ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาวะฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

The Effectiveness of the Nursing Program by using the Self-Management Support System and Empowerment Concept in Hypertensive Urgency in the Inpatient Department Doi Lo Hospital Chiangmai Province.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 23,2026 ; Accepted: October 28,2026)

ปาณิศา ถาคำติ๊บ[1] มุจลินท์ แปงศิริ[2]
Panisa Takhumtip[1] Mujjalin Pangsiri[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ จำนวน 30 คน ช่วงเดือนเมษายน 2569 – มิถุนายน 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) สถิติเปรียบเทียบ Paired T-test และสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 51-70 ปี นับถือศาสนาพุทธสถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001–10,000 บาท สิทธิ์ในการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลขณะอยู่บ้านส่วนใหญ่ คือ คู่สมรสและบุตร/หลาน ผู้ที่ช่วยเหลือ และนำท่านมาโรงพยาบาลตามนัดหรือเมื่อมีอาการฉุกเฉินส่วนใหญ่ คือ บุตร/หลาน ญาติพี่น้อง และอาการหรืออาการแสดงของท่านก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มาด้วยอาการหายใจเหนื่อย/ขัด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านอาหารและการใช้ยา ด้านกิจกรรมและการจัดการความเครียด และด้านการติดตามผลและแก้ปัญหา หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังได้โปรแกรม ในระดับมาก การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ($\underline{\bar{X}}$=4.24,SD.0.34) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -8.4904, p <.001)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of the nursing program by using the self-management support system and empowerment concept in hypertensive urgency in the Inpatient department Doi Lo hospital Chiang Mai Province. The objectives were: 1) to study the effectiveness of the nursing program integrating self-management support systems and empowerment in patients with a history of hypertensive emergencies, and 2) to compare the self-management and care capabilities for preventing hypertensive emergencies among hypertensive patients admitted to the inpatient ward of Doi Lo Hospital, Chiang Mai Province. The sample consisted of 30 hypertensive patients who presented with hypertensive emergencies

[1] กลุ่มงานการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่
[2] ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

in the inpatient ward of Doi Lo Hospital. Data were collected using questionnaires and interviews. Descriptive statistics, paired T-tests, and content analysis were used, with a significance level of 0.05.

The study results showed that the majority of the sample were female, aged 51-70 years, married, with a primary school education, engaged in agriculture, and had an average monthly income of 5,001–10,000 baht. They had health insurance coverage and were primarily assisted at home by spouses and children/grandchildren. Those who assisted and transported them to the hospital for appointments or emergencies were mostly children/grandchildren and relatives. The most common symptom presented before treatment was shortness of breath. Health behaviors of hypertensive patients included diet and medication use, activity and stress management, and follow-up and problem-solving. After the program, hypertensive patients showed a significant improvement in their health behaviors. Perceived self-empowerment of hypertensive patients after the program was at the highest level. Comparing the competence in managing and caring for oneself to prevent hypertensive emergencies, the average score increased to ($\underline{\bar{x}}$==4.24, SD.0.34) and differed significantly (t = -8.4904, p <.001).

Keywords: Patients with hypertensive emergencies, Self-management support system, Empowerment concept

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินซึ่งนิยามโดยคำแถลงทางวิทยาศาสตร์ของสมาคมโรคหัวใจอเมริกันปี 2020 ว่าเป็นความดันโลหิตซิสโตลิค (SBP)/ความดันโลหิตไดแอสโตลิคสูงกว่า 80/110-120 มม.ปรอท ร่วมกับหลักฐานความเสียหายของอวัยวะเป้าหมายที่เกิดขึ้นใหม่หรือแย่ลง ครอบคลุมอาการทางคลินิกที่หลากหลายซึ่งความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้นำไปสู่ความผิดปกติของอวัยวะปลายทางที่ลุกลามหรือใกล้จะเกิดขึ้น ในสภาวะเหล่านี้ ควรลดความดันโลหิตลงอย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่นาทีถึงหลายชั่วโมง ความเสียหายต่ออวัยวะปลายทางทางระบบประสาทอันเนื่องมาจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อาจรวมถึงภาวะสมองเสื่อมจากความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง/ ภาวะสมองขาดเลือด เลือดออกใต้ เยื่อหุ้มสมอง และ/หรือ เลือด ออกในกะโหลกศีรษะ ความเสียหายต่ออวัยวะปลายทางของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจรวมถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะการทำงานของหัวใจห้องซ้ายล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะปอดบวมเฉียบพลัน และ/หรือการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ ระบบอวัยวะอื่นๆ ก็อาจได้รับผลกระทบจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ ภาวะ ไตวายเฉียบพลัน/ไตทำงานบกพร่อง โรคจอประสาทตา โรคครรภ์เป็นพิษหรือภาวะโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตกจากหลอดเลือดขนาดเล็กด้วย[1] การเกิดขึ้นของยาต้านความดันโลหิตสูง อุบัติการณ์ของภาวะฉุกเฉินจากความดันโลหิตสูงในสหรัฐอเมริกาจึงลดลงจาก 7% เหลือประมาณ 1% ของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ อัตราการรอดชีวิต 1 ปีที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้ยังเพิ่มขึ้นจากเพียง 20% (ก่อนปี 1950) เป็นอัตราการรอดชีวิตมากกว่า 90% ด้วยการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบได้ไม่บ่อยนัก แต่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน (ED) ในสหรัฐอเมริกาเนื่องจากภาวะฉุกเฉินจากความดันโลหิตสูง และอัตราต่อผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 ล้านคนที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าระหว่างปี 2006 ถึง 2013[2] ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต มักมีระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หรืออาจไม่รู้ตัวเลยว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุต่างๆ เช่น การรักษาที่ไม่เพียงพอ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และผลข้างเคียงจากยา ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะนี้ การเป็นชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน อายุมาก เพศชาย และไม่มีแพทย์ประจำตัว ล้วนเป็นปัจจัย

เสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต นอกจากนี้ ภาวะอ้วนมาก โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง การใช้ยาควบคุมความดันโลหิตหลายชนิด และประวัติของโรคทางกายที่เกิดจากจิตใจ ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะนี้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติมก่อนที่จะสรุปว่าปัจจัยเหล่านี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตได้ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินอาจมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง หายใจถี่ เลือดกำเดาไหล หรือวิตกกังวล ในกรณีของภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินอาการทางคลินิกจะขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะ นอกเหนือจากอาการอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ต้องทำการประเมินอย่างรวดเร็วแต่ละเอียดถี่ถ้วนเพื่อแยกแยะระหว่างภาวะเร่งด่วนและภาวะฉุกเฉิน แพทย์ควรสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ รวมถึงยาที่ซื้อได้เองโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์และยาสมุนไพร ตลอดจนการใช้ยาเสพติด ควรประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา รวมถึงเวลาที่รับประทานยาครั้งสุดท้าย ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรตรวจสอบความดันโลหิตที่แขนทั้งสองข้างโดยใช้เทคนิคการวัดที่ถูกต้องการตรวจร่างกายเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการวินิจฉัย การตรวจควรรวมถึงการประเมินหาสัญญาณที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การฉีกขาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ ภาวะสมองเสื่อมจากความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองภาวะไตวาย โรคจอประสาทตา เลือดออกในจอประสาทตา และภาวะบวมของเส้นประสาทตา การตรวจ CT สแกน MRI การตรวจคลื่นเสียงหัวใจหรือการเอกซเรย์ทรวงอกอาจจำเป็นในการประเมินความเสียหายของอวัยวะ การตรวจทางห้องปฏิบัติการควรรวมถึงการตรวจวิเคราะห์สารเมตาบอลิซึม การตรวจปัสสาวะ การตรวจนับเม็ดเลือดครบถ้วน และการตรวจสารพิษในปัสสาวะ[3]

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยและระดับสากลปัจจุบันถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง (Hypertensive Emergency) ซึ่งเป็นภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิคสูงตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับมีการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย (Acute Target Organ Damage) อย่างเฉียบพลัน ภาวะเหล่านี้ไม่เพียงแต่คุกคามชีวิตในระยะเฉียบพลัน แต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิตและความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการในระยะยาว หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (วีระ ศักดิ์ เอนกศักดิ์, สุรพันธ์ สืบเนียม และสิรินธร นิลวรรณาภา, 2562) การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงต้องก้าวข้ามจากการดูแลตามอาการในระยะวิกฤตไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ พบว่า จากสถิติอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง รพ.ดอยหล่อ (ปี 2565-2568) พบว่า ปี 2565 = 999.60 ต่อแสนประชากร ปี 2566 =1590.83 ต่อแสนประชากร ปี 2567=1361.22 ต่อแสนประชากร ปี 2568=1899.61 ต่อแสนประชากร โดยร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รวบคุมความดันโลหิตได้ดี รพ.ดอยหล่อ (เป้าหมาย60%) ปี 2565-2568 เท่ากับ 40.48%, 44.44%, 41.93% และ 42.69% (ตามลำดับ) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับ 20% (เป้าหมาย 50%) ปี 2565-2568 เท่ากับ 55.56%, 53.49%, 45.95% และ50% (ตามลำดับ)[4] สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินตามนิยามของของสมาคมโรคหัวใจอเมริกันปี 2020 และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงมามากกว่า 5 ปี พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 180 mmHg./หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mmHg (เป้าหมายร้อยละ 30) ปี 2565-2568 เท่ากับ52.50%, 54.50%, 65.08% และ50.58% (ตามลำดับ) ทั้งนี้เมื่อเทียบกับอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มารับการรักษาที่ รพ.ดอยหล่อในปี 2565-2568 ซึ่งเท่ากับ 2.12%, 2.37%, 2.51%, และ2.30% (ตามลำดับ) แม้จะเป็นจำนวนที่ไม่มากเมื่อเทียบผู้ป่วยที่มารับบริการจากภาวะฉุกเฉินซึ่งถือเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทั้งหมด ทั้งนี้ยังพบอีกว่าอัตราการป่วยตายส่วนหนึ่งมาจากสาเหตุของการละเลยในการดูแลตนเองจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาล: โปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูงในหอผู้ป่วยใน

ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย ที่มารับบริการด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอัตราการเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่” โดยจะประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปสัน[5] ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ[6] มาใช้กับผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกัน และจัดการตนเองต่อภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการและดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยทำการวัดผลศึกษาก่อน-หลังการทดลอง การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาศึกษา ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปสัน[5] ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ[6] และใช้หลักการแนวคิดในการประยุกต์เพื่อจัดทำโปรแกรมฯ เพื่อใช้ศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD[7] และแนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ[6]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purpossive smpling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ ช่วงเดือนเมษายน 2569 – มิถุนายน 2569 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณในโปรแกรม G*power ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power มาจากเว็ปไซด์ผู้พัฒนาโปรแกรม คือ Heinrich-

HeineUniversität Düsseldorf และให้โปรแกรมคำนวณด้วยระบบเอง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบDifference between two mean เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.80 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 รายและเพื่อป้องกันหากเกิดการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 6 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี และมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลดอยหล่อ ช่วงเดือนมีนาคม 2569 – มิถุนายน 2569

2) มีภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงตั้งแต่ 100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับมีการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย (Acute Target Organ Damage) อย่างเฉียบพลัน เช่น อาการแน่นใต้ลิ้นปี่ เจ็บอกหรือแน่นหน้าอก ปวดศีรษะรุนแรง และปวดไหล่ซ้ายชาร้าวไปปลายมือ

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสามารถโต้ตอบได้ตามปกติ ด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

4) ไม่มีอาการแทรกซ้อน และ/หรืออาการกำเริบที่แย่ลงจนต้องย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือต้องได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

5) มีสติสัมปชัญญะ มีการรับรู้ต่อบุคคล เวลา และสถานที่อยู่ในระดับปกติ

6) มีโทรศัพท์มือถือ และสามารถติดต่อด้วยการเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือผ่านระบบไลน์แอพลิเคชั่นได้

7) ยินยอม และเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีอาการ และอาการแสดงของภาวะหายใจลำบากอย่างรุนแรง หรือเจ็บหน้าอกรุนแรงจนไม่สามารถจัดการตนเองได้ในขณะที่อยู่ระหว่างทำวิจัย

2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3) ย้ายออกจากพื้นที่ หรือเสียชีวิตในขณะทำการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระยะการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย และ ศึกษาระดับของความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและอาการแสดงทางภาวะฉุกเฉินของความดันโลหิตสูงโดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิดแบบเติมคำ ให้ตอบตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นแบบสอบถามชนิดประเมินความเห็น 5 ระดับตามลักษณะอาการและความสามาถในการปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายระดับการปฏิบัติดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81– 2.60 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ มากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นแบบสอบถามชนิดประเมินความเห็น 5 ระดับตามลักษณะความคิดเห็นและความสามารถในการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายระดับการปฏิบัติดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81– 2.60 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ มากที่สุด

2. ระยะการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และ2) เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยโปรแกรมนี้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน (ระยะเวลาเฉลี่ย 5-7 วัน) และต่อเนื่องไปถึงระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยมีการจัดโปรแกรมและขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1: การจัดการภาวะวิกฤตและการประเมินเริ่มต้น (วันแรกของการรับใหม่)

พยาบาลเน้นการดูแลตามมาตรฐานภาวะฉุกเฉินควบคู่กับการประเมินเชิงรุก (Assess) ได้แก่

1) การประเมินทางกายภาพและพยาธิสภาพอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท และระดับความรู้สึกตัวทุก 1-4 ชั่วโมงตามความรุนแรง

2) การประเมินความรู้และแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ความดันสูงในครั้งนี้ และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้แก่ การประเมินความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพเพื่อออกแบบสื่อการสอนที่เหมาะสม

ระยะที่ 2: การเสริมสร้างพลังอำนาจและการสะท้อนคิด (วันที่ 2-5 ของการนอนโรงพยาบาล)

เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและเริ่มคงที่ (Stable) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเริ่มต้นขึ้นผ่านกิจกรรมกลุ่มหรือรายบุคคล

1) กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) ได้แก่ พยาบาลชวนพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การเกิดภาวะวิกฤตและความรู้สึกเมื่อทราบผลกระทบต่ออวัยวะเป้าหมาย เช่น ภาวะไตเสื่อมหรือหัวใจโต

2) กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) ได้แก่ การใช้เทคนิค "Ask-Tell-Ask" เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนพฤติกรรมการใช้ยาและการรับประทานอาหารเดิม.20 พยาบาลให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับความเสี่ยงหากเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลวิจัยที่ระบุว่าการควบคุมความดันไม่ดีสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย (Peer Support) ได้แก่ การทำกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มเล็ก ให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์คล้ายกันจะได้ร่วมกันสะท้อนปัญหาและวิธีการแก้ไขที่เคยทำสำเร็จ

ระยะที่ 3: การวางแผนและการฝึกทักษะจัดการตนเอง (ก่อนจำหน่าย 1-2 วัน)

เน้นการพัฒนาทักษะ (Assist) และการตกลงร่วมกัน (Agree) ได้แก่

1) การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล (Goal Setting) ได้แก่ การให้ผู้ป่วยกำหนดสิ่งที่ต้องการทำด้วยตนเอง เช่น "จะออกกำลังกายแบบเดินรอบบ้านวันละ 20 นาที 5 วันต่อสัปดาห์"

2) ทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM Training) ได้แก่ การสอนการเลือกใช้เครื่องวัดความดันที่ต้นแขนที่ผ่านการรับรอง และการจดบันทึกค่าความดันอย่างถูกวิธี (7-day monitoring protocol)

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร (DASH Diet) ได้แก่ การสาธิตการเลือกเมนูอาหารที่มีโซเดียมต่ำ (< 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน) และเพิ่มการรับประทานโพแทสเซียมจากผักและผลไม้

4) การจัดทำแผนฉุกเฉิน (Emergency Action Plan) ได้แก่ การสอนวิธีการระบุอาการเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที (Red Flags) และช่องทางการติดต่อพยาบาลกรณีมีความดันสูงเกินเกณฑ์ที่บ้าน

ระยะที่ 4: การติดตามผลและความต่อเนื่อง (ภายหลังการจำหน่าย 12 สัปดาห์)

เป็นขั้นตอนการติดตาม (Arrange) เพื่อคงระดับพลังอำนาจ ได้แก่

1) Tele-nursing และ Mobile Application ได้แก่ การใช้ระบบสุขภาพทางไกลเพื่อติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน และให้คำแนะนำแบบรายบุคคล (Personalized Counseling) เช่น การให้คำแนะนำเตือนผ่านระบบ Line Application เป็นต้น

2) การเยี่ยมบ้านหรือการโทรติดตามผล (Follow-up Calls) ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่วางไว้ในสัปดาห์ที่ 1, 4, 8 และ 12 พร้อมประเมินปัญหาอุปสรรคและให้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement)

3) การส่งเสริมบทบาทครอบครัว ได้แก่ การที่พยาบาลทำงานร่วมกับผู้ดูแล (Caregivers) เพื่อให้เป็นแรงสนับสนุนในการจัดเตรียมอาหารและกระตุ้นการรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยดำเนินการ คือ ภายหลังจากสร้างพัฒนาเครื่องมือวิจัยเสร็จ ผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างงานวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจความตรงตามเนื้อหา ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และอาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ 2 ท่าน และอาจารย์ภาควิชาสถิติประยุกต์ 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธี IOCโดยต้องได้ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม 0.5-1.00 ขึ้นไปจึงจะถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 จากนั้นผู้วิจัยจะได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการวิจัยต่อไป

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เคยมีภาวะฉุกเฉินและเข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอยเต่า จำนวน 30 คน

จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยได้ค่าความเที่ยงของเนื้อหา เท่ากับ 0.85 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าทีคู่ (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

5. วิเคราะห์ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และความต้องการต่อการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการิวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรม จากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2026/050.23.02 วันที่รับรอง 25 มีนาคม 2569-24 มีนาคม 2570 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปใช้วิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้การรายงานผลการวิจัยจะทำในภาพรวมไม่มีการอ้างอิงชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 เป็นเพศชาย ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-70 ปี ร้อยละ 76.70 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ มีคู่ ร้อยละ 66.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 73.30 สิทธิ์ในการรักษาส่วนใหญ่ใช้ บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 100.00 ผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลขณะอยู่บ้านส่วนใหญ่ คือ คู่สมรสและบุตร/หลาน ร้อยละ 56.70 ผู้ที่ช่วยเหลือ และนำท่านมาโรงพยาบาลตามนัดหรือเมื่อมีอาการฉุกเฉินส่วนใหญ่ คือ บุตร/หลาน ญาติพี่น้อง ร้อยละ 80.00 อาการหรืออาการแสดงของท่านก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มาด้วยอาการหายใจเหนื่อย/ขัด ร้อยละ 23.30

2. พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ก่อน-หลัง การได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านอาหารและการใช้ยา ด้านกิจกรรมและการจัดการความเครียด และด้านการติดตามผลและแก้ปัญหา ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยรวม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ($\underline{\boldsymbol{x}}$==3.41 ,SD=1.03) หลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และยังคง

อยู่ในระดับมาก ($\underline{\bar{X}}$==3.94 ,SD=0.77)) แปลผลได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรม

การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision Making) และด้านการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintaining Performance) ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยรวมการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\underline{\bar{X}}$=4.29 ,SD=0.67) หลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\underline{\bar{X}}$=4.63 ,SD=0.49) แปลผลได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ในทุกด้าน มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง

4. การเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง สมรรถนะในการจัดการและดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการจัดการและดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ ($\bar{X}$= 3.8012 ,SD=0.54481) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น ($\bar{X}$=4.2481 ,SD=0.34895) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.4904$, $p < .05$)

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และความต้องการต่อการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยได้ให้ข้อเสนอแนะในกระบวนการจัดทำโปรแกรม และพัฒนาระบบบริการ เพิ่มเติม

สรุปการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และความต้องการต่อการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง คือ เสียงสะท้อนของผู้ป่วยกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson) โดยเฉพาะใน 4 มิติหลัก คือ การทำให้ผู้ป่วยค้นพบความจริงของอาการ การกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติการตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน การที่ผู้ป่วยระบุว่าต้องการ “สติ”และ “การอ่านเอกสารซ้ำ” สอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เน้นให้บุคคลมองเห็นศักยภาพของตนเองในการควบคุมสถานการณ์สุขภาพ ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความเชื่อมโยง

ระหว่าง “ความกลัวจากภาวะฉุกเฉิน” และ”การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง” โดยพบว่าความสำเร็จของโปรแกรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจจัดการตนเองในสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ ข้อมูลใหม่ชี้ให้เห็นว่าการใช้สื่อดิจิทัลและแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยแก้ช่องว่างเรื่องการหลงลืมและการขาดความต่อเนื่องในการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะวิกฤตความดันโลหิตสูง

แนวทางการวางระบบการดูแลในแผนกผู้ป่วยในอนาคต ควรมุ่งเน้นการวางกรอบแนวทางสำหรับระบบบริการผู้ป่วยใน (IPD) เพื่อเปลี่ยนผ่านจากการรักษาเชิงรับเป็นการส่งเสริมศักยภาพเชิงรุก โดยจะศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกแบบโปรแกรมที่บูรณาการทั้งเทคโนโลยีและกิจกรรมกลุ่มเข้าด้วยกัน เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว จะสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินและคงพฤติกรรมการทานยาได้อย่างต่อเนื่องผ่านระบบสนับสนุนที่ยืดหยุ่นและเข้าถึงง่าย โดยเฉพาะการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ควรมีการพิจารณาแนวทางการบูรณาการระบบติดตามผ่านแอปพลิเคชันและการจัดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) เพื่อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน โดยจะเน้นการสร้างระบบที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยรายบุคคลได้อย่างแม่นยำก่อนส่งต่อการดูแลสู่ระดับปฐมภูมิต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision Making) และด้านการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintaining Performance) ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยรวมการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุด หลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด แปลผลได้ว่า โปรแกรมการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินในทุกด้านมีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา วงศ์สวัสดิ์[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างน้อย 1 ปี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 47.67 (S.D. = 10.57) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 61.93 (S.D. = 4.79) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 41.07 (S.D. = 9.22) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 57.87 (S.D. = 4.66) และสอดคล้องกับนิภา สุทธิพันธ์ และนันทิกา ตั้งเพียร[9] และแนวคิดการ

เสริมสร้างพลังอำนาจตามมโนทัศน์ของกิ๊บสัน[5] เป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีมิติที่หลากหลาย โดยนิยามว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Helping Process) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้าถึงทรัพยากรและสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ในบริบทของการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พลังอำนาจไม่ใช่สิ่งที่พยาบาลมอบให้ผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นผลลัพธ์จากการสร้างสัมพันธภาพที่มุ่งเน้นความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) การแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเปิดกว้าง และการตัดสินใจร่วมกัน

การวิเคราะห์ความสำเร็จผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอนของกิ๊บสัน

ความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมของโปรแกรมการพยาบาลที่นำแนวคิดของกิ๊บสัน[5] มาใช้นั้น สอดประสานผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอนที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงจากระดับความรู้ไปสู่การจัดการพฤติกรรมตนเอง ได้แก่

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง (Finding Reality)

ในขั้นตอนนี้ ความสำเร็จเริ่มจากการที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความจริงของโรคในพื้นที่ที่ปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูงมักมีความสับสนหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคกระบวนการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความเสี่ยงต่ออวัยวะเป้าหมาย และวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ตนเองต้องเข้ารับการรักษาในภาวะวิกฤต การค้นพบสภาพการณ์จริงไม่ใช่เพียงการได้รับความรู้ (Cognitive) แต่รวมถึงการจัดการกับการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Response) เช่น ความกลัวหรือความกังวลที่จะเป็นภาระต่อครอบครัว การที่ผู้ป่วยยอมรับความจริงว่าความดันที่สูงถึง SBP≥180 mmHg เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต คือจุดเริ่มต้นของการแสวงหาพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)

ความสำเร็จในระดับ "มากที่สุด" มักเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ เนื่องจากเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อุปสรรคในวิถีชีวิตของตนเองอย่างลึกซึ้ง พยาบาลจะใช้ทักษะการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนพฤติกรรมในอดีต เช่น การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การลืมรับประทานยา หรือความเครียดจากการทำงาน. การสะท้อนคิดช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมประจำวันกับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน (Self-help groups) ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทางสังคมและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหาได้

3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision Making)

ในขั้นตอนนี้ พลังอำนาจถูกแสดงออกผ่านการ "ตัดสินใจ" ของตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Consultant) ที่ช่วยให้ข้อมูลทางเลือกความสำเร็จของการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับการเลือกเป้าหมายที่ทำได้จริงและสอดคล้องกับบริบทชีวิต เช่น การตกลงร่วมกันว่าจะลดปริมาณน้ำปลาลงครึ่งหนึ่ง หรือการเดินออกกำลังกายวันละ 30 นาที การตัดสินใจร่วมกัน (Mutual Decision Making) ช่วยสร้างความผูกพัน (Commitment) และลดความขัดแย้งระหว่างแผนการรักษากับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

4. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance)

ขั้นตอนสุดท้ายคือการสร้างความยั่งยืน ความสำเร็จในระดับ "มากที่สุด" สะท้อนว่าผู้ป่วยสามารถบูรณาการพฤติกรรมใหม่เข้าสู่ชีวิตประจำวันได้ การใช้ระบบสนับสนุน เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ (Tele-nursing) การใช้แอป

พลิเคชันเพื่อบันทึกระดับความดันและแจ้งเตือนการกินยา และการได้รับกำลังใจจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี ผู้ป่วยในขั้นนี้จะมีความเชื่อมั่นในอำนาจจัดการตนเอง (Self-mastery) และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้เมื่อระดับความดันมีความผันผวน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ในทุกด้าน มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง จึงควรมีแนวทางในการสนับสนุนการนำไปใช้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. ระบบบริการผู้ป่วยใน ควรเริ่มโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล (Early Discharge Planning) ขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดควรเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยยังนอนพักรักษาตัว เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินทัศนคติและทักษะการจัดการตนเองได้อย่างใกล้ชิด ด้วยการใช้สมุดบันทึกพลังอำนาจ หรือแอปพลิเคชันที่เชื่อมข้อมูลระหว่างเตียงผู้ป่วยกับพยาบาล จะช่วยให้การสื่อสารมีความแม่นยำและเป็นรายบุคคลมากขึ้น

2. นโยบายการจัดบริการ Home Ward หรือการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home) เป็นทิศทางที่สอดคล้องกับแนวคิดของกิ๊บสันอย่างยิ่งในระบบนี้ พลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสำคัญสูงสุด เพราะต้องรับผิดชอบการเฝ้าระวังอาการและการให้ยาภายใต้การกำกับของพยาบาลผ่าน Telemedicine การนำแนวคิดกิ๊บสันมาใช้จะช่วยให้ผู้ดูแล (Caregivers) มีความมั่นใจและทักษะเพียงพอที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

3. นำไปใช้ในการเสริมบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Nurse Consultant) และระบบสนับสนุนการตัดสินใจในระบบ IPD อนาคต จะมีบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Nurse Consultant) ที่ทำหน้าที่วางแผนการดูแลเป็นรายบุคคลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลเหล่านี้จะทำงานร่วมกับระบบสนับสนุนการตัดสินใจเชิงคลินิก (Clinical Decision Support Systems - CDSS) เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและกำหนดแนวทางการสอนที่เหมาะสมกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วย การใช้ AI Chatbot หรือนวัตกรรม AI ในการให้ข้อมูลเบื้องต้นและติดตามอาการ จะช่วยให้พยาบาลมีเวลามากขึ้นในการทำกิจกรรม "สะท้อนคิด" และ "เสริมพลัง" ให้แก่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาด้านระบบบริการ ควรมีการพัฒนาช่องทางการดูแลที่ไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Seamless Transitions) โดยใช้โมเดล Home Ward และ Digital Empowerment เป็นกลไกหลัก

2. ควรทำการศึกษาด้านนวัตกรรมสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการสะท้อนคิดและตัดสินใจของผู้ป่วย (Decision Aids) ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของสังคมไทย

3. ควรทำการศึกษาด้านการจัดการระบบบริการ สร้างระบบการให้รางวัลหรือการรับรองมาตรฐานหอผู้ป่วยที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment-Based Ward) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4. การศึกษาติดตามผลระยะยาว (Long-term Longitudinal Studies) งานวิจัยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมักติดตามผลในระยะสั้น (8-12 สัปดาห์) การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายระยะเวลาติดตามผลเป็น 6-12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission Rate) อย่างเป็นรูปธรรม

5. การศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับคู่ดูแล (Dyadic Empowerment) ควรศึกษาผลของโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Family Caregivers) เพื่อสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งในบริบทบ้านและชุมชน ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการภาวะฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Cardiology/American Heart Association. (2020). ACC/AHA. Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. 143;5, From; https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000092.
2. Chantababpasee, C., Moolsart, S., & Piaseu, N. (2024). The development of a clinical nursing practice guideline for care of hypertension patients with atrial fibrillation in the community, Loei Province. Nursing Journal 9. นิภา สุทธิพันธ์ และนันทิกา ตั้งเพียร. (2568). การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(2), 970-978.
3. Yolanda M. Hardy and Antoine T. Jenkins, (2011). Hypertensive Crises: Urgencies and Emergencies. The presence or absence of target organ damage is the guiding factor in classification and treatment of this condition. From; https://www.uspharmacist.com/article/hypertensive-crises-urgencies-and-emergencies.
4. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. HDC Doilor 2026. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11; [25 Apirl 2026]
5. Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing, 21(6), 1201-1210. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.
6. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(5), 668–676. doi.org.
7. กองการพยาบาล. (2560). แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
8. อรัญญา วงศ์สวัสดิ์. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(3), 480–488. สืบค้น จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2756

of the Ministry of Public Health, 34(2), 207-218. (in Thai)