



การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้*

รุ่งทิพา ชันธมูล พย.ม.**
สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.***

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พิการและเสียชีวิต ในปัจจุบันผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ชุมชนเป็นส่วนหนึ่งที่เพิ่มและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ดีขึ้น รายงานการวิจัยนี้เป็นส่วนแรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มุ่งศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อาศัยเครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอนโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกและนำเสนอข้อมูลที่ได้ต่อชุมชนผ่านเวทีระดมสมองสะท้อนคิด ชุมชนร่วมกันอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์สะท้อนคิดและร่วมกันสรุปการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีโรคร่วมแต่มีอาการผิดปกติ มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ตั้งเป้าหมายอยากหายจากโรคและไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงตั้งใจปฏิบัติตามตัวโดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา พบว่าไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบและผู้ป่วยพยายามลดการบริโภคเค็มแต่ยังทำไม่ได้

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีโรคร่วมแต่ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยระบุว่าไม่มีอาการผิดปกติ คิดว่าตนเองแข็งแรงดี จึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง พบภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองและแผลเรื้อรังที่เท้า แต่มีผู้ป่วยบางรายที่เชื่อในการรักษาแผนปัจจุบันและตั้งเป้าหมายไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงรับประทานยาสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่แต่ยังคงเป็นผู้สัมผัสควันบุหรี่ งดดื่มสุรา ไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบและผู้ป่วยพยายามลดการบริโภคเค็มแต่ยังทำไม่ได้

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีโรคร่วมและมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยระบุว่าเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะและมึนชาเท้า และพบแผลเรื้อรังที่เท้า ตั้งเป้าหมายไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อน อยากหยุดกินยาและแล้วแต่บุญแต่กรรม ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ สูบบุหรี่ 1 รายและส่วนใหญ่เป็นผู้สัมผัสควันบุหรี่ งดดื่มสุรา ไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบและผู้ป่วยพยายามลดการบริโภคเค็มแต่ยังทำไม่ได้

จากผลการวิจัยดังกล่าว ชุมชนเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหา จนเกิดความตระหนักร่วมกัน ร่วมกันคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา นำสู่การตั้งเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันต่อไป

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภาวะสุขภาพ การจัดการตนเอง

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยวิทยาลัยขอนแก่น

รองผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นายกิตติมงคล สماعيلพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



Self-Management among people with uncontrolled hypertension*

Rungtiwa Khantamoon M.N.S**

Somjit Daenseekaew PhD***

Abstract

Uncontrolled hypertension is cause of complications, disability and death. Currently, increase people with uncontrolled hypertension. There are many factors that affect to blood pressure control. Community is a part that increases and reduces risk factors to support self-management better. This research is the first part of participatory action research. The purpose was to study of health status and self-management of uncontrolled hypertension. Correcting data by qualitative data collection tools. Community participation of all stages and learning by their old experienced, discussion and reflect. The researcher is a facilitator and present information to the community through brainstorming stage. Community summarized for perception about health status and self-management. They are classified into 3 groups:

Group 1 Uncontrolled hypertension without comorbid with signs. They have a slight headache. Set goals to cure and do not want complications. It is therefore intended to be followed medications, non-smoking and non-alcohol consumption. There were no exercise and tried to reduce salt intake but did not. **Group 2 Uncontrolled hypertension with comorbid without signs.** They indicated no signs. They think yourself strong. So do not take drugs continuously. Someone have stroke and chronic foot ulcers. However, there are some patients believe in the current treatment and aim to avoid complications. Consistent medications. Non-smoking, but secondhand smoke, non alcohol consumption, no exercise, and try to reduce salt consumption but do not. **Group 3 Uncontrolled hypertension with comorbid with signs.** They have fatigue, headache and foot deafness. Someone have a chronic foot ulcer. They set goals do not want complications, want to stop taking medicine and then take merit but karma. Patients taking medicine regular, one smoker, and most were secondhand smoke, non alcohol consumption, no formal exercise, and patients attempted to reduce salt intake but did not.

Based on the findings. The community were analyze and perceives and understands about health status and self-management. Community awareness, Set goals and plan to solve problems together.

Keyword : uncontrolled hypertension, Health Status, Self-management

*A part of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Graduate School, Khon Kaen University Funded by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People. Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner. Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

Deputy Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People Khon Kaen University

Honorary President The Thai Nurses Association, Northeast Division



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและประเทศ ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต¹⁻³ World Hypertension League รายงานว่าประชากรอายุมากกว่า 25 ปีทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน เสียชีวิตปีละ 9.4 ล้านคนและครึ่งหนึ่งของประชากรที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากความดันโลหิตสูง²สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 14.9 หัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8.8 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.4⁴ และพบอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งในระดับประเทศและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในส่วนของจังหวัดมหาสารคามมีอัตราการเสียชีวิต 8.77 ต่อแสนประชากร ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 11 จาก 20 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁵

บ้านเสื่อเฟมา ตำบลเสื่อเฟมา อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 32 คนซึ่งมากที่สุด ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านเสื่อเฟมา ทั้ง 7 หมู่บ้าน โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากถึง 28 คน (ร้อยละ 87.5) และควบคุมความดันโลหิตได้เพียง 4 คน (ร้อยละ 12.5) และพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบางราย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ไตเรื้อรังระยะที่ 3- 4 และแผลเรื้อรังที่เท้าในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเบาหวาน จากสถานการณ์ดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม⁶⁻⁹

การจัดการตนเอง (Self-management)¹⁰ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมและลดความดันโลหิตได้¹¹⁻¹³ แต่เนื่องจากการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับประทานยา 2) การควบคุมน้ำหนัก 3) การบริโภคเกลือต่ำ 4) การออกกำลังกาย 5) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การงดสูบบุหรี่ ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) จากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยจึงนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อ

มุ่งสร้างพลังอำนาจ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนคิด ศึกษาสภาพการณ์และร่วมกันแก้ปัญหาของชุมชน^{14,15} เพราะชุมชนประกอบด้วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งที่ควบคุมไม่ได้และควบคุมได้และสมาชิกในชุมชนที่เคยมีประสบการณ์การจัดการตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิต ผู้วิจัยมีบทบาทสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ที่มีประสบการณ์และมีความรู้ กับผู้ที่ต้องการการสนับสนุน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสะท้อนคิด ทั้งนี้ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเสื่อเฟมา มีพื้นฐานความรัก ความผูกพันและความหวังดีต่อการรับรู้เรื่องราวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ชุมชนมีการวิเคราะห์ตนเอง เกิดความเข้าใจและเห็นใจยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และเกิดความตระหนักร่วมกันหาแนวแก้ไขปัญหาเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้อาศัยกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR)¹⁴ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของเคลียร์ (Career) ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assess) 2) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 3) การวางแผนการปฏิบัติ (Action plan) 4) การเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem solving) 5) การติดตามช่วยเหลือ (Support/Follow-up)¹⁰ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางการดูแลสุขภาพของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (The Hypertension Self-care Activity Level Effect, H-SCALE) ที่กำหนดกิจกรรมการดูแลตนเอง 6 ประเด็น คือ 1) การเข้ายา 2) การจัดการน้ำหนักตัวเอง 3) การลดบริโภคเกลือ 4) การออกกำลังกาย 5) การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6) การงดสูบบุหรี่¹³



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) มุ่งศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator) ในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้ชุมชนสามารถประเมินภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองได้ ผ่านการวิเคราะห์ตนเองและมองเห็นอุปสรรคในการจัดการตนเองทั้งระดับบุคคลและชุมชนร่วมกัน ผู้วิจัยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง คือบ้านเสือเผ่า หมู่ 6 และหมู่ 15 ตำบลเสือเผ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นหมู่บ้านที่มีพื้นที่ติดกันและอยู่ในความรับผิดชอบของรพ.สต.เสือเผ่า ห่างจากรพ.สต.ประมาณ 500 เมตร เป็นหมู่บ้านที่เข้าถึงง่าย เดินทางสะดวก ผู้นำชุมชนและประชาชนมีความสนใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยมีผู้ร่วมวิจัย จำนวน 76 คน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 32 คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 28 คนและผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ 4 คน 2) ผู้ดูแล 10 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุข 20 คน 4) ผู้นำชุมชน 6 คน 5) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน และ 6) บุคลากรจากรพ.สต.บ้านเสือเผ่า 4 คน ทุกคนเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามมุ่งศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย 2) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางการสังเกตที่ใช้ควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรม โดยการสังเกตทุกช่วงที่มีการเข้าร่วมกิจกรรม สังเกตพฤติกรรม สีหน้า ขณะสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก 3) แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นแนวทางการสังเกตที่ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปร่วมกิจกรรมแต่สังเกตอยู่ภายนอก 4) แนวทางการเสวนากลุ่ม เป็นคำถามเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการจัดการตนเอง 5) แนวทางการจัดประชุมระดมสมอง สะท้อนคิด ในประเด็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความเชื่ออย่างอิสระเพื่อให้เกิดความตระหนักในปัญหาร่วมของชุมชน 6) เครื่องมือในการเก็บบันทึกข้อมูล 7) ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพและ

จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยมีการพัฒนาเครื่องมือโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน แพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ที่ปรึกษางานปฐมภูมิ) 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) จากชุมชน 2 คน

กระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยตรง จำนวน 28 คน ใช้เวลาสัมภาษณ์ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยบอคำถามผ่านการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ อธิบายถึงความคิด ความเชื่อ การรับรู้ ความรู้สึก การตัดสินใจและประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการตนเอง เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การลด เลิก บุหรี่และสุรา

2) การเสวนากลุ่ม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งตรวจสอบและยืนยันข้อมูลร่วมกัน โดยจัดเสวนาแยกตามพื้นที่ คือ หมู่ 6 และหมู่ 15 ที่ศาลาประชาคมของแต่ละหมู่บ้าน ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ผู้ร่วมเสวนาแต่ละหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) ผู้นำชุมชน 5) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และ 6) เจ้าหน้าที่จากรพ.สต.บ้านเสือเผ่า ประเด็นในการเสวนาประกอบด้วย สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของหมู่บ้าน ภาวะสุขภาพ การจัดการตนเองซึ่งประกอบด้วยประเด็น การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติและผลของการจัดการตนเอง การรับรู้ ความคิด ความเชื่อและประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยและชุมชน รวมถึงแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ร่วมเสวนาเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับ การเข้า



การจัดการน้ำหนัก การลดบริโภคเกลือ การออกกำลังกาย การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ รวมถึงการสังเกตผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวและชุมชน จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญประจำปี การประชุมที่ศาลาประชาคม ร่วมรับประทานอาหารในงานบุญของชุมชน เป็นต้น และสังเกตระหว่างสัมภาษณ์เชิงลึก การเสวนากลุ่ม และการประชุมระดมสมองสะท้อนคิด

4) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสังเกตลักษณะทั่วไปในชุมชน คนในชุมชน วิถีชีวิตของชุมชน วิถีชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยพร้อมทั้งจดบันทึกในสิ่งที่พบเห็น

5) การประชุมระดมสมองสะท้อนคิด ผู้วิจัยจัดประชุมในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้และไม่ได้ 32 คน 2) ผู้ดูแล 10 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุข 20 คน 4) ผู้นำชุมชน 6 คน 5) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 และ 6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. 4 คน รวม 76 คน ใช้เวลาในการประชุม 1 - 2 ชั่วโมง ประเด็นในการประชุม คือ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของชุมชน ภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาเสนอสู่ชุมชนผ่านเวทีการประชุมระดมสมองสะท้อนคิด ชุมชนรับรู้สถานการณ์และสภาพปัญหา ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนคิด ร่วมกันระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น เกิดความตระหนัก ร่วมกันระบุปัญหา นำสู่การแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์ ตัดสินใจร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหามาจากการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) 1) ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยใช้การรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่มและการประชุมระดมสมอง 2) ด้านข้อมูล โดยเปลี่ยนแหล่งที่เป็นบุคคล เวลาและสถานที่ให้ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ถอดเทปบันทึกเสียง นำมาตรวจสอบกับการบันทึกภาคสนาม อ่านและขีดคำสำคัญ แยกประเภท จัดหมวดหมู่ เชื่อมโยงและยืนยันความถูกต้อง นำข้อความมา

เขียนให้เป็นภาษาเขียนที่สื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เป็นรูปประโยคเดิม หรือประโยคใหม่ที่มีความหมายเหมือนเดิม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น อนุมัติ ณ วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยจึงทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่งให้อำนาจการรพ.สต.บ้านเสื่อเฟ่า ผู้ใหญ่บ้าน 2 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ร่วมวิจัย ได้รับคำอธิบาย รับทราบและให้ความยินยอม พร้อมลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัยซึ่งสามารถขอถอนตัวจากงานวิจัยได้เมื่อรู้สึกไม่ปลอดภัยและข้อมูลในการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ HOS.xP และทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของรพ.สต.บ้านเสื่อเฟ่าและจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การเสวนากลุ่ม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำเสนอต่อชุมชนผ่านเวทีระดมสมองสะท้อนคิด ชุมชนร่วมกันอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนคิดและร่วมกันสรุปการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีโรคร่วมแต่มีอาการผิดปกติ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 7.14) เป็นชาย 1 คน และหญิง 1 คน ความดันโลหิตระหว่าง 140/90 – 159/99 มม.ปรอท (Mild hypertension) ผู้ป่วยสังเกตได้ว่าตนเองปวดศีรษะเล็กน้อย บางครั้งจากการดูแลบุตรหลาน พักผ่อน อาการปวดศีรษะก็ทุเลา ไม่ได้กินยาแก้ปวด มีเพียงบางวันปวดไม่หาย รับประทานยาแก้ปวดอาการก็ทุเลา ไม่ได้ไปพบแพทย์ ดังคำบอกเล่า “แม่เป็นความดันมา 3 ปี ไขมันไม่มี ใต้ เบาหวานไม่มี ความดันสูงนิดหน่อย ปวดหัวบางครั้ง เวลาหลานดื้อ บอกไม่เชื่อฟัง แต่พอไม่ได้เลี้ยงหลาน พอกับแม่เขามาจับไปดูแล ยาก็ไม่ปวดหัว ไปนา ไปสวน ได้ตามปกติ ” (หญิง 47 ปี ป่วยความดันโลหิตสูงมา 3 ปี) ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายอยากหายจากโรคและไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงตั้งใจปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และ



อสม.เกี่ยวกับแนวทาง 3 อ 2 ส.และพบเจ้าหน้าที่ที่ รพ.สต. ตามนัดเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ เพียงแต่ออกกำลังกายจากการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้และสนับสนุนช่วยประกอบอาหารที่ไม่ใส่ผงชูรสและพยายามลดเค็ม

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีโรคร่วมแต่ไม่มีอาการผิดปกติ จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 17.8) เป็นชาย 3 ราย หญิง 2 ราย ความดันโลหิตระหว่าง 140/90-159/99 ม.ม.ปรอท (Mild hypertension) ผู้ป่วยสังเกตว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติ จึงคิดว่าตนเองแข็งแรงดี ทำงานหนักได้ปกติ มีผู้ป่วย 3 ราย ที่มีอายุระหว่าง 56-71 ปีและระยะเวลาเจ็บป่วย 6-12 ปี ไม่ไปรับยาและไม่รับประทานยาต่อเนื่องเนื่องจากมีภาระงานมากไม่มีเวลาไปรับยา ดังนี้ รายที่ 1 ผู้ป่วยชายมีโรคร่วมเบาหวานและไขมันในเลือดสูงและสูบบุหรี่ พบว่าเคยมีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง ดังคำบอกเล่า “ผมเป็นเบาหวานความดันมานาน แรกๆรับยาที่อนามัยไม่มีอาการผิดปกติ คิดว่าตัวเองแข็งแรงดี ทำงานหนักได้ทั้งวัน จนเมื่อ 5 ปีก่อน อ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ได้ หมอบอกเป็นเส้นเลือดในสมองตีบ ” (ชาย 56 ปี เป็น HT DM DLP ป่วยมา 10 ปี) รายที่ 2 ผู้ป่วยชายมีโรคร่วมเบาหวานและไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าเคยมีแผลที่เท้า ดังคำบอกเล่า “พ่อเป็นเบาหวานและความดันมา 5-6 ปี ไม่มีอาการผิดปกติ คิดว่าตนเองแข็งแรงดี ทำงานได้ ขับรถไถนา รถขุดดินและรถบรรทุกดิน ต้องเร่งงาน ไม่มีเวลาไปพบหมอตามนัด ไม่ได้กินยานานเป็นปีๆ แต่อยู่ดีก็ปวดบวมที่เท้า ฟองขึ้นๆ จึงไปหาหมอ หมอสั่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาล จังหวัด” (สัมภาษณ์เชิงลึก ชาย 71 ปี HT DM CKD มา 6 ปี) และรายที่ 3 เป็นผู้ป่วยหญิงมีโรคร่วมเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่ามีแผลเรื้อรังที่เท้า และได้ตัดนิ้วเท้า ดังคำบอกเล่า “แม่เป็นเบาหวานมาสิบปี เป็นความดันตามมา แรกๆไปรับยาตามนัด ไม่มีอาการผิดปกติคิดว่าตนเองแข็งแรงดีโรคไม่รุนแรงจึงไม่ไปรับยาต่อ จนเมื่อ 1 ปีก่อนเป็นแผลที่เท้า อยู่เฉยๆก็ฟองขึ้น หมอสั่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด ได้ตัดนิ้วชี้ ตอนนี้หายดีแล้ว ฉันเช็ดแล้วทุกวันนี้หาหมอกินยาไม่เคยขาด” (หญิง 56 ปี HT DM DLP CKD ป่วยมา 10 ปี) ผู้ป่วยดังกล่าวหลังต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนได้รับรู้ถึงอันตรายและกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมกับได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่

รพ.สต. และอสม. ทุกคนจึงตั้งเป้าหมายไม่อยากจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลตนเองโดยการไปตรวจรับยาตามนัดและรับประทานยาสม่ำเสมอ ดสูบบุหรี่ไม่ดื่มสุรา แต่ยังมีผู้ป่วย 2 ราย อายุ 51 ปีและ 56 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 2-5 ปี ที่ถึงแม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ แต่ยังคงไปรับยาสม่ำเสมอไม่เคยขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเชื่อในแผนการรักษาแผนปัจจุบัน ตั้งเป้าหมายอยากรักษาจากโรคและไม่อยากจะเกิดภาวะแทรกซ้อน และรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบอกเล่าของอสม.และมีประสบการณ์จากการเห็นเพื่อนผู้ป่วยในชุมชนเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเกิดความกลัวอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีโรคร่วมและมีอาการผิดปกติ มีจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 75) เป็นเพศชาย 5 ราย เพศหญิง 16 ราย โรคร่วมที่พบได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือด ไตเรื้อรังและเก๊าต์ ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมบางรายพบว่า มีแผลเรื้อรังที่เท้า ผู้ป่วยทุกคนมีความดันโลหิตระหว่าง 140/90-159/99 ม.ม.ปรอท (Mild hypertension) พบโรคร่วมและมีอาการผิดปกติ ได้แก่

1) ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานเป็นผู้ป่วยหญิง 1 ราย (ร้อยละ 3.5) ผู้ป่วยสังเกตว่าตนเองมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียเป็นบางครั้ง ดูแลตนเองโดยการพักผ่อน กินข้าว กินน้ำก็หายเหนื่อย ดังคำบอกเล่า “ฉันเลี้ยงหลานอยู่บ้าน มีแค่อาการเหนื่อยเพลียเป็นบางครั้ง พักผ่อน กินข้าวกินน้ำก็หาย ทำงานบ้านทั่วไปได้” (หญิง 51 ปี HT DM ป่วยมา 15 ปี)

2) ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 32.1) เพศหญิง 8 ราย เพศชาย 1 ราย ทุกคนมีอาการปวดศีรษะเป็นบางครั้ง ดูแลตนเองโดยการนอน พักหรือรับประทานยาแก้ปวดแต่หากขาดยาเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังคำบอกเล่า “แม่ปวดหัวบ้าง บางวัน นอนพักก็ดีขึ้น กินยาแก้ปวดก็หาย ปวดตอนเช้าๆ และอากาศร้อนๆ” (หญิง 58 ปี HT DLP ป่วยมา 4 ปี) และ “ฉันปวดหัวบ่อยๆตอนไปอยู่กรุงเทพกับลูก ฉันขาดยา วันหนึ่งมีอาการคลื่นไส้ ปากเบี้ยว พูดไม่ออก ลูกพาไปโรงพยาบาล ได้นอนโรงพยาบาล” (หญิง 56 ปี HT DLP ป่วยมา 13 ปี)

3) ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดสูง มีจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 14.2) เพศชาย 1 ราย เพศ



หญิง 3 ราย มีอาการเหนื่อยเพลียเป็นบางครั้งเมื่อเวลาทำงานทั้งวัน ดูแลตนเองโดยการรับประทานขนมหรือข้าวก็ดีขึ้น แต่ในรายที่ไม่ไปรับประทานยาต่อเนื่อง พบมีอาการมีนชาเท้า โรคหลอดเลือดหัวใจและแผลเรื้อรังที่เท้า ดังคำบอกเล่า “แม่มีเหนื่อยเพลียบ้างเวลาทำงานทั้งวัน แต่กินขนมหรือกินข้าวแล้วก็ดีขึ้น เป็นไม่บ่อย” (หญิงอายุ 59 ปี HT DM DLP ป่วยมา 12 ปี) และ “ฉันเป็นเบาหวานความดันมาสิบปี น้ำตาลฉันสูงกว่าสองร้อย หมอให้ยาฉีด มีเหนื่อยเพลียบ่อย มีนชาเท้า หลายปีก่อนฉันกลับไปอยู่บ้านที่สุรินทร์ ไม่ได้ไปเอายาต่อเนื่องเพราะไม่มีคนพาไป ฉันเป็นหัวใจตีบมาหลายปี แต่ก่อนเจ็บหน้าอกบ่อย อยมา นอนพักก็หาย ทุกวันนี้เหนื่อยเจ็บที่เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ เมื่อต้นปีมานี้เป็นแผลที่เท้า อยู่ดีๆ ก็พองขึ้น หมอส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลจังหวัด” (หญิง 57 ปี DM HT DLP ป่วยมา 11 ปี)

4) ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นเพศชาย 1 ราย (ร้อยละ 3.5) มีอาการเหนื่อยเพลียและปวดศีรษะ ดูแลตนเองโดยการรับประทานยาแก้ปวดก็ดีขึ้น ดังคำบอกเล่า “พ่อเหนื่อยเพลียและปวดศีรษะบ่อยบางครั้ง เหนื่อยบ้างบางวันแต่ไม่ถึงกับต้องไปหาหมอ และส่วนใหญ่ปวดหัวตอนเช้า กินยาแก้ปวดก็หาย ยากินตลอดไม่เคยขาด” (ชาย 73 ปี HT DM CKD ป่วยมา 10 ปี)

5) ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงและไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 7.14) เป็นเพศหญิง 1 ราย เพศชาย 1 ราย มีอาการเหนื่อยเพลีย ปวดศีรษะและเวียนศีรษะ ดูแลตนเองโดยการนอนพักและรับประทานยาแก้ปวด ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่ขาดยา ดังคำบอกเล่า “พ่อเหนื่อยเพลีย เวียนศีรษะ บ้านหมุนบ่อยๆ แต่บางวันก็อยู่ได้ นอนพักก็ดีขึ้น ความดันเบาหวานไม่รู้เท่าไรรู้แต่ว่าสูง หมอบอกแต่จำไม่ได้” (ชาย 77 ปี HT DLP CKD ป่วยมา 3 ปี)

6) ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นเพศหญิง 3 ราย (ร้อยละ 10.7) มีอาการเหนื่อยเพลียและปวดศีรษะ ดูแลตนเองโดยการรับประทานยาแก้ปวด ดังคำบอกเล่า “เป็นความดันมา 3 ปี ยายปวดหัวรำมาที่ท้ายทอยบ่อยๆ ถ้าปวดมากก็กินยาแก้ปวด ส่วนมากปวดตอนเช้า หมอบอกความดัน 140 หรือ 150” (หญิง 56 ปี HT DM DLP CKD ป่วยมา 14 ปี)

7) ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไตเรื้อรังระยะที่ 3 และเก๊าต์ เป็นเพศชาย 1 ราย อาการ

เหนื่อยเพลีย ปวดศีรษะบ่อยครั้งและปวดขาเป็นบางครั้ง เมื่อมีอาการผิดปกติดังกล่าวจะมาพบเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อวัดความดันและรับยาไปกิน ดังคำบอกเล่า “พ่อเหนื่อยเพลียและปวดหัวอยู่บ่อยๆ ความดันหมอบอกสูงบ้างแต่ไม่รู้เท่าไร ปวดขาบ่อยๆ แต่ยังขับรถเครื่องได้ ไปมาได้ เวลาไม่สบายก็คิดถึงแต่หมอ เพราะพ่อป่วยหลายโรคและอายุก็มากแล้ว” (เสวนากลุ่ม ชาย 73 ปี HT DM DLP CKD 3 ป่วยมา 12 ปี)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ประเมินตนเองได้จากอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย วิงเวียนและปวดขา ดูแลตนเองโดยการพักผ่อน รับประทานยาแก้ปวด รับประทานขนมหรืออาหารและพบเจ้าหน้าที่ที่รพ.สต. รับรู้ค่าระดับน้ำตาลและค่าความดันว่าสูง ระบุว่าตนเองมีระดับความดันโลหิตที่สูงบอกได้เพียงคำบ่น ไม่เข้าใจความหมายของค่าความดันโลหิตตัวบนและล่าง บางรายจำค่าความดันโลหิตไม่ได้ ทราบว่าได้รับการเจาะเลือดประจำปีเพื่อดูภาวะไตวาย ดูไขมันในเลือด ไม่ทราบความหมายของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตั้งเป้าหมายไม่ยากเกิดภาวะแทรกซ้อนอยากหยุดกินยาและแล้วแต่บุญแต่กรรม ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่แต่เป็นผู้สัมผัสควันบุหรี่ ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ตามงานบุญประเพณี ไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบเป็นเพียงการออกกำลังกายจากการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยพยายามลดเค็มแต่ยังทำไม่ได้

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีโรคร่วมแต่มีอาการผิดปกติ คือ ปวดศีรษะ มีความดันโลหิตระหว่าง 140/90 – 159/99 มม.ปรอท เนื่องจากความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่พบอาการแสดงเฉพาะเจาะจง แต่เมื่อมีความเครียดหรือวิตกกังวลจะมีผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิก ซึ่งกระตุ้นอินฟินจากต่อมหมวกไต มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นส่งผลให้ปวดศีรษะ¹³ 2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีโรคร่วมแต่ไม่มีอาการผิดปกติ โรคร่วมที่พบได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและไตเรื้อรัง ระบุว่าไม่มีอาการผิดปกติคิดว่าตนเองแข็งแรงดี ควบคุมความดันโลหิตได้ จึงไม่ไปรับยาต่อเนื่อง ละเลยการดูแลสุขภาพ เข้าใจว่าหายแล้วจึงหยุด



ยาหรือลดยา⁷ แต่เมื่อไม่รับยาต่อเนื่องส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและแผลเรื้อรังที่เท้า มีบางรายได้ตัดนิ้วเท้า ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานหรือมี CVD หรือมีโรคไตร่วมด้วย ควรได้รับยาลดความดัน¹³ แต่ผู้ป่วยบางรายถึงแม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ แต่รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและต้องการรักษาแผนปัจจุบัน จึงไปพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาสม่ำเสมอและ 3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีโรคร่วมและมีอาการผิดปกติ พบโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง ไตเรื้อรังและเก๊าต์ มีอาการปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย มึนชาเท้า ซึ่งเป็นลักษณะอาการผิดปกติที่พบมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยในระยะแรกของโรคหรือผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่มีอาการผิดปกติ แต่เมื่อมีโรคร่วมล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของความดันโลหิตสูง^{7,9,13} จากผลการวิจัยการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ตามโรคร่วมและอาการแสดงสะท้อนให้เห็นถึงการจัดการตนเอง กลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมและกลุ่มที่มีอาการแสดงมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วมและกลุ่มที่ไม่มีอาการแสดง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความดันโลหิตเพียงอย่างเดียวตามแนวทางของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย¹³

การจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยประเมินตนเองเพื่อจัดการตนเองจากการสังเกตอาการผิดปกติ⁷ ระดับความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว แต่ไม่สามารถประเมินตนเองจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์⁹ ตั้งเป้าหมายเพียงอยากหายจากโรค อยากหยุดกินยาและไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังขาดการคอยชี้แนะในการช่วยกำหนดเป้าหมายที่สามารถวัดได้¹² จึงไม่มีการวางแผนปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเป็นเพียงการปฏิบัติตามคำสั่ง ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อลดบริโภคเค็ม เพราะคุ้นเคยกับอาหารพื้นบ้านอีสานรสชาติเค็ม ไม่ได้แยกอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยและชุมชนประเมินไม่ได้ว่า เเท่าไรคือเค็ม เเท่าไรคือไม่เค็ม⁶ และไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อการควบคุมน้ำหนักไม่สามารถประเมินค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวที่ผิดปกติและไม่รู้ว่าภาวะอ้วนมีเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าการออกกำลังกายคือการออกแรงทำงานไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบและไม่ต่อเนื่อง^{6,8,16} และไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อลดการ

สัมผัสบุหรี่และควันบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สัมผัสควันบุหรี่จากคนในครอบครัว มีเพียง 2 รายที่สูบบุหรี่¹⁸

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้อาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) มุ่งให้ชุมชนเกิดการรับรู้ร่วมกันถึงสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง เกิดการรับรู้ เข้าใจและความตระหนักร่วมกัน จึงควรนำผลการวิจัยดังกล่าวไปร่วมวางแผนดำเนินการแก้ปัญหาต่อไปและใช้ในการแก้ไขปัญหาระบบอื่นๆของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รพ.สต.บ้านเสือเผาะและผู้ร่วมวิจัย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลและขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบพระคุณ รศ. เพชรไสลล์มตระกูล และดร.เกษร แก้วโนนจิว ที่ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้มีความสมบูรณ์และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Global status report on noncommunicable diseases 2010. [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2012. [cited 2016 April 10]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
2. World Hypertension Day. [Internet]. USA: World Hypertension League. 2016. [cited 2016 April 10]. Available from: <http://ish-world.com/public/world-hypertension-day.htm>
3. การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบ 21 แห่งมาตรฐาน รายงานผลการคัดกรอง (ปีงบประมาณ 2555 - 2557) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2558[อ้างถึง 10



- พฤษภาคม 2559]. จาก: <http://203.157.10.11/report/index.php>
4. รายงานผลการดำเนินงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปี 2557. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2557 [อ้างถึง 10 เมษายน 2559]. จาก <http://dmht.thaimedresnet.org>.
 5. รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2558[อ้างถึง 10 พฤษภาคม 2559]. จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
 6. จงกล หิรัญวงศ์. การพัฒนาการวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สถานือณามัยช่องสามหมอ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. [รายงานการศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย; 2553.
 7. นวลจันทร์ ดิเรกภูมิกุล. ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552.
 8. อุทัยวรรณ นุภาศ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบ้านจ่อเจริญ ตำบลดอนศิลา อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย[วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย; 2557.
 9. เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอมือง จังหวัดชุมพร.[วิทยานิพนธ์]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏ; 2554.
 10. Creer LT. Self- management of chronic illness. Handbook of self-regulation. California: Academic 2000; p: 601-629.
 11. ชนิษฐา สารีพล: ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558; 3: 110-116.
 12. ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ: ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย; 2551.
 13. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง)[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2558 [อ้างถึง 10 เมษายน 2559]. จาก: <http://www.thaihypertension.org>.
 14. Kemmis S. McTaggart R. Participatory Action Research: Communicative Action and The Public Sphere. In Denzin NK, Lincoln YS, Eds. The SAGE Handbook Of Qualitative Research. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005.
 15. นิตย ทัศนียมและสมพนธ์ ทัศนียม. การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2555.
 16. ดิเรก ขำแป้น. รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบองค์รวมของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1: 301-310.
 17. สมจิต แดนสีแก้ว, เกศินี สราญฤทธิชัย, วิจิตรา เสนา และอรุณณี ใจเที่ยง. การควบคุมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมแบบมีส่วนร่วม.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2556; 3: 135-143.
 18. เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 4: 73-79.