

บทความวิจัย

พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Development of Care Service Model for Uncontrolled Hypertensive Patients

นางนุช โอบะ (Nongnut Oba)*

นวรรตน์ ชูติปัญญาพร (Navarat Chutipanyaporn)**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้เพื่อศึกษาสาเหตุและพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสาเหตุของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยศึกษาอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตจากเวชระเบียนผู้ป่วยและการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 12 คนและ ทีมสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 13 คน และ 2) พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยใช้การสนทนากลุ่มของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และทีมสุขภาพรวมจำนวน 13 คนเครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกการรวบรวมระดับความดันโลหิตจากเวชระเบียนพ.ศ.2555-2559 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3 ประเภท ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และ 3) เทปบันทึกเสียงเครื่องมือวิจัยผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลร้อยละวิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์เป็นรูปแบบบริการ

ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เกิดจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องรับประทานอาหารรสเค็ม และความเครียดรูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ประกอบด้วย 1) เป้าหมายคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 140 mmHg และความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 mmHg ไม่มีภาวะhypertensive urgency และไม่มีอาการstroke 2) ทรัพยากรที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ 3) ระยะเวลา 4 เดือน 4) กระบวนการดูแลหลัก เช่น การตรวจสอบความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสม การใช้สมุนไพร หรือสมุนไพรบำบัด เป็นต้น และ 5) ผลลัพธ์ คือ สามารถบรรลุเป้าหมายของการบริการได้ทุกประการ

คำสำคัญ: รูปแบบบริการ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

Abstract

This research aimed to develop care service model for hypertensive patients with uncontrolled blood pressure. It was conducted in two phases at a Bang Rakam Hospital. Phase 1, uncontrolled blood pressure rates and causes of high blood pressure among patients were investigated by analysis of patient record data base and 2 focus group discussions of stakeholders including 12 uncontrolled hypertension patients and 13 health care providers. Phase 2, developing service model were used focus group discussions with thirteen participants. Research instruments were patient record collecting data form during 2013-2017 and focus group guidelines provided for 3 sections including patients, health care providers, and patients and health care providers sections, and tape recorder. All instruments were approved by three experts, and the data were analyzed by percentage, content analysis, and content synthesis.

The data revealed that the causes of uncontrolled hypertension were non adherence medication intake, salty food consumption and stress. The care service model for uncontrolled hypertension patients presented 5 components; 1) goal of care service model were uncontrolled hypertensive patients had BP <140/90 mmHg, no hypertensive urgency, and stroke, 2) the model resources required multidisciplinary team care, 3) model intervention period is 4 months, 4) care services process such as blood pressure self monitoring, medical adherence follower, Thai traditional medicine and meditation therapy, and 5) the model outcomes were the fulfillment of service goals.

Keywords: Care Service Model, Uncontrolled Blood Pressure, Hypertensive Patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานการคัดกรองความดันโลหิตตาม “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใย สุขภาพประชาชน” พ.ศ. 2554 ในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 19,328,463 คน พบว่า เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงรายเก่า 2,661,954 คน (ร้อยละ 13.77) ในจำนวนนี้มีภาวะแทรกซ้อน 224, 882 (ร้อยละ 8.45) แบ่งเป็นมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 51,840 คน (ร้อยละ 22.54) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 46,598 คน (ร้อยละ 20.26) มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง 32,686 คน (ร้อยละ 14.21) มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 18,255 คน (ร้อยละ 7.94) และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ รวม 75,503 คน (ร้อยละ 32.83) และอ้างถึงข้อมูลของเครือข่ายวิจัย

กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Med Res Net) ในปี พ.ศ.2557 รายงานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (HT < 140/90 mmHg และ DM&HT ≥ 130/80 mmHg) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ 1 ครั้งต่ำสุด (ร้อยละ 65.3), ควบคุมได้ 2 ครั้งติดต่อกัน (ร้อยละ 42.7) และควบคุมได้ 3 ครั้งติดต่อกัน (ร้อยละ 30.5) (ชาโรณี พงษ์จันทน์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2556)

โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจ โรคไตและโรคหลอดเลือดสมอง (Weber, et al., 2014) การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

ลดระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และป้องกันการเกิดโรคหัวใจ โรคไตและหลอดเลือดสมอง หลักการรักษาคือการใช้ยา (Pharmacologic therapy) และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Behavioral modification) โดยการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตเริ่มใช้ในขนาดต่ำ ๆ ก่อนเพื่อลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมกับแนะนำผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตอย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารรสจืด การออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก การผ่อนคลายความเครียด การงดสูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ดังนั้นการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ของประเทศไทยยังมีปัญหาและพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในอัตราที่สูงด้วย แม้ว่ารัฐบาลจะสนับสนุนงบประมาณจำนวนมากและผลักดันนโยบายในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558) แต่ก็ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

สำหรับโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีข้อมูลคล้ายคลึงกัน คือ พ.ศ. 2555-2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 4,200, 6,143, 5,802, 5,817 และ 5,371 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 261, 385, 468, 454 และ 624 คนตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 71, 80, 103, 130 และ 87 ตามลำดับ (โรงพยาบาลบางระกำ, 2559) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางระกำเพิ่มขึ้น

ปัญหาการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการแก้ไข ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพัฒนาารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาขนาดและสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี โดยแพทย์คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางระกำและมีความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) สูงกว่า 140 mmHg และมีความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) สูงกว่า 90 mmHg จำนวน 2 ครั้งติดต่อกัน โดยทั้งสองครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน

รูปแบบบริการ หมายถึงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันของกิจกรรมบริการผู้ป่วย ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมาย เป้าหมาย ทฤษฎีการ ระยะเวลา กระบวนการจัดการ และผลลัพธ์ของบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนที่ 1: ศึกษาขนาดและสาเหตุของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางระกำจังหวัดพิษณุโลก โดยการศึกษารายชื่อจาก 2 แหล่ง ได้แก่ 1) เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ 2) การสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม คือ การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 2 ครั้ง

2. ขั้นตอนที่ 2: พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โดยศึกษาจากการสนทนากลุ่มของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) กลุ่มผู้ป่วย (2) กลุ่มผู้ให้บริการ (3) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 มี 2 ประเภท ได้แก่

1.1 เพื่อวิเคราะห์สัดส่วนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และไม่ได้ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยศึกษาจากประชากร เวชระเบียนปีงบประมาณ 2555-2559 ซึ่งมีจำนวน 4,200, 6,143, 5,802, 5,817 และ 5,371 แพ้ตามลำดับซึ่งบันทึกอยู่ใน 1 ฐานข้อมูล

1.2 เพื่อศึกษาสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูล (participant) ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.2.1 ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรักษาที่โรงพยาบาลบางระกำอย่างน้อย 1 ปี มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg จำนวน 6 คนและมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg จำนวน 6 คน

1.2.2 กลุ่มผู้ให้บริการ คือ ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลบางระกำที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย ประเภทละ 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติในส่วนของคลินิกโรคเรื้อรัง 5 คนและพยาบาลเวชปฏิบัติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.ส.ต.) จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 13 คน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2

ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ผู้ให้ข้อมูลมีเพียง 1 กลุ่ม คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพของโรงพยาบาลบางระกำที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 1 คน เกษัชกรจำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน นักการแพทย์แผนไทย

จำนวน 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติในส่วนของคลินิกโรคเรื้อรัง 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน จำนวน 2 คน รวมจำนวน 8 คนและ 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของโรงพยาบาลบางระกำ จำนวน 5 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 13 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1. แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เป็นแบบรวบรวมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

2. แนวสนทนากลุ่ม มีลักษณะเป็นข้อคำถามกว้างๆ ได้แก่

2.1 แนวสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) ขั้นตอนการบริการของคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) ความรู้สึกต่อการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงของคลินิก และ 4) ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แนวสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ องค์ประกอบของรูปแบบ ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมาย ทรัพยากร และองค์ระยะเวลา กระบวนการจัดการผลลัพธ์การจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยและกรอบตาราง 6 ประเด็นดังกล่าวข้างต้นสำหรับนำสรุปผลมาบรรจุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยทั้งหมด ได้แก่ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ทั้ง 2 ฉบับ นำไปผ่านความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถามและยอมรับให้นำมาใช้เป็นแนวทางสนทนากลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์พยาบาลที่สอนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. นำจดหมายจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย และการสนทนากลุ่ม

2. ประสานงานกับคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาวิเคราะห์

3. เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ USAID Center for Development guidelines for information and Evaluation (1996) ดำเนินงานดังนี้

1) เลือกทีมงานที่จะดำเนินการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย นักวิจัย 2 คนในการดำเนินการสนทนากลุ่มและบันทึกเสียงและภาพ 2) วางแผนวันเวลาและสถานที่ในการสนทนากลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง 3) คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) เชิญกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมสนทนาและขอเซ็นคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร 5) ดำเนินการประชุมสนทนากลุ่มและ 6) บันทึกการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (มีระดับความดันโลหิต < 140/90 mmHg จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน) และอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (มีระดับความดันโลหิต > 140/90 mmHg จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน) โดยหาจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปีและคิดค่าเป็นร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดของ USAID Center for Development guidelines for information and Evaluation (1996) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดเทปออกมามีพิมพ์ไว้เป็นคำพูดของแต่ละคน 2) ผู้วิจัยอ่านข้อความทั้งหมดหนึ่งครั้ง พร้อมจดบันทึกแนวโน้มนัย แบบแผนและความคิดเห็นของส่วนรวม 3) อ่านแต่ละตอนที่ถอดความโดยทำการในส่วนที่สำคัญอภิปรายตามแนวคำถามสนทนากลุ่มและทำเครื่องหมาย

ในส่วนที่จะนำไปเขียนในรายงานฉบับสมบูรณ์

4) วิเคราะห์แต่ละคำถาม วิเคราะห์ปฏิบัติการตอบสนองต่อคำถามแต่ละข้อ และเขียนสรุป

ผลการวิจัย

1. ขั้นตอนที่ 1: ศึกษาสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนพบว่า อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีความดันโลหิต < 140/90 mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน (ห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2555-2559 เท่ากับ 70.64, 70.62, 73.35, 77.24, และ 75.55 ตามลำดับ และอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เท่ากับ 29.36, 29.38, 26.65, 22.36, และ 24.45 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ ปีพ.ศ.2555-2559 ของโรงพยาบาลบางระกำ

| ปี พ.ศ. | ควบคุมระดับ | | ควบคุมระดับ | | รวม | |
|---------|-----------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
| | ความดันโลหิตได้ | | ความดันโลหิตไม่ได้ | | จำนวน | ร้อยละ |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| 2555 | 2,967 | 70.64 | 1,233 | 29.36 | 4,200 | 100 |
| 2556 | 3,899 | 70.62 | 1,622 | 29.38 | 5,521 | 100 |
| 2557 | 4,238 | 73.35 | 1,540 | 26.65 | 5,778 | 100 |
| 2558 | 4,493 | 77.24 | 1,324 | 22.36 | 5,817 | 100 |
| 2559 | 4,058 | 75.55 | 1,313 | 24.45 | 5,317 | 100 |

ควบคุมได้หมายถึงมีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน

1.2 ผลการสนทนากลุ่มทั้งในกลุ่มผู้ใช้บริการ และกลุ่มผู้ให้บริการ พบข้อมูลดังนี้

1.2.1 ขั้นตอนการบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล เรียงลำดับดังนี้

ผลการสนทนากลุ่มพบว่าเริ่มจากการการจับชีพจร การเจาะเลือด (ถ้ามี) การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองการซักประวัติ/สอบถามอาการผิดปกติ/ประเมินการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย/ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับวิถีการดำเนินชีวิต ตรวจร่างกาย/ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาโดยแพทย์ การรับบัตรนัดจากพยาบาลวิชาชีพ การรับยา และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาโดยเภสัชกร ในการให้บริการนี้ หากผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg สองครั้งติดกัน (2 visit กึ่งห่างกัน 2 เดือน) จะให้ผู้ป่วยกลับไปรับยาที่ รพ.สต. ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และทำจ่ายตรงไว้ ต้องมารับการรักษาที่รพ.บางระกำตลอดไปค่ะ

1.2.2 ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดังนี้

ผลการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักค่าระดับความดันโลหิตที่วัดว่าหมายถึงอะไร จะจำได้แต่ค่าความดันโลหิตตัวบน เชื่อว่าความดันโลหิตลดลงได้เพราะการกินยาเป็นหลัก บางคน

คิดว่าพฤติกรรมกรลดเค็มและการออกกำลังกายสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงได้และผู้ป่วยกลุ่มเกษตรกรและรับจ้างยังดูแลตนเองไม่ดี

1.2.3 ความรู้สีกต่อการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกโดยภาพรวมพบดังนี้

ผลการสนทนากลุ่มพบว่าการแยกคลินิกโรคเรื้อรังออกมาจากผู้ป่วยนอกสะดวกดีถ้าใครควบคุมความดันได้ดีแล้วจะส่งไปรับยาที่รพ.สต. ใกล้บ้าน ยกเว้นคนที่เบิกได้และจ่ายตรงต้องรักษาที่โรงพยาบาลตลอด พยาบาลอخصยาศึกี ออกามีเวลาพูดคุยกับแพทย์มากขึ้น และเภสัชแนะนำการใช้ยาดี แพทย์อยากให้มีการปรับยาลดความดันโลหิตให้ทันสมัย เทียบเท่า รพ.ขนาดใหญ่ต้องการให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติที่รพ.สต.มากกว่า 1 คนและมีการติดตามผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดควรมีกิจกรรมกลุ่มให้มีเอกสารสื่อสารกัน เพื่อไม่ให้ทีมสุขภาพพูดซ้ำซ้อนกัน ทีมสุขภาพควรรวมคุยกันเชิงลึกว่าผู้ป่วยแต่ละรายที่ควบคุมไม่ได้จะแก้ไขอย่างไร

1.4 สาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการสนทนากลุ่มพบว่าสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วย ได้แก่

1) การทำงานจนล้าเกินขีดความสามารถและไม่มีความสามารถรับยาที่โรงพยาบาลบางคนมีระดับความดันโลหิตปกติแล้วหยุดยาเอง 2) ไม่ปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ รับประทานอาหารรสเค็ม น้ำพริกแกงใส่กะทิ ผู้ป่วยที่มีความเครียดจากภาระหนี้สิน และหันไปดื่มเหล้า สูบบุหรี่และไม่ออกกำลังกาย ตรงกันข้ามผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามแพทย์อย่างเคร่งครัด ทำอาหารรับประทานเองไม่รับประทานกะทิ ไม่ใช้ชูรสในการปรุงอาหาร งดและลดกินอาหารเค็ม ชอบกินปลาเป็นหลัก มีการออกกำลังกายเป็นประจำ บางคนเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ ก็ไปดื่มเหล้า และสูบบุหรี่

2. ขั้นตอนที่ 2: พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ประกอบด้วย 1) เป้าหมายคือต้องการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มี SBPต่ำกว่า 40 mmHg และ DBPต่ำกว่า 90 mmHg ไม่มีภาวะhypertensive urgencyและไม่มีอาการstroke 2) ทรัพยากรที่ใช้ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย และพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 3) ระยะเวลา 4 เดือน 4) กระบวนการดูแลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยวัดระดับความดันโลหิตที่บ้านและบันทึกการรับประทานอาหารก่อนมาโรงพยาบาล 5 วันแพทย์ปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เภสัชกรตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับยา นักกายภาพบำบัดฝึกการออกกำลังกายที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย นักการแพทย์แผนไทย ฝึกสมาธิบำบัดเพื่อส่งเสริมการจัดการความเครียด พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติทำหน้าที่ case manager โดยให้ความรู้เกี่ยวกับปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและประเมินความถูกต้องรวมทั้งประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และ 5) ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยมีระดับ

SBP ต่ำกว่า 140 mmHg และ DBP ต่ำกว่า 90 mmHg และไม่มีภาวะhypertensive urgency, และ ไม่มีอาการstroke ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 กลุ่มเป้าหมายเป้าหมาย ทรัพยากร ระยะเวลา กระบวนการจัดการ และผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จากผลการสนทนากลุ่ม

| รูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ | | | | | |
|--|---|---|----------|---|--|
| กลุ่มเป้าหมาย | เป้าหมาย | ทรัพยากร | ระยะเวลา | กระบวนการจัดการ | ผลลัพธ์/การประเมิน |
| ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมี SBP สูงกว่า 140 mmHg หรือ DBP สูงกว่า 90 mmHg | ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงโดย SBP ต่ำกว่า 140 mmHg และ DBP ต่ำกว่า 90 mmHg ไม่มีภาวะ hypertensive urgency และไม่มีอาการ stroke | - แพทย์: วางแผนการรักษา -เภสัชกร: ตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วย -นักกายภาพบำบัด -ฝึกการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย -นักการแผนไทย: ฝึกสมาธิบำบัดให้กับผู้ป่วย -พยาบาลวิชาชีพ: เป็น case manager ในการให้ความรู้และปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย | 4 เดือน | -วัดระดับความดันโลหิตที่บ้านและบันทึกการรับประทานอาหารก่อนมา รพ. 5 วัน -ตั้งและปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย: -ตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับยา -ส่งเสริมการออกกำลังกายสมาธิบำบัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต -การจัดการรายกรณีโดยวางแผน ดำเนินการประสานงาน และประเมินผลลัพธ์ของการบริการ | -ผู้ป่วยมีระดับ SBP ต่ำกว่า 140 mmHg และ DBP ต่ำกว่า 90 mmHg -ไม่มีภาวะ hypertensive urgency และไม่มีอาการ stroke |

อภิปรายผล

อธิบายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ศีรษะสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 จากเวชระเบียน พบอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (BP < 140/90 mmHg 2 ครั้ง ติดต่อกัน) ในปี พ.ศ.2555-2559 อยู่ในช่วงร้อยละ 70-77 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Med Res Net) ในปี พ.ศ.2557 รายงานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (โรคความดัน

โลหิตสูงอย่างเดียว มีระดับความดันโลหิต < 140/90 mmHg และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน มีระดับความดันโลหิต มีระดับความดันโลหิต ≤ 130/80 mmHg) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ 1 ครั้งต่ำสุด (ร้อยละ 65.3), ควบคุมได้ 2 ครั้ง ติดต่อกัน (ร้อยละ 42.7) และควบคุมได้ 3 ครั้ง ติดต่อกัน (ร้อยละ 30.5) (ธาริณี พงษ์จันทร์ และนิศยา พันธุเวทย์, 2558) พบว่าอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ของโรงพยาบาลบางระกำสูงกว่าของเครือข่ายวิจัยฯ และสูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน < 140/90 มม.ปรอทมากกว่าร้อยละ 50 (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) แต่เมื่อดูจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของโรงพยาบาลบางระกำ (ตาราง 1) พบว่ามีจำนวนหลักพันคน จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังและหาวิธีการทำให้อัตราการควบคุมความดันโลหิตสูงขึ้น

1.2 จากการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิต พบสาเหตุดังนี้

1.2.1 การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้สนทนากลุ่ม มีความเห็นตรงกันว่า การที่ผู้ป่วยใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากลืมกินยา ทำงานจนไม่มีเวลารับยา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูง จนถึงเกณฑ์ที่จัดว่าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากหลักการ ไข้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดี ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องกันทุกวันและรับประทานยาตรงเวลา หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยจะสูงขึ้นไปอีก (บุษบา จินดาวิจักขณ์, 2554)

1.2.2 รับประทานอาหารเค็ม ผู้สนทนากลุ่ม มีความเห็นตรงกันว่า อาหารไทยมีรสเค็มและมีการใส่สารชูรสในปริมาณสูงมากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป แนะนำการจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มก. ต่อวัน (ประมาณ 1 ช้อนชา) จะทำให้ Systolic blood pressure ลดลง 2-8 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) งานวิจัยของ Pimenta, Gaddam, Oparil, Aban, Husain, Dell' Italia, and Calhoun (2009) ทำการทดลองอาสาสมัครที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 12 คน โดยให้รับประทานเกลือในปริมาณต่ำ (50 mmol/24hours) 7 วัน และพัก 2 สัปดาห์ จากนั้นให้รับประทานเกลือในปริมาณสูง (250mmol/24hours) เป็นเวลา 7 วัน พบว่า ในช่วงที่รับประทานอาหารเกลือ

ในปริมาณต่ำระดับ Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure ลดลง 22.7 และ 9.1 mmHg ตามลำดับ

1.2.3 การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม ผู้สนทนากลุ่มมีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยที่มีความเครียดจากภาระหนี้สิน หรือปัญหาครอบครัวจะดื่มเหล้า สูบบุหรี่และมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิตพบว่า จิตใจอารมณ์มีผลต่อความดันโลหิตโดยพบว่า ขณะที่ได้รับความเครียดอาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท และหากได้รับการพักผ่อน ความดันโลหิตก็สามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ และความรู้สึกเจ็บปวดเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) Mungati, Manangazira, Takundwa, Gombe, Rusakaniko & Tshimanga, (2014) จากการทบทวนวรรณกรรมแบบ systematic review และ meta-analysis ของ เรนฟอร์ดและคณะ (Rainforth, Schneider, Nidich, Gaylord-King, Salerno, & Anderson, 2007) มีหลักฐานยืนยันว่าการจัดการกับความเครียดแบบ mindfulness meditation สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้ให้บริการควรให้ความรู้/ฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียดให้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง

2. ขั้นตอนที่ 2: พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อภิปรายดังนี้

2.1 รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นี้ เป็นแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ที่ทีมสุขภาพทำงานร่วมกัน โดยพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี โดยต้องการผลลัพธ์ของการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ระบุไว้ในแนวปฏิบัติรักษาโรคความดันโลหิตสูงว่า การรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องให้การรักษา

โดยการชี้แนะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต จึงต้องอาศัยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย รายละเอียดบทบาทของแต่ละวิชาชีพ มีดังนี้

1) บทบาทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการสนทนากลุ่ม ตกลงกันว่า โรงพยาบาลจะให้ผู้ป่วยยืมเครื่องวัดความดันโลหิตแบบไฟฟ้า นำไปวัดความดันโลหิตของตนเองที่บ้านพร้อมบันทึกความดันโลหิตทุกวัน และนำผลมาให้ทีมสุขภาพดูทุกเดือนเมื่อผู้ป่วยกลับมา follow up และเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติต่างๆ ทุกครั้งจากทบทวนวรรณกรรม พบว่าการให้ผู้ป่วยได้วัดความดันโลหิตตนเองที่บ้าน (Self-Measured Blood Pressure Monitoring) ซึ่งมีทั้งร่วมและไม่ร่วมกับการให้ศึกษา การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การรักษาทางไกลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มปกติ แต่ผลที่ได้ต้องใช้เวลานานถึง 12 เดือน (Uhlrig, Patel, Stanley Kitsios, & Balk, 2013) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) กล่าวถึง การวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่บ้าน ควรวัดวันละ 2 ครั้ง โดยวัดก่อนรับประทานอาหารเช้าจำนวน 2 ครั้ง และวัดช่วงเย็นอีกจำนวน 2 ครั้ง (รวมจำนวน 4 ครั้ง) เป็นเวลา 3-7 วันก่อนพบแพทย์ เพื่อแพทย์นำผลที่ได้ไปใช้ในการเริ่มหรือปรับแผนการรักษาต่อไป

2) บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ จากการสนทนากลุ่ม ตกลงกันว่า พยาบาลเวชปฏิบัติจะมีบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณี (case management) ทำหน้าที่ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และเพิ่มเติมความรู้และทักษะส่วนที่ขาดให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องจากสหวิชาชีพ ซึ่งฮูเบอร์ (Huber, 2014) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีโอกาสกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลแบบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ยุวดี เกตุสัมพันธ์ (2559) กล่าวว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากร

ต่างๆ ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม และ Himmelfarb and Commodore-Mensah (2014) กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงมีการดำเนินการได้แก่ (1) การตรวจพบส่งต่อ และติดตาม (2) วินิจฉัยและจัดการเกี่ยวกับยา (3) การให้ศึกษา ให้คำปรึกษา และสร้างเสริมทักษะแก่ผู้ป่วย (4) coordination of care (5) การจัดการบริการที่คลินิก และ (6) วัดและประเมินผลคุณภาพบริการ

3) บทบาทของแพทย์ จากการสนทนากลุ่ม ตกลงกันว่า แพทย์มีบทบาทในการสั่งยาและปรับยาตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่ง จารารีและคณะ (Jarari et al. 2016) กล่าวว่า ยาลดระดับความดันโลหิตมีหลากหลายประเภท แพทย์มีบทบาทเลือกยาให้ตรงกับผู้ป่วยแต่ละคนที่มีสภาวะและโรคร่วม ติดตามผลการรักษาและการปรับวิถีชีวิตจนผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น แพทย์มีบทบาทในการประเมินผลรวมของการรักษาและปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม

3) บทบาทของเภสัชกร จากการสนทนากลุ่ม ตกลงกันว่า เภสัชกรตรวจนับเม็ดยาที่เหลือเมื่อผู้ป่วยมารับยาใหม่ทุกเดือน ซึ่งทำให้รู้ได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและรับประทานยาผิดหรือไม่ เนื่องจากงานวิจัยของ หทัยรัตน์ สุขศรี, เพ็ญภาสรี หวัง, และ ทิพาพรกาญจนราช (2554) พบว่า ปัญหาของการรับประทานยาที่บ้าน ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยคือการลืมรับประทานยา รับประทานยาผิดเวลาไม่ตั้งใจในการใช้ยา และมียาเหลือใช้จำนวนมาก ดังนั้น การตรวจนับยาที่เหลือใช้ของเภสัชกรเป็นการตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยและเป็นโอกาสที่เภสัชกรได้สอนให้ผู้ป่วยรับประทานยา/ฉีดยาได้อย่างถูกต้องตลอดจนการเก็บยาไว้ในที่เหมาะสมด้วย

5) บทบาทของนักกายภาพบำบัดจากการสนทนากลุ่ม ตกลงกันว่า นักกายภาพบำบัดจะสอนและฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยเนื่องจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2559) ระบุว่า ปัจจัยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตามคำแนะนำน้อยที่สุดคือการควบคุมน้ำหนักตัว

โดยกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย และนักกายภาพบำบัดเป็นทีมสุขภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับสรีรวิทยาและการออกกำลังกายจึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการสอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย

6) นักการแพทย์แผนไทย จากการสนทนากลุ่มตกลงกันว่า นักการแพทย์แผนไทยจะแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกทำสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเครียด สมภพ สุอำพัน (2558) กล่าวว่า การทำสมาธิทำให้จิตใจสงบนิ่งเป็นการนำภูมิปัญญาของชาวพุทธมาใช้เพื่อรักษาและสร้างเสริมสุขภาพเมื่อจิตใจสงบนิ่งและความวิตกกังวลลดลงร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนเอ็นโดรฟิน (endorphins) ช่วยให้ร่างกายสดชื่น มีภูมิต้านทานโรค เกิดคลื่นสมองแบบแอลฟาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและช่วยลดภาวะความดันโลหิตสูงได้

ดังนั้น รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและประเมินความดันโลหิตของตนเอง รวมทั้งอาศัยความร่วมมือในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพตามความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพที่มีอยู่ในโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการหลัก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย

จากสาเหตุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีสาเหตุ 4 ประเด็น ได้แก่ กินยาไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการออกกำลังกาย และไม่มีทักษะการจัดการความเครียด ผู้ให้บริการจึงควรหาวิธีตรวจสอบการรับประทานยา แนะนำและส่งเสริมให้ญาติเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาควรแนะนำปริมาณโซเดียม (เกลือ) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรับประทานในหนึ่งวัน แนะนำวิธีการออกกำลังกายรวมทั้งวิธีการจัดการความเครียดให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำรูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นี้ไปประยุกต์ใช้และประเมินประสิทธิผลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เลขที่ COA No. 240/2014 วันที่ 3 ตุลาคม 2557 ผู้วิจัยเชิญกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมประชุมแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุญาตใช้เทปบันทึกและถ่ายภาพ เมื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลยินยอม ขอให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร การสนทนากลุ่ม ดำเนินถึงการเป็นส่วนตัวและการรวมกลุ่ม โดยให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ประเด็นนำเสนอผลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูล เทปบันทึกและภาพจะถูกทำลาย เมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุเวชย์. (2556). *ประเด็นสารธรรมจวันเบาหวานโลก 2556*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/leaflet%8756.pdf>
- บุษยา จินดาวิจักษณ์. (2554). *ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง.. ใช้อย่างไร*. สืบค้นจาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/31/ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง/>
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2559). *การจัดการผู้ป่วยรายกรณี*. สืบค้นจาก <http://www.tmchnetwork.com/node/152>
- โรงพยาบาลบางระกำ. (2559). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2559*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลบางระกำ.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555* ปรับปรุง พ.ศ.

2558. สืบค้นจาก www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf
- สมภพ สุอำพัน. (2558). การแพทย์ทางเลือกกับการรักษา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Alternative medicine in noncommunicable diseases. ในการประชุม วิชาการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกประจำปี 2558. สืบค้นจาก <http://www.gj.mahidol.ac.th/tech/FileDownload/File/D150409113110.pdf>
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. (2560). ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (Key performance indicator. สืบค้นจาก healthdata.moph.go.th/kpi/2557/KpiDetail.php?topic_id=40
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). รายงานสถานการณ์โรค NCD Kick off to the goals. สืบค้นจาก, http://www.dmthai.org/sites/default/files/ncd_nhes_v_2016.pdf
- สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2558 Annual Report 2015. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ สืบค้นจาก, <http://www.thaincd.com>
- หทัยรัตน์ สุขศรี, ทัศนภา ศรีหริ่ง และทิพาพร กาญจนราช. (2554). ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการ รักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัย ขอนแก่นประจำปี 2554 “การพัฒนาอนาคต ชนบทไทย : ฐานรากที่มั่นคงเพื่อการพัฒนา ประเทศอย่างยั่งยืน”. สืบค้นจาก https://cscd.kku.ac.th/2016/uploads/proceeding/060911_153105.pdf
- Jarari, N., Rao, N., Peela, J.R., Ellafi, K.A., Shakila, S., Said, A.R., Nelapalli, N.K., Min, Y.,.....Peela, L.T.(2016). A review on prescribing patterns of antihypertensive drugs. *Clinical Hypertension*, 22(7),1-8. Retrieved from <https://clinicalhypertension.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40885-016-0042-0?site=clinicalhypertension.biomedcentral.comdoi> 10.1186/s40885-016-0042-0
- Himmelfarb, C.D., &Commodore-Mensah, Y. (2014). Expanding the role of nurses to improve hypertension are and control globally. *Annuals of Global Health*, 82(2), 243-253. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003>
- Huber, D.L. (2014). Case and population health management. In D. L. Huber (Ed.), *Leadership nursing care management* (pp.197-225) (5th ed.). St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Mungati, M., Manangazira, P., Takundwa, L., Gombe, N., Rusakaniko, S., & Tshimanga, M. (2014). Factors affecting diagnosis and management of hypertension in Mazowe District of Mashonaland Central Province in Zimbabwe. *BMC Cardiovascular Disorders*, 14(102), 1-12. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/14/102>
- Pimenta, E., Gaddam, K.K., Oparil, S., Aban, I., Husain, S., Dell'Italia, L.J., & Calhoun, D.D. (2009). Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension results from a randomized trial. *Hypertension*, September 2009. Retrieved from <http://hyper.ahajournals.org>. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.131235
- Rainforth, M.V., Schneider, R.H., Nidich, S.I., Gaylord-King, C., Salerno, J. W., & Anderson, J.W. (2007). Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep*. 9(6), 520–528. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12049/epdf>

- Uhlig,K., Patel, K., Stanley I., Kitsios, G.D. & Balk, E.M. (2013). Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension : A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 159(3), 185-194. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.690.2568&rep=rep1&type=pdf>
- USAID Center for Development Information and Evaluation. (1996). *Performance monitoring and evaluation tips: Conducting focus group interviews*. Retrieved from https://www.ndi.org/files/USAID%20Guide_Conducting%20Focus%20Groups.pdf
- Weber, M.A., Schiffrin, E.L., White, W.B., Mann, S., Lindholm, L.H., Kenerson, J.G., Flack, J.M., Carter, B.L., Wang, J. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community as stated by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 16(1), 14-26. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12237/epdf>