

การพัฒนาแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

Development Of A Blood Pressure Control Model Using Health Stations In Song Hong Subdistrict, Muang Buriram District, Buriram Province.

(Received: August 15,2025 ; Revised: August 23,2025 ; Accepted: August 24,2025)

สุนทร จอวัฒนศักดิ์¹

Suntorn Jongwattanasak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสภาพ และ 3) ประเมินผลของรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 การถอดบทเรียนและสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสภาพที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) สถานีสภาพชุมชน 2) ทีมสุขภาพชุมชน 3) ระบบการจัดการข้อมูล 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย และ 5) การสนับสนุนการจัดการตนเอง หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 157.84 mmHg เป็น 132.65 mmHg และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 93.15 mmHg เป็น 82.34 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 2.68 คะแนน เป็น 4.02 คะแนน คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 4.56 คะแนน เป็น 8.04 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.52, S.D. = 0.42)

คำสำคัญ: ควบคุมระดับความดันโลหิต, ความดันโลหิตสูง, สถานีสภาพ

Abstract

This action research aimed to 1) study the health situation and service problems for hypertensive patients, 2) develop a blood pressure control model using health stations, and 3) evaluate the effectiveness of the blood pressure control model using health stations in Song Hong Subdistrict, Muang Buriram District, Buriram Province. The research was divided into three phases: Phase 1 - situation and problem analysis, Phase 2 - model development, and Phase 3 - lesson learned and conclusion. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results revealed that the developed blood pressure control model using health stations consisted of five key components: 1) Community Health Station, 2) Community Health Team, 3) Data Management System, 4) Patient Care Process, and 5) Self-Management Support. After implementing the model, the mean systolic blood pressure decreased significantly from 157.84 mmHg to 132.65 mmHg, and the mean diastolic blood pressure decreased significantly from 93.15 mmHg to 82.34 mmHg ($p < 0.001$). Additionally, the mean self-care behavior score increased significantly from 2.68 to 4.02, and the mean ACIC score increased significantly from 4.56 (moderate level) to 8.04 (good level) ($p < 0.001$). Participants reported high satisfaction with the model (mean = 4.52, S.D. = 0.42).

Keywords: Blood Pressure Control, Hypertension, Health Station

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานล่าสุดจากองค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 โรคนี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ทั้งโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง ในประเทศไทย สถานการณ์มีความรุนแรงไม่แตกต่างกัน โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 2 ใน 3 ของประชากรไทยทั้งหมด² แม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษาและการเข้าถึงยาลดความดันโลหิต แต่กลับพบว่าอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติยังอยู่ในระดับต่ำมาก ปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญระหว่างการมียาและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ กับความสามารถในการนำไปใช้ให้เกิดผลจริงในระดับประชากร

ที่ผ่านมา แนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงมักเน้นที่การรักษาในสถานพยาบาลเป็นหลัก ทำให้เกิดข้อจำกัดหลายประการ ทั้งความแออัดของสถานพยาบาล การเข้าถึงบริการที่ไม่ทั่วถึง ความไม่ต่อเนื่องในการติดตามรักษา และการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน งานวิจัย³ ได้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เน้นชุมชนเป็นฐานสามารถเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่งานวิจัยดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด การให้คำปรึกษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น แต่ยังขาดการบูรณาการกับระบบสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในท้องถิ่น ในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข⁴ ได้ริเริ่มแนวคิด "สถานีสุขภาพ" (Health Station) ซึ่งเป็นจุดบริการสุขภาพในชุมชนที่ออกแบบให้ประชาชนสามารถเข้าถึง

บริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองได้อย่างสะดวก อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติจริงยังมีช่องว่างที่สำคัญ โดยเฉพาะการขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบ การขาดการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม และการขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการทดลองใช้สถานีสุขภาพพบว่า สถานีสุขภาพจัดตั้งขึ้นโดยชุมชนสนับสนุนการจัดการ เพิ่มการเข้าถึงและมีกระบวนการดูแลตรวจวัดและติดตามประเมินความเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 3 หมอ ร่วมกับการนำเทคโนโลยีสนับสนุนให้พฤติกรรม การจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลคุมความดันโลหิตได้ดี ผู้ให้และผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น⁵ และการศึกษาการพัฒนาและประเมินผล การใช้รูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการใช้รูปแบบพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการลดเกลือและโซเดียมลดลง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงลดลง ศักยภาพของสถานีสุขภาพเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 16.57, 14.62, 16.60, 7.94, 7.18$ ตามลำดับ⁶

สถานการณ์ในพื้นที่ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ สะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ทั้งหมด 540 คน และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 คิดเป็นร้อยละ 2.3, 3.33 และ 4.46 ตามลำดับ⁷ ที่น่าเป็นห่วงคือ อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายยังอยู่ในระดับต่ำมาก เพียงร้อยละ 24.47, 28.43 และ 12.04 ในแต่ละปี ซึ่งห่างไกลจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 66.00

จากการวิเคราะห์เชิงลึก พบช่องว่างที่สำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) การจัดบริการที่ไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุม 2) การเข้าถึงบริการที่จำกัดโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ห่างไกล 3) การขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลและติดตาม และ 4) การขาดการบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่ เชื่อมโยงทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน และสร้างความยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด⁸ ที่ว่าการจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและการบูรณาการกับระบบสุขภาพชุมชน ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นที่จะพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อแก้ไขช่องว่างของงานวิจัยที่ผ่านมาและสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ บริบท สภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ และระยะที่ 3 ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พร้อมทั้งวางแผนในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป และพัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 16 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 16 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน และตัวแทนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (I10) ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย อำเภอเมืองบุรีรัมย์

จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568 จำนวน 110 คน โดยมีเกณฑ์ การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีค่าความดัน โลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันโลหิต ขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป 2) สามารถอ่านเขียน และ เข้าใจภาษาไทยได้ และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคหรือ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และ 2) มี ภาวะทุพพลภาพ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

1) **สถานีสภาพ** ประกอบด้วยเครื่องวัด ความดันโลหิตดิจิทัลอัตโนมัติที่ผ่านการสอบเทียบ มาตรฐาน, แนวทางการประเมินสุขภาพและจัดการ ความเสี่ยงผ่าน Application, และระบบเชื่อมโยง ข้อมูลด้วย Application Smart อสม. กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) **คู่มือการดูแลตนเอง** สำหรับผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ครอบคลุมความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ รับประทานยา และการจัดการความเครียด

3) **แผนการดำเนินกิจกรรม** ประกอบด้วย แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนการติดตามเยี่ยม บ้าน และแผนการประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย ตัวแปรเพศ อายุ ระยะเวลาที่ เจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่นๆ ค่าความดันโลหิต สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ อาชีพ

2) **แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง** สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นมาตรา ประมาณค่า 5 ระดับ⁹ จำนวน 17 ข้อ เป็นความถี่ ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยที่

คะแนน 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์)

จากนั้นนำคะแนนมาแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ ดังนี้

ระดับต่ำ (0-50 คะแนน)

ระดับปานกลาง (51-67 คะแนน)

ระดับสูง (68-85 คะแนน)

3) **แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรัง** (Assessment of Chronic Illness Care, version 3.5 ฉบับภาษาไทย)¹¹ ซึ่งมีการประเมิน 7 หัวข้อ คือ 1) การจัดระบบบริการสุขภาพ 2) การ ประสานงานกับชุมชน 3) ระดับปฏิบัติการ 4) การ สนับสนุนการตัดสินใจ 5) การออกแบบระบบ บริการสุขภาพ 6) ระบบเวชระเบียน และ 7) การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีการกำหนดค่าคะแนนสูงสุดไว้ที่ 11 และแต่ ละข้อได้แบ่งคะแนนย่อยให้ลดหลั่นกันไป

คะแนน 0 หมายถึง มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการ ดูแลโรคเรื้อรัง

คะแนน 11 หมายถึง มีการดูแลสนับสนุน โรคเรื้อรังอย่างเต็มที่

ความหมายของช่วงคะแนนมีดังนี้

0 ถึง 2 หมายถึง มีการสนับสนุนน้อยหรือ จำกัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3 ถึง 5 หมายถึง มีการสนับสนุนปานกลาง ต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

6 ถึง 8 หมายถึง มีการสนับสนุนต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

9 ถึง 11 หมายถึง มีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

4) แบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Rating Scale)⁹ มีความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การประเมินคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ โดยคำนวณช่วงการวัดดังนี้

ช่วงการวัด = (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น = 1.33

การแปลความหมายข้อมูล พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของช่วงระดับคะแนนของความพึงพอใจดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

5) แบบบันทึกการวัดความดันโลหิต เป็นแบบบันทึกค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยบันทึกค่าความดันโลหิตทั้งค่า Systolic Blood Pressure (SBP) และ Diastolic Blood Pressure (DBP) ในแต่ละครั้งที่มีการวัดพร้อมทั้งวันที่และเวลาที่ทำการวัด

6) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละกิจกรรมที่จัดขึ้น

7) แบบบันทึกการรับยาตามนัดและการรับประทานยา เป็นแบบบันทึกการรับยาตามนัดและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบหา

ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่า CVI เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสภาพ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่า CVI เท่ากับ 0.93

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา

1) การเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทดสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นขอจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2) การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในพื้นที่ จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย และสรุปสถานการณ์และปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิต

1) การวางแผน (Planning) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันวางแผนการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสภาพ กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของ

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ และจัดทำแนวทางการดำเนินงานสถานีสุภาพ

2) การปฏิบัติการ (Action) มีขั้นตอนดังนี้

- จัดตั้งสถานีสุภาพในพื้นที่ตำบลสองห้อง อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบึงสามพัน

- อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการใช้สถานีสุภาพและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

- จัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- ดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุภาพ

3) การสังเกตการณ์ (Observation)

- ติดตามการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้

- เก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย

- บันทึกผลการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วย

- บันทึกปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

- วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้

- ประเมินผลการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

- ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุภาพ

- สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 การถอดบทเรียนและสรุปผล

1) การถอดบทเรียน โดยการจัดประชุมเพื่อถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน และสรุปรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยไปใช้สถานีสุภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2) การสรุปผลและจัดทำข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวม จัดทำข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุภาพไปใช้ในพื้นที่อื่น และจัดทำแนวทางในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุภาพ

3) การเผยแพร่ผลงาน จัดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ จัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานเพื่อเผยแพร่ในรูปแบบรายงานฉบับสมบูรณ์ นำเสนอผลการวิจัยในเวทีวิชาการ หรือตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ และขยายผลการดำเนินงานไปยังพื้นที่อื่นๆ ในอำเภอบึงสามพัน

4) การพัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจัดทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง กำหนดแนวทางการดำเนินงานในระยะยาว และวางแผนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วย 5) การวัดความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ประกอบด้วย 1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

การควบคุมระดับความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.82 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 33.64 อายุเฉลี่ย 56.72 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.91 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.82 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.64 มีรายได้ต่อเดือนในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 52.73 รายได้เฉลี่ย 7,835.27 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 46.36 ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 7.26 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 59.09 ส่วนผู้ที่มียโรคประจำตัวอื่น พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 29.09 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.55

ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อยู่ในระดับความดันโลหิตสูงระดับ 1 (140-159 mmHg) ร้อยละ 50.91 รองลงมาคือระดับความดันโลหิตสูงระดับ 2 (160-179 mmHg) ร้อยละ 37.27 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก 157.84 mmHg ส่วนความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความดันโลหิตสูงระดับ 1 (90-99 mmHg) ร้อยละ 57.27 รองลงมาคือระดับก่อนความดันโลหิตสูง (80-89 mmHg) ร้อยละ 24.55 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก 93.15 mmHg ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.64 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.18 และระดับสูง ร้อยละ 8.18 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 49.62 คะแนน

ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมในการ

วิจัย พบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ เนื่องจากระยะทางไกล ขาดผู้พามา มีภาระอาชีพ ระบบบริการแออัด และการขาดนัด 2) ปัญหาด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วย ขาดความรู้และทักษะการดูแลตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่ถูกต้อง และไม่ติดตามวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง 3) ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดการบูรณาการเครือข่าย ขาดเครื่องมือติดตามผู้ป่วยในชุมชน และระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน 4) ปัญหาด้านชุมชนและครอบครัว ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และไม่มีจุดบริการวัดความดันโลหิตในชุมชน

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนการพัฒนารูปแบบ ก่อนการพัฒนา รูปแบบ การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 4.56 (S.D. = 0.92) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ระบบเวชระเบียน ค่าเฉลี่ย 5.36 (S.D. = 1.43) รองลงมาคือ การสนับสนุนการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย 5.12 (S.D. = 1.32) และการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.84 (S.D. = 1.19) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การประสานงานกับชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D. = 1.08)

2) ผลการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ

รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้รูปแบบดังนี้

รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานี่สุขภาพ (BP Control with Health

Station Model) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) สถานีสุขภาพชุมชน: จัดตั้ง 8 แห่งในพื้นที่สาธารณะที่เข้าถึงสะดวก มีเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบ สมุดบันทึกข้อมูลและสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2) ทีมสุขภาพชุมชน: อสม. ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแลประจำสถานี ผู้นำชุมชนและท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากร และบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ

3) ระบบการจัดการข้อมูล: ใช้ Application Smart อสม. บันทึกและเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมระบบแจ้งเตือนกรณีความดันสูงเกินเกณฑ์หรือขาดนัด

4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย: มีคู่มือการดูแลตนเอง กำหนดการวัดความดันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จัดอบรมให้ความรู้ ระบบเยี่ยมบ้าน ส่งยาถึงบ้าน และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เดือนละครั้ง

5) การสนับสนุนการจัดการตนเอง: สร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง จัดตั้งกลุ่มไลน์ให้คำปรึกษา และยกย่องผู้ป่วยต้นแบบที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

กระบวนการพัฒนารูปแบบดำเนินการใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ การจัดตั้งสถานีสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเอง

3) ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ

ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) เท่ากับ 132.65 mmHg (S.D. = 10.27) ลดลงจากก่อนการพัฒนารูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 157.84 mmHg (S.D. = 14.93) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการพัฒนารูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($t = 18.42, p < 0.001, 95\% \text{ CI: } 22.47 - 27.91$) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) หลังการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 82.34 mmHg (S.D. = 5.93) ลดลงจากก่อนการพัฒนารูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.15 mmHg (S.D. = 7.68) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการพัฒนารูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.25, p < 0.001, 95\% \text{ CI: } 9.32 - 12.30$)

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมเท่ากับ 4.02 คะแนน (S.D. = 0.45) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 คะแนน (S.D. = 0.57) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = 22.83, p < 0.001, 95\% \text{ CI: } 1.22 - 1.46$)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ด้านการติดตามอาการ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.91 คะแนน ($t = 21.67, 95\% \text{ CI: } 1.74 - 2.08$) รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น 1.29 คะแนน ($t = 14.75, 95\% \text{ CI: } 1.12 - 1.46$) และ ด้านการรับประทานอาหาร เพิ่มขึ้น 1.24 คะแนน ($t = 16.32, 95\% \text{ CI: } 1.09 - 1.39$)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวมเท่ากับ 8.04 คะแนน (S.D. = 0.87) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

รูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 คะแนน (S.D. = 0.92) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวมหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.27$, $p < 0.001$, 95% CI: 3.14 to 3.82)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ การประสานงานกับชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.52 คะแนน ($t = 18.76$, 95% CI: 4.03 - 5.01) รองลงมาคือ การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพิ่มขึ้น 3.91 คะแนน ($t = 15.85$, 95% CI: 3.42 - 4.40) และการจัดระบบบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น 3.62 คะแนน ($t = 14.52$, 95% CI: 3.12 - 4.12)

4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสสุขภาพ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.52 (S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้บริการสถานีสสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.72 (S.D. = 0.46) รองลงมาคือ ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.68 (S.D. = 0.47) และความสะดวกในการเข้าถึงสถานีสสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.65 (S.D. = 0.48) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ระบบการบันทึกและติดตามข้อมูล ค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D. = 0.71)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสสุขภาพ

ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์" มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสสุขภาพ และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเข้าถึงบริการที่สะดวก โดยผลการวิจัยพบการลดลงของระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญและการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้หลังการพัฒนารูปแบบ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนาภรณ์ หาญคำภา⁵ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษานโยบาย อินทรวง¹² ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นนั้น อาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัยประการแรก การจัดตั้งสถานีสสุขภาพในชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถติดตามระดับความดันโลหิตได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค² ที่ระบุว่า การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอที่สถานีสสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนรู้ข้อมูลสุขภาพและตระหนักถึงปัจจัยรบกวนทางสุขภาพต่างๆ ที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ประการที่สอง การมีทีมสุขภาพชุมชนโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพทำให้สามารถให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ โคกสีอำนวย และคณะ⁶ ที่พบว่า การส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. มีส่วนร่วม และการ

แต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประการที่สาม การใช้เทคโนโลยีในการบันทึกและเชื่อมโยงข้อมูลผ่าน Application Smart อสม. ช่วยให้การติดตามผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สามารถแจ้งเตือนกรณีผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์หรือไม่มาวัดความดันโลหิตตามกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของณิกานต์ กากแก้ว และศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล¹³ ที่พบว่า การวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้นหลังการพัฒนา รูปแบบ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนการจัดการตนเองที่เป็น องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของธนาพร ปะตาทะโย¹⁴ ที่พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความ ดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยอาจเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง การสร้าง แรงจูงใจโดยการยกย่องชมเชยผู้ป่วยที่สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และการจัด กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของคัทลียา วสุธาดา¹⁵ ที่ พบว่า การจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ทาง สุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำ การ ตั้งเป้าหมาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล การเยี่ยมบ้าน และการสะท้อนกลับผลการพัฒนา ส่งผลให้พฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแล ตนเองด้านการติดตามอาการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (เพิ่มขึ้น 1.91 คะแนน) อาจเป็นผลมาจากการมี สถานีสุขภาพในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ทำให้ผู้ป่วยสามารถวัดความดันโลหิตได้บ่อยครั้ง ขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดสถานีสถานีสุขภาพ² ที่ระบุว่า สถานีสถานีสุขภาพเป็นทางเลือกหนึ่งในการคัดกรอง ติดตามความดันโลหิตและปริมาณน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดประโยชน์ สูงสุดแก่ประชาชน

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังหลังการพัฒนา รูปแบบ โดยเฉพาะด้านการ ประสานงานกับชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงมาก ที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของเรียมใจ พลเวียง และ มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง¹⁶ ที่พบว่า การพัฒนา รูปแบบ การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิด ภาวการณ์ช่วยเหลือ คำนึงการควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะ ในการดูแลตนเอง

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 6 ของ แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี พ.ศ. 2560-2564 ที่เน้นการพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ และ พัฒนาบุคลากรทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้ สามารถจัดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ได้ ซึ่งมี เป้าประสงค์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมี ประสิทธิภาพ

จากผลการถอดบทเรียน พบว่าปัจจัย ความสำเร็จที่สำคัญของการพัฒนา รูปแบบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การเข้าถึงบริการที่ สะดวก การพัฒนาศักยภาพ อสม. การเชื่อมโยง

ข้อมูล การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีต้นแบบที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรื่องศิริ เจริญพงษ์¹⁷ ที่พบว่า แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ควรมีการพัฒนาความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถจัดการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาแบบประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ

House¹⁸ ที่เน้นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรางคนา แสงผล¹⁹ ที่พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วย การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน และการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. Jafar TH, Gandhi M, de Silva HA, Jehan I, Naheed A, Finkelstein EA, et al. A community-based intervention for managing hypertension in rural South Asia. N Engl J Med. 2020;382(8):717-26.
4. กระทรวงสาธารณสุข. สถานีสุขภาพ (Health Station). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. พัฒนารัตน์ หาญคำภา. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพิชัยภูมิพิสัยจังหวัดมหาสารคาม. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2567; 8(16), 168-184.
6. นงลักษณ์ โคกสีอานวย, สุวิมล แสงเรือง, วีระ วุฒิศิริอานวย, อาริยา แดงวงษา, พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวางอำเภอโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):772-82.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย. เอกสารประกอบการนำเสนอผลการผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2567. บุรีรัมย์ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย; 2567
8. Margolis KL, Asche SE, Dehmer SP, Bergdall AR, Green BB, Sperl-Hillen JM, et al. Long-term outcomes of the effects of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure among adults with uncontrolled hypertension. JAMA Netw Open. 2022;5(5):e2214901.
9. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55.
10. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
11. Gomutbutra P, Aramrat A, Sattapansri W, Chutima S, Tooprakai D, Sakarinkul P, Sangkhasilapin Y. Reliability and validity of a Thai version of assessment of chronic illness care (ACIC). J Med Assoc Thai. 2012;95(8):1105-13.
12. นัยนา อินทรวง. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสถานีสุขภาพบ้านทุ่งงามอำเภอเสริมงามจังหวัดลำปาง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน. 2567;2(3):72-89.
13. ณิชกานต์ กากแก้ว, ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล. การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงพระอารามหลวงกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):429-41.

14. ธนาพร ปะตาทะโย. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอพลับพลาชัยจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):789-95.
15. คัทลียา วสุธาดา. การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิด ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลหนองบอน อำเภอปอไร่ จังหวัดตราด. วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี. 2565;33(1):136-52.
16. เรียมใจ พลเวียง, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):26-35.
17. เรืองศิริ เจริญพงษ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):277-90.
18. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1983..
19. สุรางคณา แสงผล. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 9. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(3):635-47.