

รูปแบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา: ชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง

สายฝน ตันตะโยธิน* อนันต์ มลารัตน์** สิงหา จันทน์ขาว**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การศึกษาการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคนี้ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน จะสามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยทีมจัดการสุขภาพในชุมชนจำนวน 10 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน และผู้ดูแล จำนวน 16 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการให้ตอบแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : บริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการวางแผน การบริหารจัดการ การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล ผลการวิเคราะห์กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ ด้านความรู้ ด้านความสามารถ ด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สบสุข สุรา ยา อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.31$)

สรุปผล : ผลการวิจัยทำให้ทราบบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อันนำไปเป็นข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง รูปแบบ

*นิสิตหลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาสุศึกษาและพลศึกษา ภาควิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : อนันต์ มลารัตน์, E-mail: dr.ananswu@gmail.com

Received: February 28, 2022

Revised: August 11, 2022

Accepted: August 19, 2022

Health management patterns for hypertensive patients: a case study of a community in Thailand central region

Saifon Tantayothin* Anan Malarat** Singha Chankhaw**

Abstract

Background: Hypertension has prominently been the health issue. The investigation of health management based on concepts of individual, family, and community approach has been taken to construct the proper health management patterns.

Objectives: To investigate the context of health management for hypertensive patients in the community, to study behavioral change process at individual level based on ADKAR model and to study hypertensive patient's health behaviors.

Methods: This descriptive qualitative research included ten health management staffs, sixteen hypertensive patients, and sixteen caregivers as informants. A series of focus groups, interviews, and semi structured questionnaires were used as data collection methods. Content analysis, and descriptive analysis were used for analyzing data. In addition, the methodological triangulation process was conducted as well.

Results: Health management context for hypertensive patients in the community comprised of the processes of planning, administration, action, monitoring and evaluation. Awareness, desire, knowledge, ability, and reinforcement of behavioral changes in caregivers and patients illustrated a great level. Health behaviors of hypertensive patients in terms of nutrition, physical exercises, emotions, smoking, alcohol consumption and medication adherence were in moderate level ($M= 3.31$).

Conclusion: The results revealed optimal health management context for hypertensive patients in the community and the level of health behavioral adjustment from individual, family, and community approach which can be adopted to construct more efficient health management patterns.

Keywords: health management, hypertension, patterns

*Student of Doctor of Education program in Health Education and Physical Education Department of Health Education, Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University

**Department of Health Education, Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University

Corresponding autho: Anan Malarat, E-mail: dr.ananswu@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนเกือบถึงพันล้านคนสองในสามอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในปี 2568 คาดการณ์ว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 1.56 พันล้านคน จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง¹ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2553 - 2557) พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงเกือบ 11 ล้านคน และสิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่ง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 ในเพศชายและร้อยละ 40 ในเพศหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน (ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 8.00-9.00 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้อาการทวีความรุนแรงขึ้น มีเพียง 1 ใน 4 ของผู้ที่ได้รับการรักษาสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในปี 2560 ประเทศไทยพบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ภาพรวมของประเทศในปี 2558 - 2561 เท่ากับ 8.09 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ² ซึ่งมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น และจากรายงานการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่สาธารณสุขเขต 4 ได้แก่ จังหวัดอ่างทอง พระนครศรีอยุธยา นนทบุรี และปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2560 พบว่า จังหวัดนนทบุรีมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงสุด อัตราป่วยเท่ากับ 657.48 ต่อแสนประชากร³ และมีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2560 เท่ากับ 1,023.54 ต่อแสนประชากร⁴

ปัญหาของการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ล้มเหลวเกิดจากการที่ผู้ป่วยคิดว่าระดับความดันโลหิตของตนเองปกติแล้วหยุดรับประทานยาเอง ไม่

ไปพบแพทย์ รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันและเกลือสูง ขาดการออกกำลังกาย ไม่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้านและมีสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง เกิดโรคแทรกซ้อนหลายชนิด และเสียชีวิตในที่สุด⁵ จากการสำรวจพื้นที่ชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.00 มากเป็นอันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 69.00 ผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารประเภททอด ของหมักดอง ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 60 ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเป็นประจำ ร้อยละ 41.00 และไม่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 56 เมื่อตรวจสอบประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนจำนวน 20 ราย พบว่า ร้อยละ 41.00 มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งถ้าควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และปล่อยให้มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องจัดการด้วยตนเอง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยา และการไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ หรือการใช้หลัก 3อ. 2ส.1ย.

คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา รับประทานยา แต่อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การตระหนักในความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การมีความรู้ในการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือน เสริมพลังอำนาจในเรื่องของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง⁶

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยใช้แนวคิดแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ADKAR Model⁷ มาแก้ไขปัญหา ซึ่งที่ผ่านมาใช้รูปแบบทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ในการดูแลผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามปัญหาจากการดำเนินงานดังกล่าวพบความไม่ต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมพื้นที่ และไม่เป็นรูปธรรม อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรสหวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ และไม่ได้มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย จึงไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างแท้จริง ADKAR Model ถือเป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่มุ่งการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การสร้างความตระหนักและการรับรู้ด้านความปลอดภัย (Awareness) เพื่อให้เข้าใจถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่ปลอดภัย รู้ถึงความเสี่ยงจากการไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบที่ตามมา 2) ความต้องการเปลี่ยนของแต่ละบุคคล (Desire) เกิดจากลักษณะส่วนตัวและจาก

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3) การให้ความรู้ (Knowledge) การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) การสร้างทักษะความสามารถ (Ability) อันเกิดจากการได้รับความรู้และเกิดความต้องการอยากเปลี่ยนแปลง นำมาสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 5) การเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) การส่งเสริม ให้คำชมเชยหรือรางวัล เป็นสิ่งจูงใจ เป็นแรงบันดาลใจให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นข้อดีของ ADKAR Model และอาจยังต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ เช่น แรงจูงใจและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม ผลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงนำ ADKAR Model มาใช้ในการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยส่งเสริมการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ในการป้องกันโรค ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา รับประทานยา ให้เหมาะสมและสามารถควบคุมโรคได้ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนนี้ เป็นการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ในการดูแลพฤติกรรมด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สบู่หรือ สุรา ยา โดยมุ่งพัฒนาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดความสามารถตามแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของ ADKAR Model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา รับประทานยา อย่างเหมาะสมและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) โดยผู้ให้ข้อมูลคือ บุคลากรสาธารณสุข และประชากรในชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง ที่ให้ข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2564 ถึงเดือน กรกฎาคม 2564 ประกอบด้วย

1) ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน รวมจำนวน 10 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Consecutive sampling) ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือ มีประสบการณ์และเกี่ยวข้องในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ศึกษา หรือมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการ

กำหนดนโยบาย/แนวทางในการดูแลผู้ป่วย และสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย

2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Consecutive sampling) ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือ 1) มี หรือเคยมี ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการติดตามการรักษาของ รพ.สต.วัดคลองขวาง 3) ได้รับการดูแลรักษาและควบคุมการรักษาโดยแพทย์ 4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย ซึ่งจำนวนผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาจากการอิ่มตัวของข้อมูล โดยได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 16 คน

3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Consecutive sampling) ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นตัวอย่าง และสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย ซึ่งจำนวนผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาจากการอิ่มตัวของข้อมูล โดยได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 16 คน

ตัวอย่างทั้งหมดมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบถ้วนตามระยะเวลา และ/หรือจำนวนกิจกรรมที่กำหนด หรือมีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้ หากเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎี ADKAR Model⁷ และแนวคิด 3อ. 2ส.1ย.⁸

1) แบบสนทนากลุ่มเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด (Open ended)

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด (Open ended)

3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ป่วย จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด (Open ended)

4) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด (Open ended)

5) แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR สำหรับผู้ดูแล และสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตระหนักรู้ (Awareness) ด้านความปรารถนา (Desire) ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านความสามารถ (Ability) และด้านการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

6) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุนัข หมี สุรา ยา สำหรับผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก แนวคิด 3อ. 2ส.1ย. จำนวน 43 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย ผ่านทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการวัดและประเมินผล หลังการปรับแก้ไข มีค่า

ดัชนีสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.5 ทุกข้อคำถาม เมื่อนำแบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR สำหรับผู้ดูแลและสำหรับผู้ป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 .90 และ .80 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง คือ SWUEC-G-139/2564 เมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน และวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล นัดหมายผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย กระบวนการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึกและข้อมูลการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง โดยบอกบทบาทของ ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสรุปประเด็นสำคัญ เมื่อได้ข้อมูลครบคลุมตามวัตถุประสงค์ รวบรวมข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยได้ร่วมกันฟังเทป

ซ้ำภายหลังการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาเป็นข้อความ นำมาเขียนขยายความให้สมบูรณ์ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เปรียบเทียบความคงที่ของข้อมูล (Constant comparison) โดยผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ซึ่งมีการทบทวนข้อมูลอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลพร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วย และวิเคราะห์ระดับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR ของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

1.1 ด้านการวางแผน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลไม่มีการวางแผนการดูแลสุขภาพ จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์เป็นหลัก ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน โดยผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนครัวเรือน โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา จัดทำแผนงานโครงการ เสนอของบประมาณจากกองทุน

สุขภาพท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และรายงานผลการปฏิบัติงาน

1.2 ด้านการบริหารจัดการ

1.2.1 ภาวการณ์เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว (แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัดเภสัชกร) มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสุขภาพ 2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล กรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน 3) ภาคประชาชน ได้แก่ ทีมอสม. จิตอาสา อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย คัดกรองโรคโดยบริการเชิงรุกถึงบ้านผู้ป่วย การให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 4) บุคลากรอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู มีบทบาทหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพในการทำกิจกรรมในชุมชนต่างๆ และประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพ

1.2.2 ทรัพยากร/งบประมาณที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต. สนับสนุนงบประมาณจัดซื้อวัสดุการแพทย์ในการดำเนินงานในชุมชน 2) กองทุนพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมในชุมชน 3) กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อบต. จัดสรรงบประมาณให้ผู้สูงอายุติดเตียงจากภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนค่าตอบแทนแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย 4) อบจ. สนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตให้อสม. ใช้บริการผู้ป่วยในชุมชน 5) รพช. สนับสนุน

ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ และสนับสนุนบุคลากรในทีมหมอบรรลุภารกิจออกมาให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง 6) รพ.สต. ให้การสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสม.

1.2.3 แนวคิด/เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และทีมจัดการสุขภาพ มีแนวคิดและเป้าหมายเดียวกันคือ ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เน้นเรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ และรับประทานยาเป็นหลัก

1.2.4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ ชุมชนไม่นิยมใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและสมุนไพรในการดูแลสุขภาพและรักษาโรคความดันโลหิตสูง จะใช้การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

1.3 ด้านการดำเนินการ

1.3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ทีมหมอบรรลุภารกิจ ให้บริการเรื่องการดูแลรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.3.2 ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล กรรมการกองทุนท้องถิ่นฯ จัดสรรงบประมาณ สมทบให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. เพื่อให้องค์กรต่างๆ จัดทำโครงการที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในชุมชน และช่วยประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆ

1.3.3 ภาคประชาชน ได้แก่ ทีมอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้ป่วย ประชาชน ทำกิจกรรมสำรวจความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน คัดกรองโรควัดความดันโลหิต และรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. พร้อมทั้ง ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว

1.4 ด้านการติดตามประเมินผล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล มีการติดตามประเมินผลการดูแลรักษาโดยประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของตนเอง การวัดความดันโลหิต และประเมินค่าความดันโลหิตเมื่อไปพบแพทย์

ทีมจัดการสุขภาพชุมชน มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงส่วนขาดและเทียบผลการดำเนินงานกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล คือการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามวัดความดันโลหิตและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR

2.1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR ของทีมจัดการสุขภาพชุมชน

ด้านความตระหนักรู้ (Awareness)

ทีมสุขภาพชุมชนตระหนักว่าโรคนี้เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยตระหนักว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการในระยะแรก ทำให้ไม่ได้รับการรักษา เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา นำไปสู่การทุพพลภาพและเสียชีวิต ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้หรือทำได้น้อยลง ทำให้ไม่มีรายได้หรือรายได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ เป็นภาระของคนในครอบครัวในการ

ดูแลกรณีมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือติดเชื้อ ครอบครัวยังมีภาระเพิ่มขึ้น ทั้งเงิน วัสดุ การแพทย์ต่าง ๆ ในการที่จะดูแลผู้ป่วย และผลกระทบต่อสังคมคือทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ต้องรับภาระการดูแลรักษาและค่าใช้จ่ายในระยะยาว และทีมสุขภาพในชุมชนต้องเข้ามาดูแล

ด้านความปรารถนา (Desire)

ทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีความต้องการในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงโดยมีเหตุผลที่คล้ายคลึงกันคือ โรคความดันโลหิตสูงนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต่อครอบครัว และต่อชุมชน เพราะโรคนี้มีอัตราการเกิดโรคในชุมชนสูงกว่าโรคอื่น ๆ โรคนี้มีความรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งส่งผลต่อการรับภาระการดูแลของทีมจัดการสุขภาพชุมชน

ด้านความรู้ (Knowledge)

ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนมีองค์ความรู้ที่ใช้จัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง การใช้ยา เบื้องต้น การให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้ป่วย เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพฟัน การดูแลภาวะแทรกซ้อน ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนยังขาดองค์ความรู้/หรือต้องการองค์ความรู้ในการจัดการปัญหา ได้แก่ เทคนิคการสร้างตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรค การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจร่างกาย การใช้ยา เป็นต้น

ด้านความสามารถ (Ability)

ทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีทักษะความสามารถในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการใช้ยาเบื้องต้น การดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพฟัน การดูแลภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น และการให้ความรู้เรื่องโรคนี้

ทีมจัดการสุขภาพชุมชนยังขาดทักษะการสร้างความตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจร่างกาย การใช้ยา เป็นต้น เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง เช่น การใช้ทักษะการสื่อสาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ

ด้านการเสริมแรงสนับสนุน

(Reinforcement)

ชุมชนมีระบบการสนับสนุนการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน คือ มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีเครือข่าย ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. โดยใช้งบประมาณกองทุนท้องถิ่นอบต. และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมกับทีมเครือข่ายในชุมชน และอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ความสามารถ

ชุมชนมีระบบการติดตามประเมินผลการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง คือ มีการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อแยกกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ และวางแผนการดำเนินการ มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย โดยทีมของรพ.สต. ร่วมกับอสม. มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ปิงปองจราจร 7 สี เพื่อแยกว่าผู้ป่วยมีอาการมากน้อยเพียงใด

2.2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง

ADKAR ของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านการตระหนักรู้ (Awareness) ด้านความปรารถนา (Desire) ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านความสามารถ (Ability) และด้านการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) ทั้งของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ (Awareness) ของผู้ดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=3.76$, $SD=1.48$) ส่วนผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=4.02$, $SD=0.70$) ด้านความปรารถนา (Desire) ของผู้ดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=3.75$, $SD=0.91$) ส่วนผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=3.75$, $SD=0.34$) ด้านความรู้ (Knowledge) ของผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=13.06$, $SD=1.56$) ส่วนผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=12.06$, $SD=1.84$) ด้านความสามารถ (Ability) ของผู้ดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=1.90$, $SD=0.49$) ส่วนผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=1.90$, $SD=0.49$) และด้านการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) ของผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=.89$, $SD=1.48$) ส่วนผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=3.24$, $SD=0.68$)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สบฟัน สุรา ยา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.31$, $SD=0.31$) โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่

ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในระดับมากที่สุด ($M=4.50$, $SD=1.03$) รองลงมาคือ ไม่สูบบุหรี่ สดฟันบู่ หรือใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ($M=4.00$, $SD=1.41$) และมีการรับประทานยาและการไปรับการรักษา ($M=3.65$, $SD=0.67$) อยู่ในระดับมาก แต่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ($M=3.17$, $SD=0.42$) การจัดการด้านอารมณ์ ($M=3.17$, $SD=0.53$) และการออกกำลังกายยังไม่ดีเท่าที่ควร ($M=2.93$, $SD=0.42$) โดยอยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

จากบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย กระบวนการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย การบริหารจัดการโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และมีการติดตามประเมินผล ซึ่งการวางแผนสุขภาพตำบลถือเป็นเข็มทิศในการดูแลสุขภาพร่วมกันโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง วางแผนการทำงานได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่และส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ⁹ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนนั้นพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล ไม่มีการวางแผนการดูแลสุขภาพ แต่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์เป็นหลัก ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องอาศัยตัวเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน¹⁰ จึงจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ส่วนความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR

ด้านการตระหนักรู้ ด้านความปรารถนา ด้านความรู้ ด้านความสามารถ และด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยในระดับมากทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าทุกด้านไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้พฤติกรรมป้องกันโรคเป็นการกระทำในการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งพฤติกรรมจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยทางประชากรและปัจจัยด้านจิตสังคม¹¹ สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์¹² ที่ให้ความเห็นว่าปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ ขนบธรรมเนียมประเพณี และด้านชีววิทยาสามารถส่งผลต่อการปกป้องตนเองจากการเกิดโรคได้ ดังนั้นผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่คล้ายคลึงกัน จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้จากงานวิจัยของอดิญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2560)¹³ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ของ อสม. ก่อนและหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ไม่แตกต่างกัน ($t=0.75$, $p=0.46$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่แตกต่างกัน

ด้านพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สบพู่หรี สุรา ยา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.31$) และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพน้อยที่สุด 3 ลำดับคือ การรับประทานอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ และการออกกำลังกาย ซึ่งอยู่ในระดับปาน

กลาง แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีการตระหนักรู้ มีความปรารถนา และมีความรู้ในระดับมาก แต่ยังไม่เพียงพอให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์นั้น อาจยังต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ เช่น แรงจูงใจและการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม ดังเห็นได้จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหินอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่ ที่พบว่ามีหลายพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หากกลุ่มเสี่ยงไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารรับประทานเอง ก็จะรับประทานอาหารที่ผู้ปรุงทำให้รับประทานโดยไม่มีสิทธิเลือก พฤติกรรมการออกกำลังกาย หากทุกคนในครอบครัวเห็นถึงความสำคัญก็จะสนับสนุนและให้กำลังใจแก่กลุ่มเสี่ยง ทำให้มีแรงผลักดันให้กระทำพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ด้านความเครียด หากบุคคลในครอบครัวมีความรู้ในการจัดการความเครียดก็จะช่วยหาวิธีให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการความเครียดได้¹⁴ นอกจากนี้อารมณ์ยังมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย¹⁵ ดังนั้นอาจต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนนี้ เพราะจะส่งผลต่อความตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งนี้การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรเน้นให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นประจำ และกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูง ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืนตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)⁵ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและควบคุมโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ เป้าประสงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อลดภาวะเสี่ยงและควบคุมภาวะเจ็บป่วยได้ดี ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทั่วถึง และยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย เป้าประสงค์ให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างมีส่วนร่วม

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยทำให้ทราบบริบทการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รวมทั้งความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งในระดับบุคคลตามแบบจำลอง ADKAR ระดับครอบครัว และชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามการดูแลสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุนัข หี สุรา ยา อันจะนำไปสู่การพัฒนาแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลังเสร็จสิ้นการวิจัย เพื่อประเมินผลความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรมหลังจากที่ได้รูปแบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วย และควรนำรูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ไปศึกษาเพิ่มเติมในชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน

ไป เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รวมทั้งความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบจำลอง ADKAR ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุนัข หี สุรา ยา และอาจทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชน ทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาในการอ่านงานวิจัย ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

References

1. World Health Organization. Primary prevention of essential hypertension. World Health Organization Technical Report Series; 2003. p.5-39.
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Strategic Plan of The Ministry of Public Health 2017-2021; 2017. (in Thai).
3. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Weekly Surveillances Report. Nonthaburi : Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
4. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. NCDs Surveillances Report 2019. Nonthaburi: Aksorn Grphic and Design Publishing Limited. (in Thai).

5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand National NCD plan 2017-2021; 2015:p.23-26. (in Thai).
6. Non-communicable disease office. Diabetes and Hypertensive Prevention Service Model. Nonthaburi: The Printing Office Agency to assist veterans in Roy al Shu patham.; 2017.p.9-19. (in Thai).
7. Hiatt JM. Adkar: a model for change in business government and our community. Colorado, Prosci Learning Center Publications; 2006.
8. Health Education Division. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Promoting the development of health literacy and health behavior; 2018; p.12-14. (in Thai).
9. Srivanichakorn S, et al. Knowledge Management and Aiding Practices of Tambon Health Promoting Hospitals: Management of chronic disease patients with diabetes and high blood pressure. Nonthaburi : Sahamit Printing and Publishing; 2010. (in Thai).
10. Uthai pattanacheep W, et al. Community-based health behavior modification. Bangkok: Health Education Division; 2013. (in Thai).
11. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs; 1974;2:324–508. doi. 10.1177/109019817400200407.
12. Murdaugh CL, Parsons MA, Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 8th ed. New Jersey: Pearson; 2019.
13. Sarakshetrin A et al. The effects of using health behavior changing program (food, exercise, emotion, smoking, and alcohol cessation) among Village Health Volunteers at Klongchanak, Muang District, Suratthani Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1):256-64. (in Thai).
14. Chormai P, Pranprawit A. Effect of health promotion program for promoting health behavior change in groups at high risk of high blood pressure at Bankhaodin Health Promotion Hospital, Khaopanom District, Krabi Province. Journal of Graduate School, Pitchayatat, Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2015;10(1):15-24. (in Thai).
15. Syed IUB. Diet, physical activity, and emotional health: what works, what doesn't, and why we need integrated solutions for total worker health. BMC Public Health; 2020;20(1):152. doi. 10.1186/s12889-020-8288-6.