รูปแบบการเผชิญความเครียดแตกต่างออกไป ผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยสามารถควบคุมโรคร่วมได้จึงไม่ส่งผลต่อการเผชิญความเครียด สอดคล้องกับ Merluzzi et al. (2021) พบว่าโรคร่วมที่สามารถควบคุมได้จะไม่ส่งผลต่อรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาระดับความเครียดและภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการประเมินความเครียด การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการประเมินการเผชิญความเครียดอย่างต่อเนื่องในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียด

โดยเน้นทักษะการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดและการเน้นการจัดการอารมณ์ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์ และ พานิช แก่นกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9,16*(1), 55-64.

บุษยมาศ ตรีรัตนกิจ. (2569). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิผลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 4*(2), 248-263.

ปริญดา จันทร์แก้ว, สายฝน เอกวรางกูร, นัยนา หนูนิล, นันทพร กลิ่นจันทร์. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะเรื้อรังในสถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลทหารบก, 25*(1), 274-282.

ไพรินทร์ พัสดุ. (2556). *ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล].

วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2568). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567–2568*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567*. https://thaihypertension.org/2024-guideline

สรารัตน์ สุมาศรี. (2567). *ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับระบบสุขภาพทางไกลในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช].

สรร กลิ่นวิชิต, เวธกา กลิ่นวิชิต, พวงทอง อินใจ, และ พลอยพันธุ์ กลิ่นวิชิต. (2562).ความเครียดของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารบูรพาเวชสาร, 6*(1), 21–33.

Aekplakorn, W., Chariyalertsak, S., Kessomboon, P., Assanangkornchai, S., Taneepanichskul, S., Goldstein, A., Cazabon, D., & Neelapaichit, N. (2024). Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. *BMC Public Health, 24*, 3149.

Aung, S., Musa, R., A, J. R., M, A. S., & Abdullah, A. (2018). Relationship between Coping Mechanisms to Psychosocial Stress with Blood Pressure in Young Adults: A Pilot Study. *Bangladesh Journal of Medical Science*, *17*(3), 439-445.

Devi, N. B., Shaji, H. J. C., Janani, S., Vigneshwari, P., & Keerthana, G. (2024). Living with hypertension: Exploring self-efficacy and coping strategies – A cross-sectional study. *Scope Journal, 14*, 1411–1422.

Farrar, J., & Frieden, T. (2025). WHO global report on hypertension 2025. *The Lancet, 406*(10517), 2318–2319.

Gyeltshen, D., Deenan, A., & Wacharasin, C. (2020). Psychological stress among patients with hypertension in Bhutan. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 28*(4), 63–74.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing.

Li, C. C., & Shun, S. C. (2015). Understanding self-care coping styles in patients with chronic heart failure: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *14*(3), 1–8.

Marwaha, S. (2022). Stress and coping among patients with chronic illness. *Journal of Mental Health and Clinical Psychology, 6*(2), 45–52.

Marwaha, K. (2022). Examining the role of psychosocial stressors in hypertension. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 55*(6), 499–505.

Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Gomer, B., Heitzmann Ruhf, C. A., & Kim, D. (2021). Comorbidity, Functional Impairment, and Emotional Distress: A Coping Mediation Model for Persons With Cancer. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *55*(10), 994–1004.

Oei, E. R., Sari, D. R., Setiawan, H. K., & Bestari, D. (2025). Effects of stress on blood pressure the re: A literature review. *International Journal of Scientific Advances, 6*(1), 24–28.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Qi, X., et al. (2025). The relationship between perceived stress and coping strategies among patients with hematologic malignancies. *Supportive Care in Cancer, 33*, 1–10.

Tunprapussorn, P., & Saisuwan, K. (2024). The relationship between education level and stress management among hypertensive patients.*Thai Journal of Nursing Research, 28*(1),1–12.

World Health Organization. (2025). *Global report on hypertension 2025*. https://www.who.int

World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases (NCDs)*. https://www.who.int.

Zhang, L., & Liu, M. (2025). The overlooked driver of hypertension: Mental stress at crossroad of cardiology and psychiatry. *Current Atherosclerosis Reports, 28*, 3.