

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases, NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก และระดับประเทศ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งเป็นภาระโรคของประชากรทั่วโลกและประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2560) ในประเทศไทยข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 ความชุกสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป คือ ร้อยละ 64.9 (Aekplakorn, 2016) อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีพ.ศ. 2552 เปรียบเทียบกับปี 2557 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 3.64 คน เป็น 10.95 คน ตามลำดับ (Bureau of Non Communicable Disease, 2015) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี แต่มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้นที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา (Puangpetch, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของไทยมีปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงถึงร้อยละ 43 ของผู้สูงอายุโรคนี้ทั้งหมด (Duangthipsirikul, 2013) ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายจากโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุเบื้องต้นมาจากโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองถูกต้องและเหมาะสมอย่างยิ่ง

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และไม่แสดงอาการในระยะแรก ในคนที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังมักจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะที่สำคัญอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือด สมอง หัวใจ และตา ซึ่งความรุนแรงเหล่านี้ เป็นอุบัติการณ์ที่สำคัญต่ออัตราการตาย ในผู้ป่วยที่มี ความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีชีวิตที่สั้นลงกว่าบุคคลปกติ 10 - 20 ปี ซึ่งเป็น สาเหตุมาจากการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerotic) ที่เร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงที่ ยิ่งรุนแรงก็จะเร่งให้เกิดเร็วมากขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยและยังไม่มี การเสียหายที่อวัยวะ (End organ damage) ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพียง 7 - 10 ปี ก็จะมี ความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเกือบร้อยละ 30 จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดงแข็งตัว และมากกว่าร้อยละ 50 จะเกิดความเสียหายที่อวัยวะ ได้แก่ หัวใจโต และหัวใจวาย เป็นต้น (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) และถึงแม้จะเป็นโรคความดัน

โลหิตสูงเล็กน้อยก็จะก่อให้เกิด อันตรายได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา ใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ร้อยละ 90 - 95 ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential or primary hypertension) มีส่วนน้อยที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) สาเหตุที่พบบ่อย คือ โรคของระบบ ฮอร์โมน โรคไต และโรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะมีการทำลายอวัยวะต่างๆ ของร่างกายแล้วจึงจะปรากฏสัญญาณที่เป็น อันตรายต่อชีวิต เช่น หัวใจวาย อัมพาต และไตวาย เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงจึงถูกเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) (Norton, 1995)

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) เพิ่มขึ้น จาก 115.3 มม.ปรอท ในปี พ.ศ. 2535 เพิ่มขึ้นเป็น 121.8 มม.ปรอทในปี พ.ศ. 2557 โดยในผู้ชายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 116.9 มม.ปรอท เป็น 124.4 มม.ปรอท ส่วนในผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 113.7 เป็น 119.4 มม.ปรอท ประชากรในเขตเมืองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก เฉลี่ยเพิ่มจาก 117.2 มม.ปรอท เป็น 120.8 มม.ปรอท ส่วนในชนบทเพิ่มจาก 114.9 มม.ปรอท เป็น 122.6 มม.ปรอท ในขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปีพ.ศ. 2557 โดยในผู้ชายความชุกเพิ่มจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 25.6 ส่วนในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 23.9 โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงมาตามเกณฑ์ปฏิบัติได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าแนวโน้มของการไม่ตระหนักถึงการเป็นโรคของผู้ป่วยลดลง จากร้อยละ 72.4 ในปี พ.ศ. 2547 เหลือร้อยละ 44.7 ในปีพ.ศ. 2557 ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปีพ.ศ. 2547 มาเป็นร้อยละ 29.7 ในปีพ.ศ. 2557 ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่า การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจของประชาชนไทยเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้ชายเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัวในเกือบทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นในกลุ่มที่อายุมากกว่า 70 ปี มีอัตราการเสียชีวิตที่ไม่ต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งประเทศรวม 18,922 คน (คิดเป็น 28.9 คนต่อประชากรหนึ่งแสนราย) และรายงานการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองรวม 27,884 คน (คิดเป็น 42.6 คนต่อประชากรหนึ่งแสนราย) หากสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยให้ได้ผลดีขึ้นจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้อย่างแน่นอน

นิยามของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดภายในหลอดเลือดแดง ที่เกิดจากการ สูดฉีดเลือดของหัวใจเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกาย ค่าความดันโลหิตมี 2 ค่า คือ ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (สุรเกียรติ์ อาชานานูภาพ, 2557)

ความดันโลหิตซิสโตลิก หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว ซึ่งอาจจะสูงขึ้นตาม อายุ ความดันซิสโตลิกในคนเดียวกันอาจมีค่าแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยตามท่าของร่างกาย ปริมาณ ของการออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์

ความดันโลหิตไดแอสโตลิก หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว ซึ่งขึ้นถึงแรง ด้านต่อการบีบตัวของหัวใจในการส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ค่าความดันไดแอสโตลิกมีความสำคัญ มากเพราะถ้ามีค่าสูงแสดงถึงภาวะที่หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเอาชนะแรงต้านทาน ปลายทางที่เพิ่มขึ้นในการปรับให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจมีค่าคงเดิม

ความดันโลหิตของแต่ละบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาของวันตามสภาวะ แวดล้อม ร่างกาย ควบคุมความดันโลหิตโดยการทำงานร่วมกันของระบบต่าง ๆ ได้แก่ หัวใจ ระบบประสาทอัตโนมัติ ปริมาตรเลือด และฮอร์โมน รวมทั้งสารอื่น ๆ ที่ผลิตโดยอวัยวะต่าง ๆ (ขวลิต รัตน์กุล และกวี เจริญลาภ, 2548) ทำให้เกิดการหดตัวและขยายตัวของหลอดเลือดซึ่งจะ ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต

เมื่อวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างน้อยสองครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ถ้าพบว่าความดัน โลหิตผิดปกติมากกว่าสองครั้งขึ้นไป โดยที่ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือในผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่ ถึงแม้ว่าความดันปกติก็ตาม เราจะถือว่าผู้ป่วย เหล่านั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ในผู้ป่วยบางคนจะมีเพียงความดันโลหิตซิสโตลิกเท่านั้น ที่สูงกว่าปกติโดยที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกจะมีค่าปกติ เราเรียกภาวะนี้ว่าความดันโลหิตสูง เฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิก (Isolated systolic hypertension) (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) สำหรับประเทศไทยยึดถือแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานของการรายงานการประชุมฉบับ ที่ 7 ของคณะกรรมการแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผล และการรักษาโรค ความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC 7, 2003) ในการแบ่งระดับความรุนแรงของความดัน โลหิตสูง (สำหรับผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป)

พยาธิวิทยา

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงมักจะไม่มียาอาการ แต่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด หรือการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดตา สมอง หัวใจ และ ไต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ โดยที่ไม่มีอาการอะไร ดังนี้ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1. หัวใจจะทำงานชดเชยต่อภาวะความดันโลหิตสูง โดยการเพิ่มความหนาของผนัง เวนตริ-เคิลซ้าย การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลง ห้องหัวใจยึดขยายขึ้นและปรากฏอาการ ของภาวะหัวใจวายตามมา อาการเจ็บหน้าอก อาจพบได้เนื่องจากเส้นเลือดโคโรนารีมีความเสื่อม ร่วมกับความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจที่โตเพิ่มมากขึ้น ในกรณีที่ความดันโลหิตสูง เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง หัวใจต้องปรับตัวรับกับความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral systemic vascular resistance) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถที่จะบีบ ตัวต่อสู้กับความต้านทานที่เกิดขึ้นได้ก็จะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง (Hypertensive emergency) ที่ต้องทำการลดความดันโลหิตลงอย่างรวดเร็ว

2. สมอง ผลของการมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดความ ผิดปกติต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะเป็นความผิดปกติบริเวณหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจน อดตันเกิดเนื้อตายในสมอง (Cerebral infarction) หรืออาจเกิดเลือดออกในสมอง ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาจจะมีอาการ Hypertensive encephalopathy ได้ ซึ่งจะเกิดในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต สูงมาก ซึ่งต้องการรักษาอย่างรวดเร็ว

พยาธิวิทยา (ต่อ)

3. จอภาพนัยน์ตา ความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพนัยน์ตา ซึ่ง Keith, Wagener และ Barker ได้แบ่งไว้ดังนี้

ระดับที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพ (Retina) น้อย ประกอบด้วยหลอดเลือดตีบลงเล็กน้อย (Sclerosis)

ระดับที่ 2 หลอดเลือดตีบมากขึ้น หลอดเลือดดำตรงที่หลอดเลือดแดงผ่านจะถูกกด มีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโดยทั่วไป หรือบางแห่ง

ระดับที่ 3 มีการบวมของจอภาพนัยน์ตา มีหย่อมเลือดออก หลอดเลือดในม่านตาจะหดตัว และเกร็ง พวกนี้มักจะมี ความดันโลหิตสูงมากและเป็นอยู่นาน

ระดับที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงในระดับ 3 ร่วมกับมีหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ร่วมด้วย

4. ไต การเกิดโรคไตจากความดันโลหิตสูงมักจะต้องมีความดันโลหิตสูงมากและ นานพอสมควร การพบไข่ขาวในปัสสาวะ และครีเอตินินในเลือดสูงเป็นการพยากรณ์โรคที่เลว แต่ถ้าพบในคนที่มีความดันไม่สูงมากต้องสงสัยว่า อาจมีโรคไตร่วมด้วย

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเนื่องจากเป็นระยะที่หัวใจยังปรับตัว ได้ดี แต่เป็นโรคที่อันตรายและมีภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย อาการจะปรากฏขึ้น เมื่อหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ในการบีบตัวเพื่อดันเลือดให้ไหลผ่านแรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่สูงขึ้นเมื่อเป็นระยะเวลานาน ๆ หัวใจจะพองโตขึ้นและเกิดภาวะหัวใจวาย โรคความดันโลหิต สูงที่ไม่ได้รับการรักษา รักษาแต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือไตวาย รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง โดยแสดงอาการสรุปได้ ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1. ปวดศีรษะ เป็นอาการที่พบได้บ่อย อาจเนื่องจากเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นหลอดเลือดในสมองมีความตึงตัวมากขึ้น สมองบวมและมีแรงดันมากขึ้น ทำให้ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะตอนเช้าหลังตื่นนอน และอาจเกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ กล้ามเนื้อคอและไหล่ตึง ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ มึนงง อาจมีอาการปวดอย่างรุนแรง และทำให้คลื่นไส้อาเจียนได้

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

2. หน้ามืดตาลาย วิงเวียนศีรษะ และอาจเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะหรือไม่ก็ได้ อาจเกิดจากสมองขาดเลือดไปชั่วคราว

3. เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Angina pectoris) หายใจลำบากจากหัวใจวาย

4. อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโปแตสเซียมในเลือดต่ำใน Primary aldosteronism

5. มีการเปลี่ยนแปลงที่จอรับภาพในตา (Hypertensive retinopathy) เนื่องจากมีการ หดตัวของหลอดเลือดแดง และสายตาเสื่อม อาจมีจอภาพนัยน์ตาบวม และมีเลือดออกที่ขั้วประสาทตา

6. เลือดกำเดาไหล (Epistaxis) เป็นอาการที่พบได้แต่ไม่บ่อยนัก

การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตด้วย โรคหัวใจ และหลอดเลือดโดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรค เบาหวาน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ประกอบด้วย 2 วิธี ดังนี้

การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological therapies)

หลักการใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงทวีปยุโรป และสมาคม โรคหัวใจทวีปยุโรป (The European Society of Cardiology and European Society of Hypertension [ESH/ESC], 2007) คือลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจและ คงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับความรู้สึก เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อ การกระตุ้นต่าง ๆ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกได้ 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ที่ใช้บ่อย ๆ ได้แก่

1.1 ไธอะไซด์ เช่น ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) เป็นยาที่จัดไว้ในกลุ่มที่เลือกใช้เป็นอันดับแรก ออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดส่งเสริมการขับน้ำ โซเดียม โปแตสเซียม และไฮโดรเจนจึงลดปริมาตรเลือดและน้ำนอกเซลล์ มักไม่ใช้ในผู้ป่วยที่มีครีอะตินินมากกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.2 ยาขับปัสสาวะที่ออกฤทธิ์ที่หลอดเลือด (Loop diuretic) เช่น ฟูโรซีไมด์ (Furosemide) ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมโซเดียมและคลอไรด์กลับของ Loop of henle ทำให้มีการ ขับน้ำ โซเดียม โปแตสเซียม คลอไรด์ แมกนีเซียม และแคลเซียม ลดอาการบวมและปริมาตร เป็นยาในกลุ่มแรกที่เลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายร่วมด้วย

1.3 ยาขับปัสสาวะที่ช่วยเก็บโปแตสเซียม (Potassium sparing diuretic) เช่น สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) อะมิโลไรด์ไฮโดรคลอไรด์ (Amiloride hydrochloride) ยาออกฤทธิ์แย่งที่กับฮอริโมนแอล โคสเตอโรนในการจับกับรีเซพเตอร์ที่หลอดเลือดส่วนปลายทำให้ มีการขับโซเดียม และคลอไรด์ออกมากขึ้น แต่มีฤทธิ์ค่อนข้างอ่อน มักใช้ในการลดอาการบวม ในผู้ที่มีแอลโดสเตอโรนในเลือดสูง

ผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะที่สำคัญคือ ภาวะโปแตสเซียมต่ำ (ยกเว้นกลุ่มยาขับ ปัสสาวะที่ช่วยเก็บโปแตสเซียม) อิเล็กโตรไลต์เสียสมดุล ภาวะขาดน้ำ และมีปฏิกิริยาเสริมหรือ ลดฤทธิ์ของยาอื่น ๆ บางชนิด เช่น กลุ่มไธอะไซด์เสริมฤทธิ์ยาลดความดันโลหิต ส่วนกลุ่มยา ขับปัสสาวะที่ออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดลดฤทธิ์ของยาลดเบาหวาน เป็นต้น

2. ยาด้านอะดรีเนอร์จิก มีดังนี้

2.1 ยากันเบต้า (Beta - adrenergic receptor blockers) เป็นยาที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ในการบำบัดความดันโลหิตสูงมีทั้งชนิดที่ปิดกั้นเฉพาะ เช่น เมโทโพรลอล (Metoprolol) ออกฤทธิ์ ขัดขวางการกระตุ้นที่เบต้า 1 รีเซพเตอร์ของหัวใจ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และไม่เฉพาะต่อเบต้ารีเซพเตอร์ เช่น โพรพรานอลอล (Propranolol) ออกฤทธิ์ขัดขวางการกระตุ้นที่ เบต้า 1 และ 2 รีเซพเตอร์ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความต้องการในการใช้ออกซิเจนของหัวใจ และลดความดันโลหิต แต่เพิ่มความต้านทานในทางเดินหายใจ จึงไม่ใช้ในผู้ที่มีอาการหอบหืด การ ใช้ยาเบต้าอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานได้

2.2 ยาด้านทั้งแอลฟาและเบต้า เช่น ลาบีทาลอล (Labetalol) ออกฤทธิ์ลดความ ต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายและไม่ทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่ลดลง ยากลุ่ม นี้มีประสิทธิภาพสูงกว่ายาด้านเบต้าอื่น

การรักษา (ต่อ)

2.3 ยาด้านทั้งแอลฟา 1 รีเซพเตอร์ เช่น ดอกซาโซซิน (Doxazosin) พาโซซิน (Prazosin) ออกฤทธิ์ที่ Postsynaptic receptor ทำให้หลอดเลือดแดงและดำขยายตัว ความต้านทาน ของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง โดยที่ ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที และอัตราเต้นของหัวใจ มักไม่เปลี่ยนแปลงใช้ได้ผลดีเมื่อใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ แต่อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า

2.4 ยาด้านอะครีเนอร์จิกที่ประสาทส่วนปลาย (Peripheral - acting adrenergic) เช่น ยาแก้วนาเดรล (Guanadrel) ออกฤทธิ์ลดคนอร์อิพิเนพรีนที่สมอง และประสาทส่วนปลายลดความ ต้านทานของหลอดเลือด ทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และความดันโลหิตลดต่ำมากในท่ายืน อาจเกิดภาวะซิมเคร้า น้ำหนักเพิ่มขึ้น หัวใจเต้น ช้า

2.5 ยาด้านอะครีเนอร์จิกที่ประสาทส่วนกลาง (Central acting alpha 2) เช่น โคลนดิน เมทิลโคพา ยา ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุม หลอดเลือดในส่วนก้านสมอง ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก การใช้ยากลุ่มนี้จึงลดลง

3. ยาด้านแคลเซียมเข้าเซลล์ เช่น ยาแคลเซียมแอสเซต และในฟิตีฟีน ยาออกฤทธิ์ ปิดกั้นช่องทางเข้า ของแคลเซียมในกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดอาร์เทอร์โอยล ทำให้หลอดเลือด คลายตัว ลดความต้านทานของหลอดเลือด ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการนำกระแสไฟฟ้าของ เวลตรีเคิล และลดการบีบตัวของหัวใจ

4. ยาด้านระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน เช่น แคปโทพริล (Captopril) อีนาลาพริล (Enalapril) ซึ่งยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์ที่ชื่อว่าแองจิโอเทนซินคอนเวิร์ตติงเอนไซม์ที่ทำหน้าที่เปลี่ยนแองจิโอเทนซินวันเป็นแองจิโอเทนซินทู เมื่อระดับแองจิโอเทนซินทูในเลือดลดลง ทำให้ความดันลดลงนอกจากนี้ยังมีผลทำให้แบริดีไคนิน (Bradykinin) เพิ่มขึ้นในเลือด แบริดีไคนิน จะมีคุณสมบัติขยายหลอดเลือด จึงมีส่วนช่วยในการลดความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังมีผลในการ สร้างพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) และยังมีผลต่อ Adrenergic nervous system ซึ่งจะมีผลในการ ลดความดันโลหิต

5. ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilator) เช่น ไฮดราลาซีน (Hydralazine) ไมนออกซิديل (Minoxidil) ยาออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดแดงทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว หลอดเลือด ขยาย ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ความดันโลหิตลดลง แต่มักทำให้หัวใจเต้นเร็ว ขึ้นและแรงขึ้นทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้น มีการคั่งของน้ำและโซเดียมดังนั้น จึงมักใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะและยาด้านเบต้า

การเลือกใช้ในทางปฏิบัติมักพิจารณาตามสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ระดับของความดันโลหิต และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย หลักการรักษาจะเป็นไปตามขั้นตอน (JNC 7, 2003) โดยขั้นแรกเลือกใช้กลุ่มยาขับปัสสาวะก่อน เพราะสามารถลดปริมาณของเลือดในระบบไหลเวียน และลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยลงได้ ขั้นที่ 2 เลือกกลุ่มยากันแอดรีเนอร์จิก เพิ่มเข้าไปกับการใช้ยาขับปัสสาวะ ถ้ายังควบคุมไม่ได้จึงเลื่อนไปใช้ยาร่วมกันหลายชนิดต่อไป

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดยได้มีการนำมาใช้ในหลายวงการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคล ในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(ต่อ)

(self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบันภายใต้ความเชื่อที่ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้เจ็บป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พยาบาลรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาคุชะ และ ทศพร คำผลศิริ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่ประกอบด้วย (1)โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 2)คู่มือการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (2)ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (3) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) (4) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (5) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และ (6) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ชนิษฐา สารีพล (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .001$)

จันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ และ ศิริพร ชัมภลิจิต (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง และดวงหทัย ยอดทอง (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชุตินา ชมารสมบูรณ์ และปาริชา นิพนพานนท์ (2560) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและความแตกฉานด้านสุขภาพต่อความแตกฉานด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงวัยในเทศบาลตำบลอู่เม่า อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่า ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเองการรู้เท่าทันสื่อ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) มีระดับความดันโลหิต ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ณัฐพัชร์ จันทรฉาย และวรรณิ เดียววิเศษ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ พบว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความฉลาดด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นดังนี้ 1)การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง 2)ความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง 3)ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 4)ทักษะการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ 5)ทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ปวีตรา ทองมา. (2563). กล่าวไว้ในบทความ เรื่องความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่า ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีเพิ่มอัตราเสี่ยงและอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตเรื้อรัง ส่งผลเสียต่อการสูญเสียปีสุขภาวะ คุณภาพชีวิต ไปจนถึงการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นสิ่งสำคัญคือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยก่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว รวมถึงผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อเป้าหมายในการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนให้ได้อยู่เสมอ

สาวิตรี วิษณุโยธิน, ฉวีวรรณ บุญสุยา, สำลี เปลี่ยนบางช้าง, รัตนา สำโรงทอง, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ (2562) ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ร้อยละ 60.8 มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เพียงพอ ในจำนวนนี้พบมากกว่าสองในสามเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุ อาศัยอยู่ในบ้านเพียงลำพังและมีระดับการศึกษาต่ำ พบช่วงอายุ ($P = .047$) ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($P = .030$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มในการมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพียงพอ 3.77 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีช่วงอายุที่น้อยกว่า (95%CI=1.44-9.88) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มในการมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพียงพอ 3.96 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (95% CI=1.30-12.02) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพหมวดการสังเกตตนเองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีแนวโน้ม 1.81 เท่า ในการมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพียงพอ (95% CI=1.06-3.12)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อเรื่องวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่หลังผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถึง น้อยกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง ที่มารับรักษาในคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 45 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประกอบด้วย แผนการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเอง วิธีจัดการจัดการตนเอง และแบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน ส่วนเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกระดับความดันโลหิต และ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 88.9 ส่วนใหญ่มีอายุอายุอยู่ต่ำกว่า 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.8 ($M = 65.78, S.D. = 4.00$) โดยอายุมากที่สุดเท่ากับ 72 ปี และอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 60 ปี ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 11-15 ปี รองลงมาคือ 16-20 และ 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.6 26.7 และ 22.2 ตามลำดับ ($M = 11.02, S.D. = 4.98$) โดยอายุมากที่สุดเท่ากับ 21 ปี และอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ปี

ส่วนที่ 2 ระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต SBP และ DBP ก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง SBP ($M = 143.69, S.D. = 6.23$) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 152 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 126 ส่วนค่า DBP ($M = 90.13, S.D. = 3.94$) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 94 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 80 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต SBP และ DBP ก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง SBP ($M = 136.71, S.D. = 6.23$) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 152 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 126 ส่วนค่า DBP ($M = 84.93, S.D. = 5.78$) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 94 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 74

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M = 21.96, S.D. = 1.69$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 27 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 20 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 17.80, S.D. = 1.53$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 21 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 16 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M = 15.64, S.D. = 1.21$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 18 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 13 ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ($M = 44.31, S.D. = 1.24$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 46 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 42 และ ด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 27.76, S.D. = 1.94$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 30 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 23 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 26.51, S.D. = 5.19$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 34 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 21 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($M = 19.60, S.D. = 2.30$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 23 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 16 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 20.22, S.D. = 4.90$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 28 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 14 ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 55.56, S.D. = 14.86$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 83 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 42 และ ด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 30.96, S.D. = 5.74$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 40 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 25

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบของระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต SBP หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.404, P < .001$) และระดับความดันโลหิต DBP หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.885, P < .001$)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -88.731, P < .001$) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -36.483, P < .001$) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.910, P < .001$) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.941, P < .001$) และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -51.367, P < .001$)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases, NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก และระดับประเทศ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งเป็นภาระโรคของประชากรทั่วโลกและประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2560) ในประเทศไทยข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 ความชุกสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป คือ ร้อยละ 64.9 (Aekplakorn, 2016) อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีพ.ศ. 2552 เปรียบเทียบกับปี 2557 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 3.64 คน เป็น 10.95 คน ตามลำดับ (Bureau of Non Communicable Disease, 2015) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี แต่มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้นที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา (Puangpetch, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของไทยมีปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงถึงร้อยละ 43 ของผู้สูงอายุโรคนี้ทั้งหมด (Duangthipsirikul, 2013) ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายจากโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุเบื้องต้นมาจากโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต (Puangpetch, 2009)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามพฤติกรรมเหล่านี้เป็นการดำเนินชีวิตที่สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความ

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการกำเริบรุนแรงของโรค จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ให้มีการจัดการตนเองจะเป็นประโยชน์ในการควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค ทำได้โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสริมความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่ได้ประโยชน์สูง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้อย่างเข้าใจ เกิดทักษะพัฒนาศักยภาพ ตลอดจนเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคตามคำแนะนำและดูแลตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการตนเอง (Self-management) มาจากแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดยบุคคลอื่นได้นอกจากตัวเอง และจะต้องอาศัยแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงร่วมกับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Creer เป็นผู้ริเริ่มสังเคราะห์คำว่า การจัดการตนเอง เมื่อกลาง ค.ศ. 1970 โดยให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุม การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) (Creer, 2000) รายละเอียดดังนี้ (1) การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกัน รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค โดยเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการโรคที่ตนเองเป็นอยู่ โดยเป็นการทำงานร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (3) การประมวลและประเมินข้อมูล ที่ได้เก็บรวบรวมไว้ มาประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย (4) การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเองให้ได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค (5) การลงมือปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรคที่แท้จริง และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคมียุทธศาสตร์รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และ (6) การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับทักษะและข้อจำกัดว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งเมื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง พบว่า เป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกิดความตระหนักและความรับผิดชอบต่อการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่อตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสม การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ จะต้องครอบคลุมการปฏิบัติในสิ่งที่ต้องกระทำ 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการแพทย์ การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ (จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิชช ทองแดง, และ ดวงหทัย ยอดทอง, 2557) สิ่งสำคัญคือฝึกฝนทักษะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติโดยประกอบด้วยทักษะ 6 ประการ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร การปฏิบัติและการเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้มีการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว ทั้ง

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ด้านการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต ตลอดจนการลดระดับความดันโลหิตและอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้ปกติสุข (House, 1981)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูล และสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต นอกจากนั้นเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญ สามารถนำไปจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเมื่อเจอสถานการณ์แวดล้อมด้านสุขภาพและสื่อบุคคล สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้ ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งการมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น แต่ถ้าหากมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ (Adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดีลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น

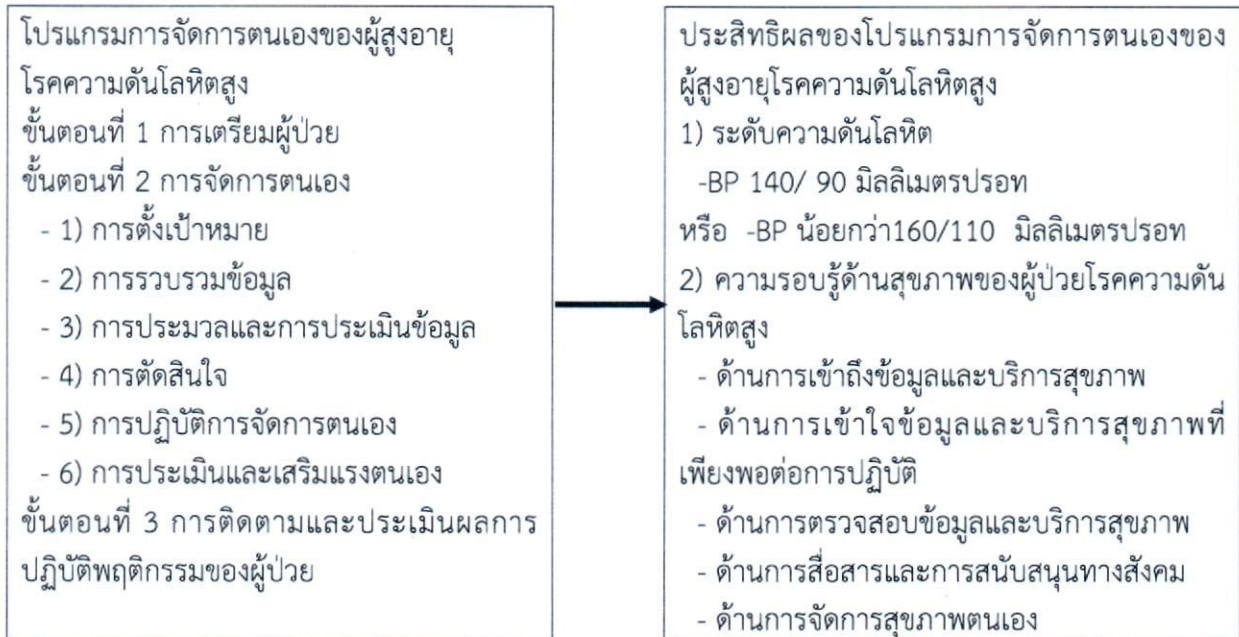
กรอบแนวคิดการวิจัย

การที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยจะต้องมีคือการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคที่ต้องมีการกั้นกรองมาจากความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (Creer, 2000) เป็นแนวทางในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมโรคได้นั้น จะต้องเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เกิดทักษะการแก้ไขปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถจัดการตนเองได้ดีจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผลกระทบที่จะเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง มีทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็นในการควบคุมโรค ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคและการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่ง Creer (Creer, 2000) เสนอกระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การตั้งเป้าหมาย
- 2) การรวบรวมข้อมูล
- 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล
- 4) การตัดสินใจ
- 5) การปฏิบัติจัดการตนเอง
- 6) การประเมินและเสริมแรงตนเอง ทั้งนี้เพื่อ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และมี

ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแครี (Creer, 2000)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่หลังผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถึง น้อยกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้ง ที่มารักษาในคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่หลังผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ถึงเดือนมกราคม 2565

โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กระบวนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินและเสริมแรงตนเอง รายละเอียดดังนี้

การตั้งเป้าหมาย หมายถึง การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทั้งระดับความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต

การรวบรวมข้อมูล หมายถึง การใช้กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต

การประมวลผลและประเมินข้อมูล หมายถึง การนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมา วิเคราะห์และประเมินเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต

การตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต

การปฏิบัติการจัดการตนเอง หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด

การประเมินและเสริมแรงตนเอง หมายถึง การประเมินตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต และสร้างแรงบันดาลใจให้ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นต่อไป

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การประเมินผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิต หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต รุ่น Zircon Model: Zircon EX-850 ประกอบด้วย ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภณท์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง รายละเอียดดังนี้

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (Interrogation skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่าน เขียน รวมทั้งสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (Telling skill) หมายถึง ความสามารถในการชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอ

ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (Change the behavior skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

ขอบเขตการวิจัย :

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษา ณ คลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งมีรูปแบบของบริการดังนี้คือ ผู้ป่วยยื่นบัตรนัด ตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ รับการซักประวัติ ชั่งน้ำหนักและวัดสัญญาณชีพโดยพยาบาล ตรวจร่างกายและรักษาโดยแพทย์ รับคำแนะนำต่าง ๆ จากพยาบาล และรับยา การเข้ารับบริการจะใช้เวลาและความรุนแรงของอาการเป็นตัวกำหนดลำดับของการเข้ารับการรักษา ภายใต้นโยบายด้านสุขภาพ คือ การบริการในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย (Population) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คัดเลือกดังนี้

1. Inclusion criteria

1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปีงบประมาณ 2564

2) อายุ 60-69 ปี

3) ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถึง น้อยกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท

4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง

1.2 Exclusion criteria -

1) มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และ โรคไตวายเรื้อรัง

ประชากร (ต่อ)

- 2) ระดับความดันโลหิตที่สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท
- 3) ผู้ป่วยไม่อยู่ในเขตสระแก้ว
- 4) แพทย์ได้มีการปรับยาความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มา รับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง G-Power การทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.25 ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 (Buchner, 2007) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 ราย df เท่ากับ 44 ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือหลัก 2 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประกอบด้วย แผนการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเอง วิธีจัดการตนเอง และแบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามกระบวนการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามปกติ ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ชักประวัติ พบแพทย์ โดยขณะนั่งรอพบแพทย์จะได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม จากนั้นจะได้รับยาและรับใบนัดครั้งต่อไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย ได้แก่

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2.2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย SBP และ DBP

ส่วนที่ 2.3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามการรับรู้ ความเชื่อมั่น ความสามารถ การกระทำด้านสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ประเมินโดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค สำหรับประชาชนในกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2561) เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 47 ข้อ

2.3.1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 8 ข้อ

2.3.2 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ

2.3.3 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

2.3.4 ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ

2.3.5 ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ จำนวน 11 ข้อ

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองให้มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการศึกษา กรณีกกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบันทึกตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมกับนัดหมาย วัน เวลา ในการพบกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแผนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนาจากขั้นตอนกระบวนการจัดการตนเอง ของ Creer (2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การตั้งเป้าหมาย
- 2) การรวบรวมข้อมูล
- 3) การประมวลผลและการประเมินข้อมูล
- 4) การตัดสินใจ
- 5) การปฏิบัติการจัดการตนเอง
- และ 6) การประเมินและเสริมแรงตนเอง โดยการติดตามตนเอง

โดยนัดพบผู้ป่วยเพื่อจัดกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นระยะดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การเตรียมผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ในการจัดการตนเอง ได้แก่การตั้งเป้าหมายและการรวบรวมข้อมูล

วัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างความเข้าใจวิธีการจัดการตนเอง
 2) เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งเป้าหมายของตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้
 3) เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรวบรวมข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้านได้ กิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยทบทวนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม สื่อการสอน ได้แก่ วีซีดีและคู่มือการจัดการตนเอง

2) ผู้ป่วยฝึกทักษะการประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต และการเฝ้าติดตามโดยลงบันทึกในแบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน

3) ผู้วิจัยให้คู่มือ และแบบบันทึกแก่ผู้ป่วย

4) สร้างความเข้าใจในการรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกด้วยตนเอง โดยกำหนดให้เฝ้าระวังตนเองที่บ้านเป็นเวลา 2 สัปดาห์

5) นัดหมายการพบกลุ่มครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 3 และ 4 ของกระบวนการจัดการตนเอง ได้แก่ การประมวลผลและการประเมินข้อมูล เพื่อการตัดสินใจ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้สามารถประมวลผลและประเมินข้อมูลที่รวบรวมได้

2) เพื่อให้เกิดการตัดสินใจสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

การดำเนินการวิจัย (ต่อ)

กิจกรรมครั้งที่ 2 ได้แก่

- 1) ผู้วิจัยและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนำข้อมูลที่รวบรวมได้ของแต่ละคนเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน
 - 2) ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินปัญหาและค้นหาแนวทางการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
 - 3) ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง
 - 4) ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และปฏิบัติตามกิจกรรมที่ตนเองเลือกเป็นเวลา 4 สัปดาห์
 - 5) ผู้วิจัยแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านดังนี้คือ
 - บันทึกในแบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
 - แนะนำให้วัดความดันโลหิตที่สถานบริการใกล้บ้านเพื่อประเมินตนเองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - แนะนำให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูลการวัดความดันโลหิตกับเป้าหมายที่ตั้งไว้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - กรณีมีปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการตนเองให้สามารถปรึกษาผู้วิจัยได้โดยการโทรศัพท์หรือไลน์กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
 - 6) ผู้วิจัยนัดหมายการเยี่ยมบ้าน และ/หรือ เยี่ยมทางโทรศัพท์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และนัดหมายอีก 4 สัปดาห์
- ซึ่งผู้ป่วยและผู้วิจัยจะร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาแนวทางแก้ไข และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสริมแรงตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ครั้งที่ 3 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6 เป็นการติดตามผลขั้นที่ 5 ได้แก่ การปฏิบัติและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคการจัดการตนเอง เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อกระตุ้นและติดตามผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง
- 2) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ได้แก่

- 1) ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคนเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ผู้วิจัยและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันปรับปรุงรายละเอียดตามข้อเสนอแนะและข้อตกลงร่วมกัน
- 3) ผู้ร่วมโปรแกรมปฏิบัติตนในการจัดการตนเองที่บ้านอีก 2 สัปดาห์
- 4) ผู้วิจัยนัดหมายการเยี่ยมบ้าน และ/หรือ เยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และนัดหมายอีก 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการดำเนินการขั้นที่ 6 การประเมินตนเอง โดยประเมินผลของการจัดการตนเอง และพัฒนาแผนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การดำเนินการวิจัย (ต่อ)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อพัฒนาแผนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
- 2) เพื่อประเมินผู้เข้าร่วมตามแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

กิจกรรมครั้งที่ 4 ได้แก่

- 1) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคนร่วมสรุปแนวทางการจัดการตนเองในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 3) สรุปบทเรียนร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย SBP และ DBP วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. คะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. เปรียบเทียบข้อมูลระดับความดันโลหิต ได้แก่ SBP และ DBP และ คะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ ได้ผลการวิเคราะห์ซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 45 ราย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($n = 45$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (45 ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	10.1
หญิง	40	88.9
อายุ (ปี)		
60-64	19	42.2
65-69	16	35.6
70 ปีขึ้นไป	10	22.2
Mean = 65.78	S.D. = 4.00	Max = 72
Min = 60		
วุฒิการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	8.9
ประถมศึกษา	27	60.0
มัธยมศึกษา	11	24.4
ปริญญาตรี	3	6.7
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
น้อยกว่า 5	6	13.3
5-10	10	22.2
11-15	16	35.6
16-20	12	26.7
มากกว่า 20	1	2.2
Mean = 11.02	S.D. = 4.98	Max = 21
Min = 1		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ)

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 88.9 ส่วนใหญ่มีอายุอายุอยู่น้อยกว่า 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.8 ($M = 65.78$, $S.D. = 4.00$) โดยอายุมากที่สุดเท่ากับ 72 ปี และอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 60 ปี ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 11-15 ปี รองลงมาคือ 16-20 และ 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.6 26.7 และ 22.2 ตามลำดับ ($M = 11.02$, $S.D. = 4.98$) โดยอายุมากที่สุดเท่ากับ 21 ปี และอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ปี

ส่วนที่ 2 ระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย SBP และ DBP ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย SBP และ DBP ($n = 45$)

ระดับความดันโลหิต	Mean	SD	Max	Min	ระดับ
SBP					
ก่อนการทดลอง	143.69	5.86	152	134	สูง
หลังการทดลอง	136.71	6.23	152	126	ปกติ
DBP					
ก่อนการทดลอง	90.13	3.94	94	80	สูง
หลังการทดลอง	84.93	5.78	94	74	ปกติ

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต SBP และ DBP ก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง SBP ($M = 143.69, S.D. = 6.23$) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 152 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 126 ส่วนค่า DBP ($M = 90.13, S.D. = 3.94$) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 94 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 80 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต SBP และ DBP ก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง SBP ($M = 136.71, S.D. = 6.23$) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 152 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 126 ส่วนค่า DBP ($M = 84.93, S.D. = 5.78$) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 94 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 74

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ($n = 45$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	Max	Min	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	21.96	1.69	27	20	น้อย
หลังการทดลอง	26.51	5.19	34	21	มาก
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
ก่อนการทดลอง	17.80	1.53	21	16	ปานกลาง
หลังการทดลอง	19.60	2.30	23	16	มาก
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	15.64	1.21	18	13	น้อย
หลังการทดลอง	20.22	4.90	28	14	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การดำเนินการวิจัย (ต่อ)

โรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ($n = 45$) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	Max	Min	ระดับ
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม					
ก่อนการทดลอง	44.31	1.24	46	42	น้อย
หลังการทดลอง	55.56	14.86	83	42	มาก
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง					
ก่อนการทดลอง	27.76	1.94	30	23	น้อย
หลังการทดลอง	30.96	5.74	40	25	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M = 21.96$, $S.D. = 1.69$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 27 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 20 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 17.80$, $S.D. = 1.53$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 21 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 16 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($M = 15.64$, $S.D. = 1.21$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 18 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 13 ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ($M = 44.31$, $S.D. = 1.24$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 46 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 42 และ ด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 27.76$, $S.D. = 1.94$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 30 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 23

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 26.51$, $S.D. = 5.19$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 34 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 21 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($M = 19.60$, $S.D. = 2.30$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 23 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 16 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 20.22$, $S.D. = 4.90$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 28 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 14 ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 55.56$, $S.D. = 14.86$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 83 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 42 และ ด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 30.96$, $S.D. = 5.74$) โดยที่มีค่าสูงสุดเท่ากับ 40 และค่าต่ำสุด เท่ากับ 25

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบของระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย SBP และ DBP ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ระดับความดันโลหิต SBP และ DBP

ระดับความดันโลหิต	Mean	SD	df	t	P
SBP					
ก่อนการทดลอง	143.69	5.86	44	5.404	.000
หลังการทดลอง	136.71	6.23			
DBP					
ก่อนการทดลอง	90.13	3.94	44	4.885	.000
หลังการทดลอง	84.93	5.78			

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต SBP หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.404, P < .001$) และระดับความดันโลหิต DBP หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.885, P < .001$)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	df	t	P
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	21.96	1.69	44	-88.731	.000
หลังการทดลอง	25.96	5.67			
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
ก่อนการทดลอง	17.80	1.53	44	-36.483	.000
หลังการทดลอง	18.80	2.74			
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	15.64	1.21	44	-19.910	.000
หลังการทดลอง	19.56	5.48			
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม					
ก่อนการทดลอง	44.31	1.24	44	-19.941	.000
หลังการทดลอง	55.09	15.24			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	df	t	P
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง					
ก่อนการทดลอง	27.76	1.94	44	-51.367	.000
หลังการทดลอง	31.00	6.49			

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -88.731, P < .001$) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -36.483, P < .001$) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.910, P < .001$) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.941, P < .001$) และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -51.367, P < .001$)

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของโปรแกรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต SBP และระดับความดันโลหิต DBP หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพตามลำดับ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดังนี้

ระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต SBP และระดับความดันโลหิต DBP ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ของ เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ และ ทศพร คำผลศิริ (2555) ที่พบว่า) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) (4) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของ ชนิษฐา สารีพล (2558) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .001$) นั่นคือ การจัดการตนเองด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เลือกรับเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม สามารถเรียนรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองได้เหมาะสมกับโรค ผลคือทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้และระดับความดันโลหิตลดลง

ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและความแตกฉานด้านสุขภาพต่อความแตกฉานด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงวัยในเทศบาลตำบลอู่เม่า อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ของ ชุตินา ขมารสมบุญ และปาริชา นิพนพานนท์ (2560) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของโปรแกรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต SBP และระดับความดันโลหิต DBP หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพตามลำดับ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดังนี้

ระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต SBP และระดับความดันโลหิต DBP ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ของ เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาคุช และ ทศพร คำผลศิริ (2555) ที่พบว่า) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) (4) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของ ชนิษฐา สารีพล (2558) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .001$) นั่นคือ การจัดการตนเองด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เลือกการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม สามารถเรียนรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองได้เหมาะสมกับโรค ผลคือทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้และระดับความดันโลหิตลดลง

ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและความแตกฉานด้านสุขภาพต่อความแตกฉานด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงวัยในเทศบาลตำบลอู่เม่า อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ของ ชุตินา มารสมบุญ และปาริชา นิพนพานนท์ (2560) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ

อภิปรายผล (ต่อ)

สุทธิพันธ์ ฅนอมพันธ์ (2562) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตัวเองที่เหมาะสมเพียง ร้อยละ 66.08 นั่นคือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านการจัดการสุขภาพตนเองสูงขึ้น โดยสามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนในการจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนกระบวนการจัดการตนเองว่าสามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ โดยปรับเปลี่ยนวิธีการให้มีประสิทธิภาพสูงสุดอยู่เสมอ

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการทำของการทำงานวิจัย

1. เลือกหัวข้อที่จะศึกษาวิจัย โดยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี แต่มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้นที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของไทยมีปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงถึงร้อยละ 43 ของผู้สูงอายุโรคนี้ทั้งหมด ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายจากโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุเบื้องต้นมาจากโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการประยุกต์แนวความคิดการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองถูกต้องและเหมาะสมอย่างยั่งยืน

2. ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิด วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดขอบเขตของปัญหา วัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย พร้อมทั้งออกแบบระเบียบวิธีวิจัย

3. กำหนดกรอบแนวความคิดการวิจัย

4. ประสานผู้เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. จัดทำโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย และทำหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย

6. ดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และขออนุญาตศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่คลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง G-Power การทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.25 ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 (Buchner, 2007) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 ราย df เท่ากับ 44 ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 ราย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอนการทำงานของการทำงานวิจัย (ต่อ)

8. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
9. เขียนรายงานการวิจัย
10. จัดทำรูปเล่ม
11. เผยแพร่รายงานโดย วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทั้งระดับความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต SBP หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.404, P < .001$) ระดับความดันโลหิต DBP หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.885, P < .001$) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

กลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเอง

กลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สำคัญมีดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นการจัดในลักษณะกลุ่มย่อย (7-15 คน) หรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการใช้สื่อแบบต่าง ๆ ในการให้ความรู้รวมกับการใช้ตัวแบบ (role model) ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคมาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้ความรู้สีก่ออยากควบคุมโรคได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ทั้งนี้การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค (specific skill training) โดยผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้แบบกลุ่มและเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์/ทีมสุขภาพ และผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วยให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Milenkovi, Gavrilovic, Percan, & Petrovski, 2004)

2. การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถทำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประเด็นร่วมที่คล้ายคลึงกัน แต่มีประเด็นที่แตกต่างเกี่ยวกับทักษะบางประการที่เน้นเฉพาะโรคนั้น ๆ ซึ่งการฝึกทักษะเฉพาะนี้มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จากการได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

6.2 เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

6.3 เพิ่มอัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

6.4 เพิ่มความตระหนักของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคจอประสาทตาเสื่อม และโรคหลอดเลือดที่ขาตีบ

6.5 เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีการดำเนินการหลายขั้นตอนรวมถึงมีการสอบปากเปล่าต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

7.2 การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในบางวันมีผู้ป่วยให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการหลายท่านทำให้การจัดกิจกรรมมีความยุ่งยากในการควบคุมกลุ่มและบางวันผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการมาตรวจหลายแผนก ทำให้ต้องมีการจัดสรรเรื่องเวลาในการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

7.3 การเขียนรายงานการวิจัยเพื่อเผยแพร่ข่าวช่วงในการติดต่อขอลงวารสารการประสานงานยาวนานล่าช้าส่งผลให้การตีพิมพ์ต้องคาดเคลื่อนเลื่อนออกไป

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปอ้างอิงได้เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว แต่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่น ๆ

8.2 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการบริการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของการให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาดี ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างในสถานบริการที่แตกต่างกันมากขึ้น

8.3 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดครั้งเดียว (Cross-Sectional Study) ซึ่งแสดงถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงในภาพรวมได้ ดังนั้นถ้ามีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวจะทำให้สามารถศึกษาแนวโน้มของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้ดีขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านบริการ

ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว ไปใช้ในคลินิกโรคความดันโลหิตในการปฏิบัติงานประจำ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2. ด้านการศึกษา

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือเป็นแนวทาง ในการจัดการเรียนการสอนหรือต้นแบบ เพื่อให้หน่วยงานอื่นเรียนรู้และนำไปจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น

10. การเผยแพร่ผลงาน

วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวพัชรา เปลื้องรัตน์ ผู้เสนอ มีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 90
 - 2) นางกศิมา สง่ารัตนพิมาน ผู้ร่วม มีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 10
- ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

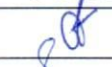

(นางสาวพัชรา เปลื้องรัตน์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... ๒๗ ธ.ค. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสุพัตรา เปลื้องรัตน์	
นางสาวศศิมา สง่ารัตนพิมาน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 
(นางสุวรรณา ชนะภัย)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

(วันที่) ๒๘ มิ.ค. ๒๕๖๖ /

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวรัตนา ด้านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) ๒๒ มี.ค. ๒๕๖๗ /

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... 

(นายธราพงษ์ กีบโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) ๙ ก.พ. ๒๕๖๗

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

.....

1.เรื่อง พัฒนาระบบบริการการพยาบาลทางไกล(Tele-nursing) แผนกอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2.หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำจำกัดความของคำว่า “การแพทย์ทางไกล” หรือ “Telehealth” หมายถึง การจัดให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อยู่ห่างไกลโดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ อาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษาและการป้องกันโรค (World Health Organization, 2010)

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมที่นับวันยิ่งจะทำให้ระบบต่างๆ พัฒนาก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้น จากอดีตเราเคยใช้โทรศัพท์สำหรับพูดติดต่อกับสื่อสารเท่านั้น แต่ปัจจุบันเราสามารถใช้อุปกรณ์มือถือเพื่อถ่ายรูป ถ่ายคลิปวิดีโอ ฟังเพลง หรือแม้กระทั่งเชื่อมต่อกับสื่อออนไลน์ต่างๆ ได้ ทำให้เห็นทั้งภาพเคลื่อนไหวและได้ยินเสียงของคู่สนทนาของเราในเวลาเดียวกัน ช่วยให้การติดต่อกับสื่อสารเป็นเรื่องสะดวกสบายมากขึ้น นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสารโทรคมนาคมยังส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทางการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ สำหรับด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น เราเรียกการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลนี้ว่า การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine/ Telehealth (ชญาณิชวร กุลรัตนมณีพร,และคณะ, 2559) เดิมทีเทคโนโลยีการรักษาแบบ Telemedicine เกิดขึ้นในต่างประเทศ แต่ปัจจุบัน หลายโรงพยาบาลในประเทศไทยก็ค่อย ๆ เริ่มนำมาปรับใช้กับการรักษา โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ยิ่งกระตุ้นให้โรงพยาบาลหันมาใช้วิธีการรักษาแบบ Telemedicine เพื่อให้ตอบโจทย์ต่อการรักษาในช่วงเวลาเหล่านี้มากยิ่งขึ้น เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในเรื่องของการเดินทาง ประหยัดเวลาในการรอคิว ลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องออกจากบ้าน และลดจำนวนคนภายในโรงพยาบาล ระบบ Telehealth หรือระบบการแพทย์ทางไกล เป็นอีกรูปแบบของระบบบริการทางการแพทย์ที่จะมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ทำให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลางได้ทันท่วงทีโดยไม่ต้องเสียเวลาเดินทางมาไกล นอกจากนี้โรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางก็จะได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านการตรวจรักษา การแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์ ตลอดจนการศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์ เป็นการช่วยพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และครอบคลุมประชากรในส่วนต่างๆ ของประเทศมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรของประเทศมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด (ชญาณิชวร กุลรัตนมณีพร,และคณะ, 2559)

เสนอผลงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จึงมีความสนใจที่จะแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ทั่วถึงและเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ด้วยการพัฒนารูปแบบระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telehealth) แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนัดบริการการพยาบาลทางไกล (Telehealth) เพื่อลดระยะเวลารอคอยรับบริการ ขจัดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นจากการรอคอยที่ไม่เกิดคุณค่า

2.หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ไกลโรงพยาบาล สามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและวินิจฉัยจากแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวสามารถติดตามการรักษาได้ง่ายขึ้น โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาเดินทาง ไม่ต้องหยุดงานมาโรงพยาบาล เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาทางการแพทย์ สามารถแลกเปลี่ยนความรู้และคำแนะนำจากแพทย์ได้โดยตรงและจัดเก็บข้อมูลการรักษาอย่างเป็นระบบและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลในภาพรวมของงานแผนกอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

จากผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า Telemedicine ที่ได้รับความนิยมสูงสุดมีอยู่ 4 ชนิด ได้แก่

1. Teleradiology เป็น Telemedicine ที่นิยมนำมาใช้มากที่สุด (1) โดยการส่งต่อภาพถ่ายทางรังสีหรือภาพเอกซเรย์แบบดิจิทัล จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งเพื่อให้แปลผล วินิจฉัย และ/หรือขอคำปรึกษา
2. Telepathology เป็นการส่งภาพชิ้นเนื้อจากกล้องจุลทรรศน์ หรือส่งรายงานผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เพื่อให้แปลผล วินิจฉัย และ/หรือเพื่อขอปรึกษาความเห็นเพิ่มเติม
3. Teledermatology เป็นการส่งข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคผิวหนังหรือความผิดปกติของผิวหนัง เพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผิวหนังได้ทำการแปลผล วินิจฉัย และ/หรือเพื่อขอปรึกษาเพิ่มเติม
4. Telepsychiatry เป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อการประเมินทางจิตเวช และ/หรือการขอปรึกษาผ่านระบบวิดีโอและโทรศัพท์ (WHO,2010)

Telemedicine หรือ Telehealth คือ การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ซึ่งในภาษาไทยจะเรียกว่า โทรเวชกรรม หรือระบบแพทย์ทางไกล การใช้ระบบ Telemedicine เริ่มต้นในปี ค.ศ.1960 จากแรงผลักดันทางการทหารและเทคโนโลยีทางอวกาศของประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับการใช้อุปกรณ์การสื่อสารที่มีอยู่ในขณะนั้น เช่น การใช้ระบบโทรศัพท์ช่วยในการปรึกษากันระหว่างจิตแพทย์ที่สถาบันทางจิตเวชกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่โรงพยาบาลจิตเวช และการให้คำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงเรียนแพทย์ไปยังศูนย์การแพทย์ที่สนามบินที่อยู่อีกแห่งหนึ่ง ต่อมาการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ก้าวหน้าและหลากหลายทั่วโลกเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบ Telemedicine โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาที่เปลี่ยนจากยุคอนาล็อก (analog) เข้าสู่ยุคดิจิทัล (digital) รวมไปถึงราคาอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ลดลง เป็นแรงจูงใจที่กระตุ้นความสนใจของสถานพยาบาลต่างๆ ที่จะจัดหาวิธีใหม่ที่มีประสิทธิภาพเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ดีขึ้น อีกทั้งการใช้ระบบอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลายช่วยขยายขอบเขตของ Telemedicine ไปยัง Web-based applications เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (electronic mail หรือ e-mail) การประชุมทางไกล (Teleconference) และการปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) รวมถึงการใช้สื่อมัลติมีเดีย เช่น รูปถ่ายดิจิทัลและวิดีโอ (ไพศาล มณีสว่าง,2565)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาแผนกอายุรกรรม สามารถเข้าถึงระบบการบริการการพยาบาลทางไกล (Tele - nursing) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชนบททางไกลสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันที่ โดยผ่านระบบการบริการทางการแพทย์การพยาบาลทางไกล (Tele - nursing) แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
3. เพื่อลดความแออัดของผู้มารับบริการในงานแผนกอายุรกรรม
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการของงานแผนกอายุรกรรม
5. เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและช่วยลดทรัพยากรที่เป็นต้นทุนของโรงพยาบาลทางอ้อม

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กรกฎาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา มีนัดติดตามอาการแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สามารถเข้าถึงระบบการบริการการพยาบาลทางไกล (Tele - nursing) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้ ทุกราย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา ทบทวนนวัตกรรมและสืบค้นจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง
2. ประชุมแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา มีนัดติดตามอาการแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สามารถเข้าถึงระบบการบริการการพยาบาลทางไกล (Tele - nursing) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยมีการประสานงานกับงานเวชระเบียน และศูนย์สารสนเทศ ในการกำหนดฐานข้อมูล
3. ดำเนินการใช้แนวทางการพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์การพยาบาลทางไกล (Telehealth) ดังนี้
 - 3.1 ขออนุมัติจัดซื้ออุปกรณ์ที่ใช้สำหรับบริการทางการแพทย์การพยาบาลทางไกล (Telehealth) ผ่านกลุ่มงานแผนและยุทธศาสตร์อนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 - 3.2 จัดทำรูปแบบระบบบริการทางการแพทย์การพยาบาลทางไกล แผนกอายุรกรรม โดยกำหนด QR CODE เพื่อใช้สำหรับลงทะเบียนนัดล่วงหน้าบริการการพยาบาลทางไกล (Tele - nursing)
 - 3.3 ประชาสัมพันธ์ รูปแบบระบบบริการทางการแพทย์การพยาบาลทางไกล แผนกอายุรกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผ่านตามช่องทางต่างๆ ได้แก่ เว็บไซต์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, งานประชาสัมพันธ์, แผนกต่างๆที่เปิดให้บริการ, ภายนอกลิฟท์ และป้ายประชาสัมพันธ์ภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 - 3.4 เปิดระบบบริการทางการแพทย์การพยาบาลทางไกลแผนกอายุรกรรมรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา มีนัดติดตามอาการแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีรักษาแผนกอายุรกรรม สามารถเข้าถึงระบบการบริการการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชนบททางไกลสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันท่วงที โดยผ่านระบบการบริการการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
3. ลดความแออัดของผู้มารับบริการในงานแผนกอายุรกรรม
4. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการของงานแผนกอายุรกรรม

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1.มีรูปแบบระบบบริการการพยาบาลทางไกล(Tele-nursing) แผนกอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วสำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการสื่อสารกับแพทย์พยาบาลทางไกลที่พัฒนาแล้ว จำนวน 1 ฉบับ
- 2.ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชนบททางไกลสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันท่วงที มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
- 3.ลดระยะเวลารอคอย/ผู้มารับการลดลง/ลดจำนวนคนมารับบริการโรงพยาบาลที่แผนกอายุรกรรม ร้อยละ 30
- 4.ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

(ลงชื่อ)

(นางสุพัตรา เปลื้องรัตน์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน