

การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาล
สู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์
Improvement of Health Information in Continuing Care System for
Hypertensive Patients From Hospital to One Community, Namnao Sub
District, Namnao District, Phetchabun Province

Corresponding author E-mail: Nipawanja@kkumail.com *
(Received: December 15, 2020; Revised: April 27, 2022;
Accepted: August 11, 2022)

นิภาวรรณ สุจริตธรรม (Nipawan Sujarittam)^{1*}
เพชรไสว ลิ้มตระกูล (Petchsavai Limtragool)²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนการดำเนินการ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) วางแผนการปฏิบัติงาน 3) การปฏิบัติงาน 4) ประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 ถึง เดือน พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการส่งต่อข้อมูลจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงไปยังหน่วยปฐมภูมิเป็นบางราย และมีแนวทางการดูแลต่อเนื่องไม่ชัดเจน อสม. มีการรับรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนน้อย การดูแลส่วนใหญ่เป็นการวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ร่วมกันกับตัวแทนผู้ให้ข้อมูลในการวางแผนและการปฏิบัติงาน มีการพัฒนางานโดยการวางแผนการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกไปยังหน่วยปฐมภูมิและชุมชน มีแนวทางการเยี่ยมบ้านชัดเจน มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต และ อสม. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้รับการเยี่ยมบ้านและส่งต่อข้อมูลมายังหน่วยปฐมภูมิและคลินิก ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

1 นักศึกษาหลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Master of Nursing Science Program in Nursing Community Khonkaen University

2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khonkaen University

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูล, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, การรับรู้

ABSTRACT

This research is an action research aiming to study situation and develop continuing healthcare system on hypertensive patient information from hospital to a community, in Nam Nao Subdistrict, Nam Nao District, Phetchabun Province. The research informants included 20 hypertensive patients, 6 healthcare workers and 10 health volunteers. Research data were collected by semi-structured in-depth interview, focus group discussion, non-participant observation and field note record. The research process was comprised of four steps: 1) Situational study of continuing healthcare system in hypertensive patients, 2) Action planning, 3) Implementation, and 4) Evaluation by quantitative data analysis using descriptive statistics and qualitative data analysis using content analysis. The research was performed during August 2019 to May 2020.

The research results revealed that the perception of hypertensive patients about hypertension was insufficient for self-care; the healthcare workers transferred information from Hypertension Clinic to Primary Care Unit in only some patients and continuing care guidelines were also unclear; the health volunteers perceived less knowledge about disease and complication; most cares were merely measuring blood pressure at home. Therefore, the planning and action were jointly established with the representatives of informants. The development was performed by planning continuing healthcare; transferring hypertensive patient information from Clinic to Primary Care Unit and community; providing clear guidelines for home visits; organizing training to educate hypertensive patients and healthcare volunteers. The hypertensive patients were received home visits and transferred information to Primary Care Unit and Clinic, which generated a continually care for hypertensive patients.

Keywords: Health Information In Continuing Care, Hypertensive Patients, Awareness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก พบเสียชีวิต 7.5 ล้านคน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคนในปี 2568 (World Health Organization: WHO, 2013) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556–2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 คน (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 คน (จำนวน 5,597,671 คน) และข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558–2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 คน (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 คน (จำนวน 813,485 คน) และจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก 5,186 คน ในปี 2556 เป็น 8,525 คน ในปี 2560 (Junpen, 2021)

ในพื้นที่อำเภอน้ำหนาว พ.ศ. 2558-2560 อัตราป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ 1280.4, 1519.7, 1749.6 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 2.02, 4.56 และ 6.97 (HDC, 2018) ในการดำเนินงานคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำหนาว มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดจำนวน 1,281 คน (HDC, 2018) โดยคลินิกความดันโลหิตสูงให้บริการรักษาทุกวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ามารักษาโดยเฉลี่ยจำนวน 40-60 คนต่อวัน จากกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่มีอยู่เดิมพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกโรคความดันโลหิตสูงไม่มีแนวทางการบันทึกหรือทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อไปยังกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วมที่ครบถ้วนและชัดเจน มีเพียงข้อมูลประวัติผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยชื่อสกุล ที่อยู่ สัญญาณชีพ อาการที่มาโรงพยาบาล วันนัด ผลเลือดและยาสำหรับการวางแผนการดูแลต่อเนื่องจะทำการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปยังชุมชน โดยพิจารณาจากความเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้านตามภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้านจะเลือกเยี่ยมบ้านตามการพิจารณาของตนเอง โดยไม่มีแนวทางการกำหนดความเร่งด่วนที่ชัดเจน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำการเยี่ยมผู้ป่วยนั้นไม่มีแนวทางการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ข้อมูลการเยี่ยมบ้านของพยาบาลเยี่ยมบ้านและ อสม.มีการบันทึกที่ขาดความชัดเจน การจัดเก็บข้อมูลเอกสารการเยี่ยมบ้านของ อสม.ยังขาดความชัดเจนในการบันทึก ข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจาก อสม.ไปยังพยาบาลเยี่ยมบ้านไม่ได้รับการส่งต่อ ทำให้ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามแก้ไขอย่างต่อเนื่อง รวมถึงระหว่างการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ข้อมูลถูกบันทึกแต่เพียงในสมุดเยี่ยมของ อสม. ไม่มีการส่งต่อข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทำให้ข้อมูลแต่ละส่วนกระจัดกระจาย ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน แนวทางบันทึกไม่ชัดเจนและทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ข้อมูลที่นำมาใช้ในการติดตามผู้ป่วยสูญหาย ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยในปี พ.ศ. 2558-2560 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ที่ร้อยละ .04, .03 และ .01 (HDC, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบข้อมูลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย หากการจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สามารถนำไปวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ จึงควรมีการจัดเก็บข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง มีการจัดเก็บข้อมูลด้วยโปรแกรม Hosxp มีทะเบียนผู้ป่วยในรายใหม่และจำหน่ายออกจากทะเบียนในรายที่เสียชีวิต รวมไปถึงการเก็บรวบรวมเอกสารข้อมูลเพื่อส่งต่อให้แก่ทีม Home Health Care ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (Srisawad, 2011) การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยควรมีการระบุปัญหา เป้าหมายและกิจกรรมที่ชัดเจน มีแนวทางการประสานและส่งต่อไปในทิศทางเดียวกัน โดยการสร้างแบบประเมินปัญหาในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและส่งไปยัง รพ.สต.และเอกสารบันทึกการส่งต่อไปยัง รพ.สต. หลังจากได้รับการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องจะได้รับข้อมูลตอบกลับ การจัดปรับปรุงทะเบียนการรายงานให้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ สามารถสืบค้นข้อมูลการให้บริการและติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (Kedsawang, 2015)

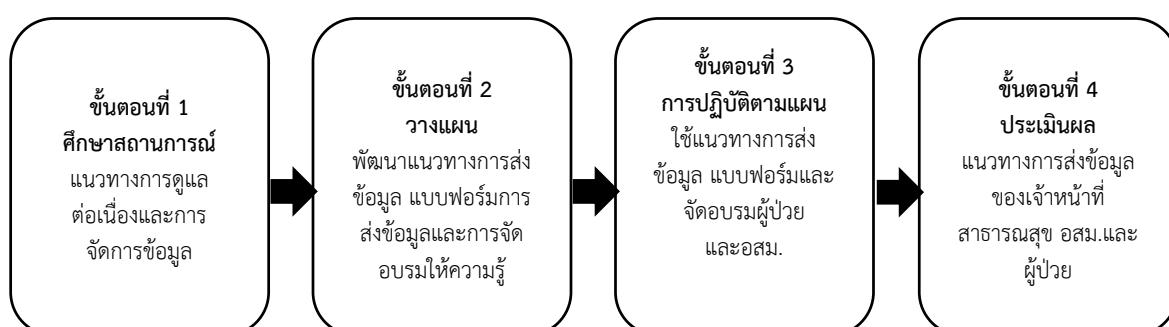
จากการศึกษาปรากฏการณ์เบื้องต้น พบว่าระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำหนาวไม่ชัดเจน ทั้งจากการส่งต่อข้อมูลที่ติดตามผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของทั้งพยาบาลและอสม. ทำให้ไม่มีข้อมูลเพียงพอเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออยู่ในชุมชน ส่งผลให้ไม่สามารถนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวางแผนทางการพยาบาลได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และร่วมมือกันวางแผนการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลระหว่างฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งข้อมูล เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องมาใช้เพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อด้านข้อมูลเพื่อสร้างความต่อเนื่องของกระบวนการการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยมุ่งหวังให้เกิดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบกระบวนการของเลวิน มูเลและกูดแมน (Nilvarangkul, 2015) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) วางแผนปฏิบัติงาน 3) ปฏิบัติงาน และ 4) ประเมินผล



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาในพื้นที่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ ระยะเวลาการวิจัยตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2562 ถึง เดือน พฤษภาคม 2563 มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ กลุ่มที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ มีจำนวน 6 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- เจ้าหน้าที่ให้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โดยประกอบด้วย แพทย์ 1 คน, พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ปฏิบัติหน้าที่ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง 2 คน และเภสัชกร 1 คน

- เจ้าหน้าที่ให้บริการกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม โดยประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมบ้าน 1 คน, นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน

2) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 20 คน โดยเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ยินดีในการเข้าร่วมให้ข้อมูลตลอดการวิจัย 2) เป็นผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลและช่วยเหลือตัวเองได้ตลอดการวิจัย 3) เป็นผู้ป่วยที่สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจและพูดคุยสนทนาได้ และ 4) เป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสำหรับเกณฑ์คัดผู้ป่วยออก มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ติดเตียง 2) ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวช 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก, อาการเหนื่อยหอบ เป็นต้น

3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ กลุ่ม อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว จำนวน 10 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

โดยการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ระบบการส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากโปรแกรม Hosxp แฟ้มเวชระเบียนและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน โดยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลเวชระเบียนเสนอแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำหนาว เพื่อเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่นำมาเข้าร่วม และเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงานและระยะเวลาการอบรมความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 ประเด็นคำถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบันทึกข้อมูล การส่งข้อมูลสุขภาพจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง การวางแผนการดูแลต่อเนื่องและการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมสถานที่เป็นห้องตรวจโรค โรงพยาบาลน้ำหนาว โดยการเชิญผู้ให้ข้อมูลเข้ามาในห้อง แนะนำตัวผู้วิจัยอย่างเป็นทางการ ขออนุญาตดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ขอความยินยอมผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร แจ้งระยะเวลาที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้ระยะเวลา 60 นาที ผู้ให้ข้อมูลสามารถหยุดการสัมภาษณ์ได้ทุกเมื่อตามต้องการ สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นคำถามของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุข โดยผู้สัมภาษณ์คือผู้วิจัย

เก็บข้อมูลด้วยตนเอง บันทึกโดยใช้การจดบันทึกภาคสนาม โดยใช้กระดาษและปากกาในการจดบันทึก ทั้งนี้จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยการถอดประเด็นหลักออกมา สร้างเป็นข้อสรุปที่สะท้อนถึงสถานการณ์ของระบบการส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. การสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แนวทงสนทนากลุ่มในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์ อสม. ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม การติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปยังโรงพยาบาล และปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตัวอย่างคำถาม เช่น

- อสม. มีวิธีส่งข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปยังโรงพยาบาลอย่างไร
- อสม. ได้รับข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากกลุ่มงานปฐมภูมิหรือไม่ ได้รับด้วยวิธีใด, ทำอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ศาลากลางบ้านภายในชุมชนเป็นสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนการสนทนากลุ่ม (facilitator) มีเตรียมผู้ร่วมวิจัยเพื่อช่วยในการจดบันทึกภาคสนาม 2 คน ทำความเข้าใจถึงแนวคำถามให้ผู้ร่วมวิจัยได้เข้าใจ เชิญผู้ให้ข้อมูลเข้ามาในห้อง แนะนำตัวผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยอย่างเป็นทางการ ขออนุญาตดำเนินการสนทนากลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขอความยินยอมผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร แจ้งระยะเวลาที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้ระยะเวลา 60 นาที ผู้ให้ข้อมูลสามารถหยุดการสัมภาษณ์ได้ทุกเมื่อตามต้องการ เริ่มการสนทนากลุ่มโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เป็นผู้จุดประเด็นการสนทนากลุ่มตามประเด็นการสนทนากลุ่ม อสม. ชักจูงให้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง มีผู้ร่วมวิจัยช่วยจดบันทึกด้วยปากกาและกระดาษ 2 คน และบันทึกเทปเสียงเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ถอดประเด็นหลักออกมา สร้างเป็นข้อสรุปที่สะท้อนถึงสถานการณ์ของระบบการส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในมิติการทำงานของ อสม.

3. สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรักษา ปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ แหล่งประโยชน์ การได้รับการเยี่ยมจากโรงพยาบาลหรือ อสม. การบันทึกการวัดความดัน

จาก อสม.ลงในสมุดโรคความดันโลหิตสูง และความต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. ตัวอย่างคำถามเช่น

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับโรคที่เป็น
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตัวอย่างใดเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อได้รับการวัดความดันโลหิต ทำการบันทึกค่าความดันโลหิตไว้ในรูปแบบใด บันทึกลงที่ใด, ใครเป็นผู้วัดความดันโลหิตให้, ใครเป็นผู้บันทึกความดันโลหิต หากวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ใครเป็นผู้สอน และทราบหรือไม่ว่าความดันโลหิตปกติของตนปกติหรือไม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมสัมภาษณ์ที่บ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีเสียงรบกวน เชิญผู้ให้ข้อมูลเข้ามาในห้อง แนะนำตัวผู้วิจัยอย่างเป็นทางการ ขออนุญาตดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ขอความยินยอมผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร แจ้งระยะเวลาที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้ระยะเวลา 45-60 นาทีในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถหยุดการสัมภาษณ์ได้ทุกเมื่อตามต้องการ โดยผู้สัมภาษณ์คือผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง บันทึกโดยการใช้นิพจน์ที่ภาคสนาม โดยบันทึกเทปเสียง ใช้กระดาษและปากกาในการจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ถอดประเด็นหลักออกมา สร้างเป็นข้อสรุปที่สะท้อนถึงสถานการณ์ของระบบการส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในมิติการทำงานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต โดยไม่เข้าไปมีส่วนร่วม สังเกตการส่งต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชนและแต่ละแผนกงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำการจดบันทึก โดยใช้อุปกรณ์คือปากกาและกระดาษ ทำการบันทึกเทปเสียง ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกต จดบันทึกด้วยตัวเองและถอดเทปเสียง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและจดบันทึกขั้นตอนแต่ละขั้นตอนในการทำวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสังเกตอยู่ภายนอก ไม่เข้าร่วมกิจกรรม โดยสังเกตผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยสังเกตบริบทของสิ่งแวดล้อมในชุมชนและโรงพยาบาล การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อค้นหาแนวทางการปฏิบัติที่ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยสังเกตจากการทำงานของเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายในระบบข้อมูลทั้งที่คลินิกความดันโลหิตสูง กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวมและพื้นที่ชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ถอดประเด็นหลักออกมา สร้างเป็นข้อสรุปที่สะท้อนถึงสถานการณ์ของระบบการส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในมิติการทำงานทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานทางด้านปฐมนุญจำนวน 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ปฏิบัติการ 2 คน, อาจารย์พยาบาล 2 คนและหัวหน้าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมนุญ โรงพยาบาลหล่มสัก 1 คน ค่าอัตราส่วนความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยอัตราส่วนความสอดคล้องเนื้อหาต่ำสุดที่ผ่านเกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .7 โดย CVI เครื่องมือวิจัยทั้งฉบับคิดเป็น .96

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติงาน

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ไปออกแบบกิจกรรมโดยการระดมสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในการออกแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยแต่ละฝ่ายเสนอความคิดเห็น สร้างแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อทุกฝ่าย

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน

โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการหลัก ซึ่งจากการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 และ 2 นำไปสู่การพัฒนา กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: พัฒนาแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาการส่งข้อมูลจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงไปยังกลุ่มงานปฐมนุญและองค์กรรวม พัฒนาการบันทึกข้อมูลที่น่าสนใจในการส่งต่อระหว่างคลินิกโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มงานปฐมนุญและองค์กรรวม/ อสม.ไปยังคลินิกโรคความดันโลหิตสูง มีการพัฒนาแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ร่วมกันสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: จัดกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต 1 ครั้ง ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลน้ำหนาว โดยจัดฐานให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จัดผู้ป่วยรับความรู้โดยแบ่งเป็น 4 ฐาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคความดันโลหิตสูง, ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 3 การเพิ่มศักยภาพของ อสม. : จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแก่ อสม. 1 ครั้ง โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเน้นย้ำการส่งต่อข้อมูลเมื่อมีภาวะฉุกเฉินของโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที เน้นย้ำการรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้แนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ กิจกรรมที่ 4 การปรับปรุงบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: เพื่อพัฒนาบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปยังชุมชน โดยการจัดให้มีระบบการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยล่วงหน้าและการกระจายจุดตรวจความดันเพื่อความสะดวก

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

โดยในแต่ละกิจกรรมมีการประเมินผลและปรับปรุงแนวทางเป็นระยะโดยประเมินจาก 1) การประเมินผลด้านพฤติกรรมผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้จากกิจกรรมที่จัดขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากขึ้น โดยนำเสนอออกมาในรูปแบบของความถี่และร้อยละ และ 2) การประเมินผลด้านการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้แนวทางดังกล่าวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สามารถส่งข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยมเมื่อกลับไปยังชุมชน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อนุมัติวันที่ 9 สิงหาคม 2562 เลขโครงการ HE622125 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งประโยชน์โดยตรงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์โดยรวมที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และมีสิทธิจะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
แห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอ้ำน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

ระบบข้อมูล

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีจำนวน 6 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6, พยาบาลวิชาชีพ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0, เภสัชกร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 โดยจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1-10 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และระยะเวลาการทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม พบว่าการส่งข้อมูลระหว่างคลินิกโรคความดันโลหิตสูงไปยังกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวมจะเกิดขึ้นในกรณีที่พยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูงติดต่อกับกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวมเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในรายที่แพทย์ต้องการให้ดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูงจะโทรศัพท์แจ้งพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยมีรายละเอียดเพียง ชื่อ-สกุล ที่อยู่ เรื่องที่ต้องการติดตาม เท่านั้น โดยยังไม่มีรูปแบบอื่นในการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน สำหรับแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อกลับไปยังชุมชนยังไม่มี ความชัดเจนว่าต้องติดตามต่อในระยะเวลาเท่าใด ในส่วนของแนวทางการปฏิบัติดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จากการสัมภาษณ์พบว่า แนวทางไม่มีความชัดเจน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย ช่วงอายุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนมากที่สุดคือช่วงอายุ 50 – 59 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130-139/80-89 mmHg. มีจำนวนมากที่สุด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต 160-179/100-109 mmHg. มีจำนวนน้อยที่สุด 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีโรคแทรกซ้อนร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 โรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 โรคเบาหวานและไตวายเรื้อรัง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10

จากการสัมภาษณ์พบว่า;

1) การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

จากการสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องมีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0 โดยสามารถตอบได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการรับประทานอาหารเค็ม ดื่มสุรา สูบบุหรี่ พักผ่อนไม่เพียงพอ มีความเครียดหรือกรรมพันธุ์ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 โดยคิดว่าเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีสารพิษเจือปนมากับอาหาร เช่น สารเร่งสีเนื้อแดง สารพิษที่ตกค้างในผักหรือการถอนฟัน ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังตัวอย่าง

2) การรับรู้เกี่ยวกับอาการโรคความดันโลหิตสูง

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถบอกอาการของโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องทั้งหมดจำนวน 20 คน ร้อยละ 100.0 ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการวิงเวียน อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการพว่มน้ำ อาการเห็นภาพซ้อน เป็นต้น

3) การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถบอกการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคได้ เช่น การรับประทานยาให้ครบตามคำสั่งแพทย์ การงดอาหารเค็ม การพักผ่อนให้เพียงพอ การไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ

4) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมรับประทานอาหาร

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารมีรสเค็มจัด เผ็ดจัด มีการใส่ปลาร้าเสริมและใส่น้ำปลา มีการใช้ผงปรุงรสและผงชูรสในการแต่งรสอาหาร โดยมีเพียงส่วนน้อยที่จะจัดอาหารจืดแยกสำหรับสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

พฤติกรรมออกกำลังกาย

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย โดยการทำงานบ้านใช้ระยะเวลาประมาณ 30-90 นาที ทำงานเบา ๆ ไม่เหนื่อยมาก ไม่มีเหงื่อ หรือการทำไร่ ทำสวน รวมทั้งที่ผ่านมายังไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างชัดเจนและถูกต้อง ไม่มีการ

รวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายในชุมชน จึงไม่เกิดการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมเกี่ยวกับความเครียด

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าความเครียดของผู้ป่วยเกิดจากการมีสิ่งรบกวนโดย เช่น เสียงดังจากเพื่อนบ้าน, บุตรหลานวิ่งเล่นเสียงดัง มาเล่นรอบ ๆ ให้รำคาญ, น้อยใจคนในครอบครัวที่พูดเสียงดัง หงุดหงิดคนในครอบครัวที่ตอบสนองความต้องการในบางเรื่องและลักษณะนิสัยของผู้ป่วยที่มักน้อยใจหรือคิดมาก ทำให้เกิดความเครียด น้อยใจ

พฤติกรรมเกี่ยวกับพักผ่อน

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพค้าขาย ต้องตื่นนอนเวลา 02.00-03.00 น. เพื่อไปรับของสดและของแห้งจากต่างอำเภอมายาว และจะปิดร้านอีกครั้งเวลา 20.00 น. ได้นอนหลับพักผ่อนเวลาโดยประมาณคือ 22.00 น.-23.00 น. กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยจำเป็นต้องวนเวียนตามวิถีชีวิตนี้ และอีกส่วนหนึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พักผ่อนน้อยจากการได้ยินเสียงรบกวนกลางดึก เช่น สุนัขเห่า เพื่อนบ้านเสียงดัง ถึงแม้จะชั่วคราวแต่ก็ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เมื่อสอบถามผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทราบว่าการพักผ่อนน้อยมีผลกับระดับความดันโลหิตทำให้สูงขึ้นแต่ด้วยอาชีพทำให้ปรับวิถีชีวิตค่อนข้างยาก

พฤติกรรมการรับประทานทานยา

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อยู่ในวัยสูงอายุ โดยมักจะจัดยารับประทานเอง บางบ้านไม่มีลูกหลานดูแลทำให้ลืมรับประทานยาเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อนึกขึ้นได้จะรับประทานยาทันที ทำให้การรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่มีความสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราอยู่จำนวน 2 คน ผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ในกลุ่มควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดื่มสุราเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละมากกว่า 5 แก้ว เป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 10 ปี โดยเมื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่าทราบหรือไม่ว่าการดื่มสุราเป็นสาเหตุที่ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผู้ป่วยรับทราบ แต่ยังคงดื่มสุราอยู่ เนื่องจากดื่มเป็นประจำ ดื่มเพื่อความผ่อนคลายหลังจากการทำงานและดื่มเพื่อการเข้าสังคม ผู้ป่วยมีความคิดว่าการดื่มสุราไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากที่ผ่านมาไม่เคยได้รับผลกระทบและในทางกลับกันการดื่มสุราก็กลับช่วยให้นอนหลับได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งหากแนะนำให้เลิกดื่มสุราผู้ป่วยยังยืนยันว่าจะยังคงดื่มอยู่ สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีจำนวน 1 คน ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ สูบวันละครึ่งซองหรือ 5 มวนโดยประมาณ โดยสูบทุกวัน สูบติดต่อกันมากกว่า 30 ปี เมื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยตอบว่าทราบ แต่เลิกไม่ได้ อสม. เคยมาวัดความดันและแนะนำให้เลิกบุหรี่เพราะมีผลต่อระดับความดันโลหิต แต่ผู้ป่วยยังไม่ยอมเลิกและให้เหตุผลว่าสูบตั้งแต่เป็นหนุ่มแล้ว เลิกไม่ได้ ผู้ป่วยทราบว่าสูบบุหรี่มีผลต่อระดับความดันโลหิตแต่ผู้ป่วยยังคงไม่แก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอาการวิงเวียน ปวดศีรษะ ผู้ป่วยมักจะนอนพักให้อาการทุเลาลง หากอาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยจะให้ญาติพาไปส่งโรงพยาบาล หากอาการไม่ทุเลาแต่ยังอดทนได้ อาการไม่หนักมาก ผู้ป่วยจะรอมารพบแพทย์ตอนเช้า และหากมีอาการ ได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก อาการพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว เจ็บหน้าอก ผู้ป่วยทุกคนสามารถบอกได้ว่าเป็นอาการฉุกเฉินที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที ผู้ป่วยสามารถตอบได้ว่าต้องโทรเรียก 1669 ให้มารับได้ทันที

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

พบว่าอายุของ อสม. อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0, ช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0, ช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 และช่วงอายุ 50-59 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานคือ 1-5 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0, 5-10 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 จำนวนการอบรมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คือได้รับการอบรม 1-5 ครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0, จำนวนการอบรม 5-10 ครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00

จากการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม อสม. เกี่ยวกับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

การรับรู้เกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงและอาการฉุกเฉินของโรคความดันโลหิตสูง พบว่าสามารถบอกอาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องและครบถ้วน สามารถบอกพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารเค็ม การพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การเกิดความเครียด การดื่มสุราและสูบบุหรี่ สามารถตอบอาการฉุกเฉินที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรง อาการปากเบี้ยว อาการพูดไม่ชัดและเจ็บหน้าอก โดย อสม.รับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องและมีความครบถ้วน แต่ยังไม่มีความมั่นใจเมื่อต้องถ่ายทอดความรู้ หรืออธิบายแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอาการผิดปกติ พบว่า สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ไม่ชัดเจนนัก ยังไม่มีความมั่นใจในการตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเมื่อมีอาการผิดปกติ ถึงแม้จะสามารถบอกอาการผิดปกติได้ แต่ไม่สามารถบอกวิธีบรรเทาอาการได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ อสม.บอกได้เพียงให้ผู้ป่วยนอนพักแต่ไม่ทราบว่าต้องพักถึงเวลาเท่าใด หรือหากมีอาการฉุกเฉินบอกได้เพียงต้องโทร 1669 ไม่ทราบว่าต้องปรึกษาใครหรือทำอย่างไร

ทั้งนี้จากสถานการณ์ระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ สามารถสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการได้ดังนี้

1) แนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังไม่มี ความชัดเจน: จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยยังไม่มีแนวทาง การดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการ

ประสานงานเพื่อการส่งข้อมูลอย่างชัดเจน ยังไม่มีความชัดเจนในการบันทึกข้อมูล ไม่มีแนวทางการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจน

ความต้องการต่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องการแนวทางการติดตามการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน การส่งข้อมูลไปยังแต่ละฝ่ายที่มีความชัดเจน ต้องการแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนที่แสดงข้อมูลที่จำเป็นต่อการนำไปแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและแนวทางการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนและเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย

2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ: จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงไม่ครบถ้วน มีการรับรู้อาการของโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างครบถ้วน แต่ไม่สามารถบอกพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

ความต้องการต่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องการการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สาเหตุ อาการ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและอาการฉุกเฉินที่ต้องมาโรงพยาบาล

3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสำหรับ อสม.: จากการสัมภาษณ์พบว่า อสม. รับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างครบถ้วนและถูกต้องแต่เมื่อต้องแนะนำผู้ป่วย อสม. ไม่มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำด้วยตนเองและ อสม. ยังไม่มั่นใจในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อติดตามเยี่ยมที่บ้าน

ความต้องการต่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น: อสม. ต้องการการส่งเสริมความมั่นใจในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที

2. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

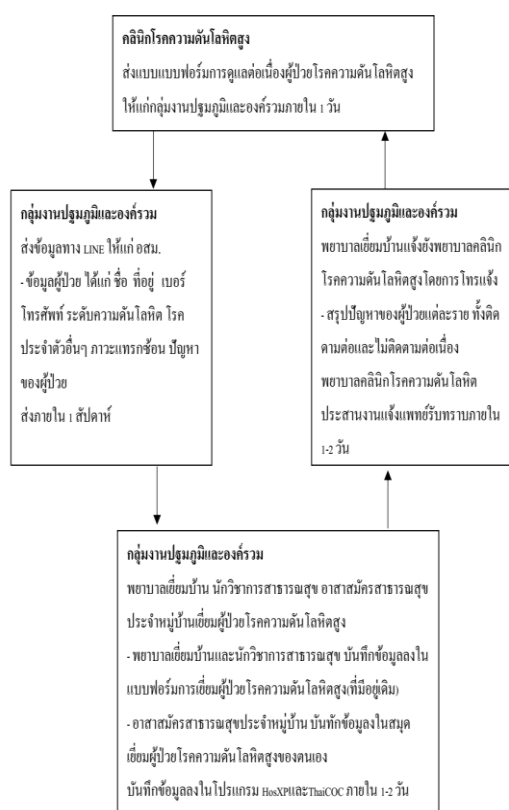
จากการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างทำให้พบว่า ระบบข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ยังไม่ครบถ้วน การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังบันทึกข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนเพียงพอ การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานมีความไม่ชัดเจนและ อสม. ยังไม่มีแหล่งบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอ หลังจากสรุปปัญหาและประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงได้พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการดำเนินการผ่านกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1) เพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนาด้านข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และเพื่อปรับปรุงแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปยังชุมชนให้มีความชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจึงมีการประชุมเพื่อระดมสมองในการสร้างแนวทางการส่งต่อข้อมูล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงสู่กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม จนเกิดแนวทางฯ ดังภาพที่ 1

2) เพื่อให้การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมีความถูกต้องและครบถ้วน โดยเฉพาะการระบุข้อมูลที่จำเป็นต่อการนำไปแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและแนวทางการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนและเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจึงร่วมกันสร้างแบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขึ้นดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 แนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงสู่กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม

แบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อ - สกุล..... อายุ..... ปี HN.....
Tel..... ที่อยู่..... โรคประจำตัว.....
ความดันโลหิตครั้งที่แล้ว..... ความดันโลหิตครั้งนี้.....

ปัญหาของผู้ป่วย

อาการ ☐ เจ็บแน่นหน้าอก ☐ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ☐ ใบหน้าเบี้ยว ☐ ตาพร่ามัว
☐ วิงเวียน/คลื่นไส้
☐ ปวดศีรษะ/หน้ามืด ☐ เหนื่อยออก/ใจสั่น ☐ นอนราบไม่ได้
☐ ปัสสาวะออกน้อย ☐ บวมตามตัว

พฤติกรรม ☐ ทานเค็ม (น้ำปลามากกว่า 4 ช้อนชาหรือเกลือมากกว่า 1 ช้อนชา) ☐ ทานไขมัน
☐ ทานหวานจัด
☐ ดื่มสุรา ☐ สูบบุหรี่ ☐ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ☐ ดื่มกาแฟ
☐ ดื่มน้ำมาก
☐ พักผ่อนไม่เพียงพอ ☐ ทานยาไม่ตรงเวลา ☐ ลืมทานยาบ่อย

เหตุผล ☐ ☐ ไม่ออกกำลังกาย ☐ มีความเครียด

การให้คำแนะนำเบื้องต้น

☐ แนะนำการทานอาหารแบบ 2:1:1 ☐ แนะนำลดทานอาหารเค็มจัด, หวานจัดและมันจัด
☐ แนะนำลดดื่มสุรา, สูบบุหรี่และ ☐ แนะนำให้ออกกำลังกายวันละ 30 นาที
☐ เครื่องดื่มชูกำลัง ☐ 5 ครั้ง/สัปดาห์
☐ แนะนำพักผ่อนความเครียด ☐ แนะนำพักผ่อนให้เพียงพอ
☐ แนะนำทานยาให้ตรงเวลา, ทานตามหน้าซองยา, เก็บยาในที่แห้ง,
 ไม่แยกออกจากถุงยาหรือให้ญาติช่วยดูแลการทานยา

ความเร่งด่วนในการดูแลเมื่อกลับบ้าน

☐ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ☐ ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง
☐ ภาวะแทรกซ้อนโรคไตวาย

ภาพที่ 2 แบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จัดกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดฐานให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 4 ฐาน มีการให้ความรู้ครั้งละ 30 นาที มีพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขประจำที่ฐานเพื่อให้ความรู้ในหัวข้อต่าง ๆ แบ่งผู้ป่วยเข้าฐานให้ความรู้ครั้งละ 5 คน ซึ่งมีกิจกรรมย่อยโดยกิจกรรมในฐานมี ดังนี้

ฐานที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคความดันโลหิตสูง อาการฉุกเฉินและเรียกรถพยาบาล ผู้ให้ความรู้คือ พยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยมีโปสเตอร์ประกอบการให้ความรู้

ฐานที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการสาธิตด้วยภาพประกอบการให้ความรู้ ผู้ให้ความรู้คือ พยาบาลผู้ได้รับการอบรมโภชนาการ

ฐานที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สาธิตด้วยตัวอย่างยาประกอบการให้ความรู้ ผู้ให้ความรู้คือ เกสเซอร์

ฐานที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สาธิตท่าออกกำลังกาย ผู้ให้ความรู้คือ นักวิชาการสาธารณสุข

กิจกรรมที่ 3 การเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จัดให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแก่ อสม. เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งฐานการให้ความรู้เป็น 4 ฐาน ดังนี้

ฐานที่ 1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยทบทวนระดับความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน เน้นจำแนกระดับความดันโลหิตตามการจำแนกระดับความดันโลหิตสูง การจัดการอาการของโรคความดันโลหิตสูง

ฐานที่ 2 การเน้นย้ำการส่งต่อข้อมูลเมื่อมีภาวะฉุกเฉินของโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที ได้แก่ ปวดศีรษะเฉียบพลัน ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่ง เจ็บแน่นหน้าอก ปากเบี้ยวหรือแขนขาอ่อนแรง ฝึกการโทรเรียก 1669 รายงานอาการ ชื่อผู้ป่วยและที่อยู่ให้ชัดเจน

ฐานที่ 3 เน้นย้ำการรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงและลดการรับประทานเค็ม ฝึกให้ อสม.สามารถคำนวณได้ว่าผู้ป่วยรับประทานเค็มเกินกว่ากำหนดหรือไม่ ต้องปรับอาหารอย่างไรและเสริมความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานในชุมชน

ฐานที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้แนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิธีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการบันทึกข้อมูลลงในสมุดติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการบันทึกข้อมูลและการสื่อสารกับทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 การปรับปรุงบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

มีการประชุมหารือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยต่อการให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำระยะเวลาดังกล่าวมาให้ความรู้ผู้ป่วยหลังพบแพทย์ โดยมีการปรับปรุงการบริการที่ต้องปฏิบัติ ดังนี้

- ประสานงานเวชระเบียนทุกวันพุธก่อนวันคลินิก โดยประสานงานเวชระเบียนเพื่อทำการเตรียมเปิดการใช้งานผู้ป่วยล่วงหน้าตามวันนัด ทำให้การเข้ารับบริการของผู้ป่วยมีความรวดเร็วขึ้น

- พยาบาลที่ประจำจุดคัดกรองมาปฏิบัติงานเวลา 7.00 น. เพื่อคัดกรองผู้ป่วยล่วงหน้าทำให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายที่ผิดปกติให้เข้าห้องฉุกเฉิน ในรายปกติให้ตรวจที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงเช่นเดิม
- เตรียมจุดวัดความดันให้ผู้ป่วยได้วัดความดันด้วยตนเอง โดยมีเครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่พยาบาลจุดคัดกรอง เมื่อผู้ป่วยวัดความดันด้วยตนเองก่อนพบพยาบาลคัดกรอง ทำให้มีความรวดเร็วในการคัดกรองผู้ป่วยไปยังคลินิกโรคความดันโลหิตสูง
- พยาบาลจุดซักประวัติมาตั้งแต่เวลา 7.30 น. ทำให้พยาบาลมีเวลาในการซักประวัติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีเวลาในการซักประวัติการออกประวัติผู้ป่วย อีกทั้งยังทำให้เกิดความรวดเร็วในการจัดผู้ป่วยรอคิวพบแพทย์และแพทย์เข้าตรวจเวลา 8.00 น. ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็ว ตามเวลา
- แยกจุดวัดความดันซ้ำ โดยมี อสม. ช่วยวัดความดันโลหิตและบันทึกในสมุดประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง เมื่อวัดซ้ำแล้วผู้ป่วยจะกลับไปยืนที่จุดซักประวัติ การแยกจุดวัดความดันซ้ำออกไป ช่วยลดระยะเวลาการวัดความดันโลหิตซ้ำของพยาบาล

3. ผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลน้ำหนาว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

3.1 การประเมินผลด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรค เนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ทำให้ยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเค็ม รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ออกกำลังกาย ดื่มสุราและสูบบุหรี่ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เมื่อรับทราบปัญหา ผู้วิจัยจึงนำปัญหาดังกล่าวมาประชุมเพื่อหาแนวทางการแก้ไข ทำให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังจากที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้จากกิจกรรมที่จัดขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยพบว่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปริมาณลดลง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95.0 จากการสอบถามผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดอาหารเค็มและอาหารไขมันสูงลง เมื่อผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน โดยผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมแจ้งให้ญาติทราบและปรับปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสในการปรุงรสอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการแยกสารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถรับประทานยาได้ตรงเวลาครบถ้วนและถูกต้องครบทุกคน โดยมีญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงช่วยดูแลเรื่องการรักษาให้ตรงเวลาและครบถ้วน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายโดยการวิ่งภายในหมู่บ้านช่วงเย็น ทำงานบ้านออกแรงหรือทำงานออกแรงอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายโดยการเดินรอบบ้าน 30 นาที ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการงดดื่มสุราและสูบบุหรี่ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพยายามลด เลิกการดื่มสุราและสูบบุหรี่โดยมีญาติคอยดูแลและให้กำลังใจ ซึ่งผู้ป่วยเดิมเคยเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยไม่ต้องการจะเป็นซ้ำจึงเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.2 การประเมินผลด้านการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาที่พบว่ามีความต้องการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย แนวทางการบันทึก แนวทางการส่งข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปยังชุมชนและไม่ได้รับการติดตามแก้ไขปัญหาก็ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต เมื่อรับทราบปัญหาผู้วิจัยจึงนำปัญหาดังกล่าวมาประชุมเพื่อหาแนวทางการแก้ไข ทำให้เกิดการวางแผนแนวทางการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับปรับปรุงแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ตั้งแต่การบันทึกข้อมูลที่เป็นได้แก่ โปรแกรม HosXP และโปรแกรม ThaiCOC แนวทางการประสานงานการส่งข้อมูลในแต่ละฝ่ายที่ชัดเจนขึ้นตามลำดับ จากพยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลเยี่ยมบ้านและ อสม. กำหนดแนวทางการส่งข้อมูล ในรายที่เร่งด่วนด้วยการโทรแจ้ง เช่น จาก อสม. ต้องการรายงานอาการเร่งด่วนต่อพยาบาลเยี่ยมบ้าน จากพยาบาลเยี่ยมบ้านส่งข้อมูลให้แก่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนำหมายหรือการสื่อสารเพื่อการแจ้งการเยี่ยมผู้ป่วยของพยาบาลเยี่ยมบ้านต่อพยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูงให้รับทราบ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามความเร่งด่วนของอาการผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหา จากการสอบถามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลเมื่อกลับไปยังชุมชน ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ก่อนและหลังการได้รับการส่งเสริมการรับรู้และการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูล (n=20)

ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม (mmHg.)		ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (mmHg.)	หลังการเข้าร่วมกิจกรรม (mmHg.)
SBP	DBP		
< 140	< 90	18	19
140 – 159	90-99	0	1
160 – 179	100-109	2	0
≥180	≥110	0	0

จากตารางที่1 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95.0

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์พบว่า ระบบการการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังไม่ชัดเจนทั้งแนวทางการปฏิบัติในการบันทึกข้อมูล ขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างคลินิกโรคความดันโลหิตสูงไปยังกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วมที่มีส่วนในการดูแลชุมชน ทำให้กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วมไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน พยาบาลเยี่ยมบ้านมีข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการแก้ไข ไม่ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อสม. ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการติดตามผู้ป่วยด้วยตนเอง ไม่มีการส่งต่อข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ข้อมูลแต่ละส่วนกระจัดกระจาย ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน แนวทางบันทึก

ไม่ชัดเจนและทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ข้อมูลที่น่ามาใช้ในการติดตามผู้ป่วยสูญหาย ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หลังจากที่ได้รับรู้ถึงสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีการปรับปรุงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จนเกิดการปรับปรุงแนวทางการดูแลต่อเนื่องให้มีความชัดเจน มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ลงในทะเบียนเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีการตอบกลับจากพยาบาลเยี่ยมบ้านไปยังพยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน ส่งเสริมการรับรู้การดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังจากได้จัดกิจกรรมเพื่อการปรับปรุงการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำข้อมูลที่รับจากแนวทางการดูแลต่อเนื่องระดับข้อมูลที่ปรับปรุงใหม่นำไปดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับคำแนะนำและการดูแลที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องด้านข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฯ ดังกล่าวเป็นพัฒนาที่ตรงกับบริบทของปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบการดูแลต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑริกา แพงบุตตี และ วิลาวรรณ ชมนิรัตน์ (Pangbuddee & Chomnirat, 2021) ที่ผลการศึกษาพบว่าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพมีแนวทางให้บริการที่ชัดเจนและให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับดีมาก สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อยู่ในเกณฑ์ปกติและคงที่ ผลการประเมินอัตราการครองชีพเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อชะลอไตเสื่อมของ จันทร์จิรา วาจาวัน (Wajamun, 2019) ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแนวทางการบริการฯ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1-2 มีผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการที่มีแนวโน้มดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำแนวทางการดูแลต่อเนื่องฯ ที่ได้ไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำแนวทางการดูแลต่อเนื่องฯ ที่ได้ไปปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบอื่น ๆ ตามแนวทางการพัฒนาดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลต่อเนื่องฯ และพัฒนาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

References

- American Heart Association. (2017). Know your risk factors for high blood pressure. Retrieved (2019, February 10) from <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/why-high-blood-pressure-is-a-silent-killer/know-your-risk-factors-for-high-blood-pressure>
- Division of Non communicable disease. (2017). Thailand national NCD plan2017-2021. Retrieved (2018, December 15). from <https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ThailandNationalNCDplan2017-2021.pdf>. (in Thai).
- Health Data Center. (2018). Hypertension. Retrieved (2018, December 20) from https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (in Thai).
- Kanhachin, H. & Limtragool, P. (2020). Improvement of care for patients with diabetes mellitus at health promoting hospital in Phibun Rak district, Udon Thani province. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(3), 186-195. (in Thai).
- Kedsawang, N. (2015). The development of continuing care for uncontrol hypertensive patient in Baan Nongno, Kudjab subdistrict, Kudjab district, Udonthani province (Master's thesis). Khon Kaen, Khon Kaen University. (in Thai).
- Nilvarangkul, K. (2015). Action research for community Nursing. Khon Kaen: Klangnanawittaya. (in Thai).
- Pangbuddee, M. & Chomnirat, W. (2021). Development practice guideline of hypertension patients for chronic kidney disease prevention in a community in Nongdaeng Subdistrict, Si Chomphu District, Khon Kaen Province. *Research and Development Health System Journal*, 14(3), 179-191. (in Thai).
- Thai Hypertension Society. (2015). Guidelines in the treatment of hypertension 2019. Retrieved (2018, December 15). from <http://www.thaihypertension.org/files/13.08Dec200614-AttachFile1165561514.pdf>
- Thiputai, P. & Limtragool, P. (2019). Guideline improvement for health behavior modification to promote self-efficacy of pre-diabetic patients at a community in Kalasin province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(3), 123-136. (in Thai).
- Wajamun, J. & Chomnirat, W. (2019). The development of guideline for caring patients with diabetic nephropathy at secondary care, Nakhonratchasima Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(1), 175-184. (in Thai).
- World Health Organization. (2018). Concepts: continuity and coordination of care. France: World Health Organization.