

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประชากรทั่วโลกทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว และในประเทศที่กำลังพัฒนา จากการศึกษาค้นคว้าในประชากรผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 26 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Kaplan & Flynn, 2006) โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มากกว่า 43 ล้านคน (Boulware et al., 2001) และปัจจุบันเพิ่มจำนวนเป็น 65 ล้านคน (Bosworth, et al., 2005) นอกจากนี้ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกือบ 1,000 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกถึง 1,500 ล้านคน (Canadian Hypertension Society, 2006) สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รอบแรกในปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่ามีประชาชนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2.2 ล้านคน และในการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2540 พบว่าประชาชนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 4.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จึงนับว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และต้องให้การดูแลรักษาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

โรคความดันโลหิตสูงถูกขนานนามว่า “ฆาตกรเงียบ” (The Joint National Committee 7 [JNC 7], 2003) เนื่องจากคนที่เป็นโรคนี้นั้นส่วนมากมักไม่มีอาการหรืออาการแสดงในระยะแรก จึงพบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 20 ที่มีระดับความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Kaplan & Flynn, 2006) ซึ่งถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาย่อมมีชีวิตสั้นกว่าบุคคลปกติ 10 - 20 ปี (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยทางด้านร่างกายพบว่า เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของ หัวใจ สมอง ไต ตา (พิจใจ งามอุโฆษ, 2541; วิทยา ศรีดามา, 2546; Kaplan & Flynn, 2006) ซึ่งจะ ทำให้เพิ่มอัตราการตาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านหลอดเลือด สมอง และหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น (เกษมชัย, 2532; Staessen, et al., 2000; Swales, 1994) ในปี พ.ศ. 2546 และปี พ.ศ. 2547 อัตราการตายอันดับที่หนึ่งของประเทศไทยคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีอัตราการตาย 63.7 ต่อแสนประชากร และ 63.3 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราการตายอันดับที่สอง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอัตราการตาย 29.1 ต่อแสนประชากร และ 30.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (นิตยา ภัทรกรรม, 2549) ในด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ (White, Richter, & Fry, 1992) ประกอบกับผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ในเรื่องของสังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (สมจิตร สุทธนะ, 2541; สุขุมาล ด้อยแก้ว, 2540) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของบุคคล และครอบครัว โดยส่งผลกระทบต่อการทำงานในครอบครัว เพราะเมื่อเจ็บป่วย และมีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงทำให้การช่วยเหลืองานบ้าน และการหารายได้ลดลง (เนตรนภา ดิ่งหมาย, 2541) ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง เป็นการเพิ่มภาระให้กับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว (วรารัตน์ เหล่านภากุล, 2546) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพสามารถทำได้ โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะของโรค (World Health Organization [WHO], 1999; JNC 7, 2003)

การควบคุมความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพนั้น บุคคลต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ การรักษาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้โรคหายขาดหรือกลับเป็นปกติได้ ดังนั้นบุคคลควรดูแล ประพฤติปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปด้วย ซึ่งการรักษาความดันโลหิตสูงนั้น มีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ลดอัตราการตาย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะ โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองได้ (อภิชาติ สุคนทรทรัพย์ และศรีณีย์ คิวประเสริฐ, 2546; JNC 7, 2003; Staessen, et al.; 2000; WHO, 1999) ซึ่งการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น ต้องมีการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคทั้งในด้าน การรับประทานทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (JNC 7, 2003; WHO, 1999) แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงประมาณร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Burnier, 2000; David & Valory, 2001) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความร่วมมือในการรักษา ทั้งความร่วมมือในการรับประทานยา (Burnier, 2000; JNC 7, 2003; Philip, 2002) และความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Foldor et al., 1998; JNC 7, 2003) จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและ ไม่ต่อเนื่องร้อยละ 43.3 (จิตติมา ชูเทพย์, 2542) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ จึงทำให้

ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยา (Heurtin-Roberts & Reisin, 1992 cited in Kyngas & Lahdenpera, 1999) นอกจากนี้สิ่งที่มีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีสาเหตุมาจากผลข้างเคียงของยา การลืมรับประทานยา การปรับเปลี่ยนขนาดของการรับประทานยาของแพทย์ผู้รักษา และความสับสนเกี่ยวกับจำนวนของยาที่รับประทาน และยังพบว่ารูปแบบการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอีกด้วย (Burnier, 2000)

ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงนั้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 50.9 (พัชรินทร์ สืบสายอ่อน, 2546) โดยพบว่าผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารรสเค็ม มีการเค็มเกลือหรือน้ำปลาในอาหารน้อยๆ และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่กะทิในการประกอบอาหาร (เสาวณี ศรีศิริกุล และคณะ, 2542) ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายน้อย เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากผลข้างเคียงของยา ร่วมกันมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายจนเหนื่อย จะยิ่งทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (ปราณี ทองพิลา, 2542; วิชชุดา เจริญกิจการ, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถจัดการกับความเครียด และปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และมีการแสดงอารมณ์โกรธรุนแรงเกี่ยวกับคนรอบข้างเมื่อรู้สึกเครียด (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541)

จากการศึกษาพบว่า มีความพยายามที่จะให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ทั้งแบบรายบุคคล หรือแบบกระบวนการกลุ่ม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตัวดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น (ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล, 2538; สว่างจิตต์ จันทร, 2544; Fahey, Schroeder & Ebrahim, 2006) อย่างไรก็ตามพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปความร่วมมือในการรักษา และความรู้จะลดลงเรื่อยๆ (Devine & Reifschneider, 1995) และการให้ความรู้อย่างเดียว ไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาได้อย่างต่อเนื่องถาวร (Ebrahim, 1998) การที่จะให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดความคงทนในการให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถควบคุมความดันได้ ต้องให้การพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาโดยการสอนเกี่ยวกับการรับประทานยา

ของผู้ป่วย และส่งจ่ายยาการรับประทานยาให้มีความสัมพันธ์กับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เน้นการให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการรักษาตนเอง รวมถึงต้องมีการจัดการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Canadian Hypertension Education Program, 2006)

ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการควบคุมระดับความดันโลหิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะในตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น (ทรัพย์ทรวง จอมพงษ์, 2546) และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง (วิมลนิจ สิงหะ, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (นภารัตน์ ธนาพร, 2545) ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นในระยะแรกแต่ไม่คงทนถาวร แต่จากการศึกษา พบว่าการที่ผู้ป่วยกำกับดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จะได้สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดการกำกับตนเอง (Self - Regulation) ของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1987) มีจุดเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคลจัดการต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสถานการณ์นั้น โดยมีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (Kanfer, 1987) ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงติดตามตนเองนั้น เป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ทำให้ผู้ป่วยทราบ และสามารถประเมินตนเองได้ว่ามีการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้หรือไม่ เพื่อที่จะได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ในต่างประเทศมีการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 มม.ปรอท ลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกได้ 4.3 มม.ปรอท (Chodosh J. et al., 2005; Deakin, Welschen, Nijpels, & Singh, 2006) มี

พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Dongbo et al., 2003) ซึ่งในประเทศไทยพบว่า มีรายงานเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังค่อนข้างน้อย โดยพบมีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งที่ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าน้ำตาลสะสมลดลง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ภวานา กิรติคุณวงศ์, 2005; จิตติมา จรุงสิทธิ์, 2545) และมีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 20 ราย และติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีอาการปวดเข่าและความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ ดวงคล้าย, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองดีขึ้น และมีสภาวะการหายใจลำบากลดลง (พรทิพย์ อุ่นจิตร, 2548)

เช่นกัน โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องอาศัยการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองประยุกต์มาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแกนเฟอร์ (Kanfer, 1987) การวิจัยครั้งนี้จะทำการศึกษา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย ซึ่งจากสถิติปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,481 คน, 2560 คน และ 2551 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3, ร้อยละ 2.9 และร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งอำเภอเทิงตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลเทิง, 2550) และจากสถิติปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 พบว่าโรงพยาบาลเทิงเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 1,690,405 บาท, 2,383,667 บาท และ 3,090,820 บาท ตามลำดับ ถึงแม้ว่าแพทย์ พยาบาลได้มีการแจกเอกสาร ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นรายบุคคลที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ก็ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังเช่นในปีพ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านหลอดเลือดสมองจำนวน 174 ราย, 131 ราย และ 234 รายตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 จำนวน 48 ราย, 61 ราย และ 72 รายตามลำดับ ทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการจัดการตนเอง โดยการตั้งเป้าหมาย การติดตามผลการปฏิบัติตน การประเมินผล การบรรลุเป้าหมาย และการให้แรงเสริมตนเอง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้าน การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่า การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางปฏิบัติของบุคลากรทางสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองลดลงภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีการจัดการตนเองที่ดี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้
2. พยาบาลปฏิบัติการ และบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเอง ไปประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสามารถในการจัดการตนเองอย่าง

เหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสอดคล้องกับแผนการรักษา สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาตรวจรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ลดผลกระทบที่อาจเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมพัฒนามาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1987) ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินการใน 2 ระยะ คือ ระยะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และระยะการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่บ้านซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตน การประเมินผลการบรรลุเป้าหมาย และการให้แรงเสริมตนเอง

การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมาย การเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตน โดยการลงบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตนที่บ้าน การประเมินผลการบรรลุเป้าหมาย และการให้แรงเสริมด้วยตนเองอย่างตั้งใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปฏิบัติ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ในพฤติกรรม 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหารและน้ำหนักร่างกาย การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยา ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะใน

การดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของ อรสา พันธุ์ภักดี (2542)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และมีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

การได้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง กิจกรรมทางการแพทย์และพยาบาล ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับจากแพทย์และพยาบาลที่คลินิกความดันโลหิตสูง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย โดยการรับแจกเอกสาร และคำแนะนำ เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครั้งนี้ พัฒนามาจาก แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1987) ซึ่งได้เสนอกลวิธีในการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยการดำเนินการใน 2 ระยะ คือ

ระยะที่หนึ่ง เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยจะเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม และแจกคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบบบันทึกการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตนที่บ้าน และอธิบายถึงกลวิธีในการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตนและการลงบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตนที่บ้าน

ระยะที่สอง เป็นระยะการจัดการตนเองที่บ้าน (รายบุคคล) ซึ่งในระยะนี้ประกอบไปด้วย การเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการร่วมมือกันของผู้ป่วย และผู้วิจัย ในการประเมินปัญหา ประสิทธิภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอดีต ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต การเฝ้าติดตามการปฏิบัติตนโดยการลงบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตนที่บ้าน โดยมีการบันทึกเกี่ยวกับ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และพฤติกรรม 5 ด้าน คือพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการรับประทานยา โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก กลวิธีในการจัดการตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมกับตนเอง และโรค

การประเมินผลการบรรลุเป้าหมาย เป็นการประเมินผลการปฏิบัติตนโดยใช้ข้อมูลที่ได้ จากแบบบันทึกการเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเทียบกับเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ ถ้าผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายให้แรงเสริมในการปฏิบัติต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยและ ผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยเลือกกลวิธีในการ แก้ไขปัญหา ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

การให้แรงเสริมตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแต่ละราย กำหนดชนิดของ การให้แรงเสริมตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในส่วนของผู้วิจัยให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วยโดยการ ให้กำลังใจ และคำชมเชยเมื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่า หลังจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ รายละเอียดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงใน ภาพที่ 1

โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การดำเนินการวิจัยจะเป็นการดำเนินการเป็นรายบุคคลโดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสามารถจัดการตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมนี้ ใช้ระยะดำเนินการ 8 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่มที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ระยะที่ 2 ระยะการจัดการตนเองที่บ้าน (รายบุคคล) ประกอบด้วย

• การเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่บ้าน (Self - Monitoring)

- ร่วมกันประเมินปัญหา ประสิทธิภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอดีต
- ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต
- ให้ผู้ป่วยเลือกกลวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านที่เหมาะสมกับตนเอง
- ผู้ป่วยบันทึกผลการเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตนลงในแบบบันทึกการเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตนที่บ้าน

• ประเมินผลการบรรลุเป้าหมาย (Self - Evaluation)

- ให้ผู้ป่วยประเมินผลการจัดการตนเอง จากแบบบันทึกการเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตน เทียบกับเป้าหมายที่วางไว้
- ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายให้แรงเสริมในการปฏิบัติต่อไป
- ถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยเลือกกลวิธีในการแก้ไขปัญหานั้นที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

• การให้แรงเสริมตนเอง (Self - Reinforcement)

- ผู้วิจัย ให้แรงเสริมโดยการชมเชย ให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้
- ผู้ป่วยแต่ละราย กำหนดการให้แรงเสริมตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

พฤติกรรม
สุขภาพ

ความดัน
โลหิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย