992351407

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR MEDICAL ADHERENCE IN PRIMARY HYPERTENSIVE PATIENTS

โดย

นางสาวจุฑารัตน์ อินทโชติ

การศึกษาอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2551

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ • 華僑崇聖大學 • HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY •

การศึกษาอิสระ	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Medical Adherence in Primary Hypertensive Patients
ชื่อนักศึกษา	นางสาวจุฑารัตน์ อินทโชติ
รหัสประจำตัว	494034
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2551

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติให้การศึกษาอิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2551

_____ คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรรณราย แสงวิเชียร)

คณะกรรมการสอบการศึกษาอิสระ

_____ อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว)

_____ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศิริ พันธสี)

_____ กรรมการ

(อาจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา)

การศึกษาอิสระ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Medical Adherence in Primary Hypertensive Patients.

ชื่อนักศึกษา นางสาวจุฑารัตน์ อินทโชติ
รหัสประจำตัว 494034
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2551

บทคัดย่อ

การศึกษาอิสระนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000) ซึ่งมีขั้นตอนเริ่มต้นด้วยการคิดวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำคลินิกความดันโลหิตสูง และปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แล้วค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสำคัญเพื่อสืบค้นจากระบบฐานข้อมูล และประเมิน ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้งานวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 1997 - 2008 ที่ตรงประเด็นปัญหา จำนวน 14 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นการวิเคราะห์ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง 2 เรื่อง งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง 6 เรื่อง งานวิจัยเชิงพรรณา 1 เรื่อง การศึกษาภาคตัดขวาง 1 เรื่อง และหลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ 3 เรื่อง ใช้เกณฑ์การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยระดับความน่าเชื่อถือของเมลนิค และ ไฟน์เอาท์-โอเวอร์ฮอล์ท (Melnyl and Fineout-Overholt. 2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) จากนั้นทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยดังกล่าว จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ประเมินความเป็นไปได้ของ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น โดยใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการของโพลิค และเบค (Polit and Beck. 2004) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** การประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 1.1) การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 1.2) การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต 1.3) การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต 1.4) การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต

อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **ส่วนที่ 2** แนวปฏิบัติในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 3 ราย เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจที่ได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว มีสิ่งกระตุ้นเตือนทำให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยาโดยการบันทึกของผู้ป่วยเอง มีการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ : ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นและในระยะเวลานานขึ้นเพื่อนำผลมาปรับปรุง แก้ไขให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ และมีการบูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาล

Title The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Medical Adherence in Primary Hypertensive Patients

By Miss Jutarat Intachot

Identification No. 494034

Degree Master of Nursing Science (M.N.S.)

Major Community Nurse Practitioner

Academic Year 2008

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop a clinical nursing practice guideline (CNPG) for medical adherence in primary hypertensive patients by applying Evidence Based Practice Model of the center of advanced nursing practice U.S.A. (Soukup. 2000) which consists of 4 phases : evidence triggered phase , evidence supported phase , evidence observed phase and evidence based phase. The development began with analysis of the problems of nursing practice at hypertension clinic and in primary hypertension. It was determined keywords for retrieving from the data based. Then the fourteen related literatures in 1997-2008 were selected including one systematic review, two randomized control trial, six quasi-experimental studies, one descriptive study, one of cross sectional study and three expert's opinion. All relevant evidences were evaluated base on Melnyl & Fineout-Overholt : 2005 (Melnyl & Fineout-Overholt. 2005 referenced in Fongcome Tilogskunchai. 2006). Then they were analyzed and synthesized in order to developed the CNPG. Evaluation the model on reliability of nursing practice guideline by Polit & Beck : 2004 (Polit & Beck. 2004) The CNPG consisted of 2 parts The **part 1** was evaluation medical adherence in patients that comprised of 1.1) assessment primary hypertension patients and factors related medical adherence 1.2) evaluation of patient drug reduced-hypertension administration 1.3) evaluation of medical adherence in drug reduced-hypertension 1.4) assessment patient behavior of medical adherence in primary hypertension and **part 2** was the guideline in motivation for medical adherence. This guideline was validated by 4 experts in the hypertension clinic , Si Prachan Hospital , Supanburi. It was practiced in the 3 patients for 4 weeks. The results showed that all patients were satisfied in receiving knowledge

and complication of the disease. The patients activated themselves to administration drugs and the motivation interviewing was applied to support patients to drug adherence.

The suggestion : It should be used the clinical nursing practice guideline in more patients and more length of time to conclusion and developing to the best guideline. The CNPG should include in the work procedures for medical adherence in the primary hypertension.

Key Word : Primary hypertensive patients , Medical adherence , Clinical Nursing Practice Guideline

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาอิสระฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและใส่ใจอย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่าน ซึ่งได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพินท์ สีขาว และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการแนะนำ ชี้แนะ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจทำให้การศึกษาอิสระเล่มนี้มีความสมบูรณ์ จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านคณาจารย์บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่าน และคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาอันมีค่ายิ่งทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุธน ยุวศิรินันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ นางสาวจิรวดี ศะศิประภา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีประจันต์ นางพรพรรณ มะกรูดอินทร์ พยาบาลเวชปฏิบัติ นางพรรณงาม สว่างศรี พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติงานในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นและสนับสนุนการดำเนินการเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกท่าน ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่กรุณาเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อที่กรุณาเป็นกำลังใจให้มีความมุ่งมั่นอุตสาหะ รวมทั้งสามี พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนผู้ร่วมสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่นที่ 3 ทุกท่านที่ให้กำลังใจ สนับสนุน และช่วยเหลือ ในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จุฑารัตน์ อินทโชติ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... (1)

Abstract..... (3)

กิตติกรรมประกาศ..... (5)

สารบัญ..... (6)

สารบัญตาราง..... (8)

สารบัญแผนภูมิ..... (9)

บทที่

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

1.2 คำถามของการศึกษา..... 5

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา..... 5

1.4 ขอบเขตของการศึกษา..... 5

1.5 คำนิยามศัพท์..... 6

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ..... 6

2. การทบทวนวรรณกรรม

2.1 โรคความดันโลหิตสูง..... 9

2.2 การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง..... 18

2.3 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง..... 42

2.4 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ..... 44

3. ระเบียบวิธีศึกษา

3.1 ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นให้ทำการศึกษา..... 45

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์..... 46

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ..... 50

3.4 ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล..... 51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4.	**ผลการศึกษา**	
	4.1 องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	52
	4.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	56
	4.3 ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปใช้จริง	62
5.	**สรุปผลการศึกษา การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**	
	5.1 สรุปผลการศึกษา	66
	5.2 การอภิปรายผล	68
	5.3 ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม		71
ภาคผนวก		
	ผนวก ก. ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย	75
	ผนวก ข. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานอย่างต่อเนื่อง	106
	ผนวก ค. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	134
ประวัติผู้เขียน		135

HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

3.1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้..... 48

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ • 華僑崇聖大學 • HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY •

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
2.1	ขั้นตอนการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	17
2.2	ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	22
2.3	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	32
2.4	แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	34
2.5	กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ	44
4.1	แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	60

HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเด่นชัดที่สุดในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 – 50 ของการตายทั้งหมด (อัศวเดช สละอวยพร และคณะ. 2547 : 374) จากการศึกษาพบว่า ชาวอเมริกันร้อยละ 68.4 เท่านั้นที่ทราบว่าตัวเองมีความดันโลหิตสูง และมีเพียงร้อยละ 53.6 ที่ได้รับการรักษา และในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 27.4 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี สำหรับในประเทศไทยมีการตรวจร่างกายเพื่อสำรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปทั่วประเทศ พบว่า ขณะนี้คนไทยทั้งที่อยู่ในเมืองและในชนบททั่วประเทศประสบปัญหาสุขภาพไม่แตกต่างกัน และล้วนเป็นโรคที่มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งตรวจพบจำนวนกว่า 10 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2534 ถึง 4 เท่าตัว (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549 : Online) และพบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2541 – 2545 สูงขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.3 – 5.1 ต่อประชากรแสนคน (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. 2547 : Online) พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศร้อยละ 5.41 สำหรับกลุ่มอายุ 30 ปี ขึ้นไป พบความชุกถึงร้อยละ 7.67 ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาในสถานบริการเพิ่มมากขึ้นเมื่อเกิดภาวะแทรก ซ้อน (อัศวเดช สละอวยพร และคณะ. 2547 : 375)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ส่วนใหญ่ เมื่อผู้ป่วยรักษาไประยะหนึ่งแล้ว หากไม่มีอาการแล้วก็มักจะหยุดใช้ยาเอง เพราะคิดว่าหายแล้วและไม่มาติดต่อแพทย์อีก หรือมักรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพราะไม่มีอาการแสดงที่เป็นปัญหาแล้ว จึงไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา (สุภัณลินี ปรีชากุล. 2544 : 51) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่พบปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษามาก เพราะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ถึงปัญหาที่อาจเกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม (สุภัณลินี ปรีชากุล.

2544 : 49) เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการควบคุมระดับความดันค่าซีสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิคต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7. 2003 อ้างถึงในนนทรัตน์ สถาวีรพงศ์. 2550 : 17) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจำนวนไม่ถึงร้อยละ 10 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอทได้ สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มาจากผู้ป่วยละเลยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คิดว่าตนเองหายแล้วจึงหยุดยาเองไม่ไปตามแพทย์นัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต (พนิดา จันดา. 2551 : 2) รวมทั้งเกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอีกด้วย (วรารัตน์ เหล่านภากุล. 2546) การไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมามากมาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือเป็นอัมพาต โรคหัวใจ โรคไตวาย และภาวะแทรกซ้อนทางตา ได้แก่ ประสาทตาเสื่อมเกิดตาบอดได้ แต่ถ้าควบคุมความดันโลหิตได้ดีจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนทางด้านหัวใจ และสมองลดลง เหลือเพียง 1 ใน 6 ของผู้ที่ละเลยไม่ดูแล (ปาริชาติ ประจำบุญ. 2549 : 349)

จากการสำรวจประชากรในปี พ.ศ.2551 พบว่า ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีมีประชากรจำนวน 63,005 คน และมีประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ จำนวน 1,582 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 2.51 ประกอบไปด้วยเพศหญิงและเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 45 – 84 ปี ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ คือ การไม่มารับการรักษาตามนัดและการขาดยา ทำให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ถูกต้อง และจากการสำรวจในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัดทั้งหมด 255 ราย และขาดยา 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.12 และ 2.97 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบื้องต้น พบว่า สาเหตุของการขาดยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีประจันต์ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าตนเองสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติอะไรจึงไม่รับประทานยาร้อยละ 44.68 ลืมวันนัดทำให้ไม่มียารับประทานร้อยละ 23.40 ลืมรับประทานยาร้อยละ 21.28 ไปรักษาสถานีอนามัยแทน ซึ่งสถานีอนามัยมียาลดความดันโลหิตให้เลือกใช้น้อยกว่าในโรงพยาบาลทำให้ได้ยามารับประทานไม่ครบร้อยละ 6.38 ไม่มีรถมารับยาที่โรงพยาบาลร้อยละ 4.26 และจากการสังเกตการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีประจันต์ พบว่า พยาบาลไม่มีการประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พยาบาลยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านการรับประทานยาลดความดัน

โลหิต และยังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นเตือนตนเอง และขาดแรงจูงใจในการส่งเสริมให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีผลให้การควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี จากการสำรวจพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดยา ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (มีความดันโลหิตมากกว่า 140 / 90 mmHg) 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.04 ของผู้ป่วยที่ขาดยาทั้งหมด ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาดังที่กล่าวมาแล้ว

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การควบคุมและการรักษาโรคจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษาด้วยยา เพื่อสามารถควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำลายอวัยวะที่สำคัญได้ การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ ประกอบด้วย 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ การรับรู้สาเหตุ อาการและอาการแสดง อาการแทรกซ้อน และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ 2) ผลกระทบของอาการข้างเคียงของยาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น พบว่าการใช้ยาขับปัสสาวะไทอะซายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้ชายทำให้ผู้ได้รับยากลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถทางเพศลดลง (Chang and Others. 1991 อ้างถึงใน วรารัตน์ เล่านภากุล. 2546 : 3)

กะรีโรและคณะ พบว่า การมารับการรักษาที่มีความต่อเนื่อง (Adherence) และผู้ป่วยให้ความร่วมมือ (Compliance) ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงได้อย่างน้อย ร้อยละ 80 (Guerreero and Others . 1993 : 6 อ้างถึงใน สุภาพร แนวบุตร. 2548 : 23) และถ้ามีความต่อเนื่องในการรักษาที่น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 จะทำให้การลดความดันโลหิตไม่ได้ผล (Takiya, Peterson and Finely. 2004 : 1620-1621) มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย พบว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การรับประทานยา และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมโดยปรับให้เข้ากับบริบทการดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมกับการให้ความร่วมมือ และยึดมั่นตามแผนการรักษาของผู้ป่วย จะส่งผลในการควบคุมความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : ฉ)

การรักษาต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย มีความเห็นใจ ความเข้าใจ การให้ความรู้ความสะดวก และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยเพิ่มความร่วมมือ ในการติดตามการรักษาตลอดไป (ทิพย์สุชล เอี่ยมสะอาด และ ภาริณี สิงห์ประสาทพร. 2549 : 53) การแก้ไขพฤติกรรม

การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพด้านการรักษา การควบคุมอาการของโรค และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญได้ แต่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์นั้น เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากในการแก้ไข เพราะเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน (สุภัณลินี ปรีชากุล. 2544 : 104)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีวิธีต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการรับประทานยาให้ต่อเนื่องโดยการให้คำปรึกษาเรื่องยา การให้ความรู้ การติดตามข้อมูลการใช้ยา และสภาวะสุขภาพ การบันทึกระดับความดันโลหิต การบันทึกจำนวนเม็ดยาที่เหลือ มีประโยชน์อย่างมากในเรื่องการลดระดับความดันโลหิต และเพิ่มอัตราการใช้ยา (พะยอม สุขเอนกนันท์. 2548 : iii) การกระตุ้นเตือนตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยา พร้อมทั้งบันทึกปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทราบว่าตนเองมีพฤติกรรมการรับประทานยาเป็นอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเองได้นำไปสู่การตั้งเป้าหมาย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาให้ถูกต้อง และเกิดการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาของตนให้ดีขึ้น (พนิดา จันดา. 2551 : 120) การพูดคุยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญในการใช้ยา การแก้ปัญหาเมื่อลืมกินยา ช่วยลดปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยได้มากขึ้น (Rudd. 1992 อ้างถึงใน โพยม วงศ์ภูวรักษ์. 2544 : 13) นอกจากนี้ ยังพบว่าทัศนคติและแรงจูงใจในการใช้ยามีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Miller and Others. 1992 อ้างถึงใน โพยม วงศ์ภูวรักษ์. 2544 : 13) และพบว่า การใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกันที่อยู่ในอเมริกา รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องได้ดีขึ้น (Ogedegbe and Others. 2006)

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศรีประจันต์ และกำลังพัฒนาตนเองให้เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งมีบทบาทที่สำคัญ คือ บทบาทผู้ดูแลโดยตรง (Direct Care) ด้วยการใช้ความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Expert Clinician) ในด้านการประเมินโดยการตรวจร่างกาย และวินิจฉัยโรคเบื้องต้น จำแนกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุและชนิดไม่ทราบสาเหตุ รวมทั้งการให้การดูแลช่วยเหลือด้านการรับประทานยาความลดดันโลหิตให้ต่อเนื่อง เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมา บทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) โดยการเป็นผู้นำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีบทบาทของผู้ให้ความรู้ (Educator) และที่ปรึกษา (Counselor) ในเรื่องปัญหาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน มองเห็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุว่า ถ้าหากไม่ควบคุมความ

ดันโลหิตโดยการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความดันโลหิตสูงขึ้น และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆ ตามมา ที่ทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัว และประเทศชาติได้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาจากการวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้ศึกษาเชื่อว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทายาอย่างต่อเนื่อง จะสามารถทำให้ผู้ป่วยก้าวสู่ขั้นตอนการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 คำถามของการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นการศึกษาในผู้ใช้บริการที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอศรีประจันต์ และมารับบริการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการศึกษาจากเอกสาร ตำรา และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2551 ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2551

1.5 คำนิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตซีสโตลิก (Systolic) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) มีค่ามากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต (JNC 7. 2003 อ้างถึงในศิริพรอิทธาคม. 2549 : 15) และไม่พบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง ไม่ได้เป็นเบาหวาน เป็นต้น

2. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามชนิดของยาและขนาดยารวมทั้งรับประทานตรงตามเวลา โดยไม่รับประทานยาผิดขนาด ผิดวิธี หรือผิดเวลา รวมถึงการหยุดใช้ยาก่อนเวลาที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงขนาดยาโดยการเพิ่มหรือลดขนาดยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และการหยุดรับประทานยาเป็นครั้งคราว

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง แนวทางการปฏิบัติที่กำหนดขึ้นสำหรับพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามจำนวน และตรงตามเวลา ไม่เพิ่มหรือลดทั้งชนิดและขนาดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพยาบาลผู้ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทั้งในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ทำให้มีแนวปฏิบัติที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และยังเป็นต้นแบบสำหรับบุคลากรสุขภาพในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้อีกต่อไป

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับการดูแลที่ดีในด้านการส่งเสริมให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลดีในการรักษา ส่งผลให้สามารถลดอัตาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และลดอัตราการตายได้

3. พัฒนาบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้เด่นชัดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ กล่าวคือแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องนี้ ได้สร้างจากการใช้ผลงานวิจัยร่วมกับการวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ยังไม่มีผู้ใดในโรงพยาบาลสร้างมาก่อน ทำให้เห็นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในด้านต่าง ๆ เด่นชัดมากยิ่งขึ้น เช่น การใช้ความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Expert Clinician) บทบาทผู้ดูแลโดยตรง (Direct Care) บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) การใช้ผลงานวิจัย ฯลฯ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 โรคความดันโลหิตสูง

2.1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูง

2.1.2 สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.1.3 กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2.1.4 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2.1.6 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

2.1.7 คำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2 การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2.1 ความหมายของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 ความชุกของการเกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

2.2.3 ผลของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่อเนื่อง

2.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2.5 การประเมินความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยา

2.2.6 การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2.6.1 วิธีการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2.6.2 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

2.3 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.4 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

2.1 โรคความดันโลหิตสูง

2.1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตซีสโตลิก (Systolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ภาวะที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิค (Diastolic Blood Pressure) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ที่กำลังได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่ ถึงแม้ว่าความดันโลหิตปกติก็ตาม จะถือว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีภาวะความดันโลหิตสูง (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [JNC 7]. 2003 อ้างถึงใน ศิริพร อิทธาคม. 2549 : 15) และ JNC มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงตามระดับความรุนแรงดังนี้ (JNC. 2003 อ้างถึงใน เกษร ตามสัตย์. 2549 : 9)

ระดับความรุนแรง	ความดันซีสโตลิค (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันไดแอสโตลิค (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง	120 - 139	80 - 89
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	140 - 159	90 - 99
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	มากกว่า 160	มากกว่า 100

2.1.2 สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงแบ่งได้ตามสาเหตุของการเกิดโรคได้ 2 ชนิด

(1) โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension หรือ Essential Hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งสาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ายังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย และอายุที่มากขึ้น ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันที่สำคัญที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค (ศศิธร อุตตะมะ. 2549 : 11)

(2) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบได้ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุมาจากการเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบตัว วัณโรคไต และเนื้องอกของไต นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากการเป็นโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่นคอพอกเป็นพิษ โรคคุชชิง เนื้องอกของต่อม

หมวกไต เบาหวาน ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัว ลิ้นหัวใจ เอออร์ติกรั่ว ภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ภาวะที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เช่น ไข้ ซีด หลังออกกำลังกายใหม่ ๆ อารมณ์เครียด ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาคุมกำเนิด ยาสเตอรอยด์ แอดรีนาลีน และโรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น ความดันโลหิตสูงชนิดนี้เมื่อได้รับการรักษาที่ต้นเหตุแล้วความดันโลหิตสูงก็หายไปด้วย (ศรินภัสร์ เนตรณรงค์พร. 2551 : 12)

2.1.3 กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอาจเกี่ยวข้องกับการที่ระบบประสาทซิมพาเธติค (Sympathetic Nervous System) มีการทำงานมากขึ้น การสร้างฮอร์โมนบางชนิดมีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมากผิดปกติการรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานาน การรับประทานโปแตสเซียม และแคลเซียมไม่เพียงพอ การหลั่งเรนินมากผิดปกติ การขาดสารขยายหลอดเลือด เช่น โพรสตาแกรนดิน (Prostaglandins) ความผิดปกติแต่กำเนิดของเส้นเลือด ความอ้วน การมีวาสคูลาโกลสแฟคเตอร์ (Vascular Grown Factor) มากขึ้น และความเปลี่ยนแปลงในการขนส่งไอออน (Ion) ผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ (Kaplan. 1992 อ้างถึงใน พนิดา จันดา. 2551 : 19) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อความดันโลหิตโดยการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที (Cardiac Output) และ/หรือ การเพิ่มของแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Resistance) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจาก ความดันโลหิต = การสูบฉีดของหัวใจ (Cardiac Output) x แรงต้านทานรวมของการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total Peripheral Resistance) ดังนั้น การเกิดพยาธิสภาพของความดันโลหิตสูง จึงเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีผลจากมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และความต้านทานรวมของหลอดเลือดส่วนปลาย (Epsteim and Oster. 1984 อ้างถึงใน พนิดา จันดา. 2551 : 19)

2.1.4 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ถ้าความดันโลหิตสูงเล็กน้อยอาจไม่มีอาการแสดง แต่ถ้ามีความดันโลหิตขึ้นสูงมากหรืออยู่ในระดับรุนแรง มีอาการแสดงดังนี้ (Lewis and Collier. 1992 อ้างถึงใน พนิดา จันดา. 2551 : 20)

(1) ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักมีอาการปวดบริเวณท้ายทอย มึนงง มักจะเป็นตอนเช้า ตื่นนอนใหม่ ๆ อาการปวดจะปวดนาน 2-3 ชั่วโมง และอาจมีคลื่นไส้ ตามัว ร่วมด้วย

(2) เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่ไม่พบบ่อยนัก มักจะพบเมื่อระดับความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และจะหายเมื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

(3) มีเสียงดังหวิว ๆ หรือหึ่ง ๆ ในหู

(4) เวียนศีรษะโดยเฉพาะเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ

(5) อัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนไปรวมทั้งมีอาการใจสั่น

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการรักษาจะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ มักพบความผิดปกติของอวัยวะสำคัญต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายอันเป็นผลมาจากโรคความดันโลหิตสูงได้แก่

(1) ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น ทำให้หัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และหัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานมากขึ้น โดยออกแรงบีบตัวเพื่อต้านกับแรงดันในหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจึงมีการปรับตัวโดยการขยายตัวใหญ่ขึ้นทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเพียงพอ และระดับความดันโลหิตยังคงสูงอยู่ และมีความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มมากขึ้น จนไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ตามปกติ ทำให้เกิดเลือดคั่งในปอด ถุงลมปอดขยายได้ไม่เต็มที่ มีความบกพร่องในการรับออกซิเจน ผู้ป่วยจะเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก กระสับกระส่ายจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (ศศิธร อุตตะมะ. 2549 : 12)

(2) ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัวและแข็งตัวขึ้น ภายในหลอดเลือดขรุขระ และตีบแคบลง ทำให้หลอดเลือดมีการอุดตันส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มากกว่าบุคคลปกติทั่วไป หรือเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของระบบประสาท การรับรู้ ทำให้การรับรู้และความทรงจำลดลง รวมทั้งเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลให้ผู้รอดชีวิตเกิดความพิการตามมา (เกสร ตามสัตย์. 2549 : 13)

(3) ภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ขับของเสียออกทางปัสสาวะ รักษาปริมาณน้ำ เกลือแร่ และกรดด่างในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล นอกจากนี้ไตยังทำหน้าที่ผลิตสารที่ปรับความดันโลหิตให้อยู่ในปกติ ได้แก่ เรนิน พรอสตาแกลนดิน โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นนาน จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต มีผนังภายในหนาแข็ง รูหลอดเลือดตีบหรือแคบลง ขรุขระ ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ เกิดการเปลี่ยนแปลงของไต ไตมีขนาดเล็กลง สีซีด ผิวขรุขระ สมรรถภาพการทำงานของไตเสื่อมลง ถ้าเสื่อมมากอาจเกิดภาวะไตวาย มีของเสียที่เป็นพิษต่อร่างกายคั่งอยู่ทำให้เสียชีวิตได้ อาการที่สำคัญของภาวะไตวาย คือ เหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย บวม อาจบวมบริเวณหนังตา เท้า ท้อง หรือบวมทั้งตัว ซีด เบื่ออาหาร ปัสสาวะน้อย ชัก หมดสติ (วรารัตน์ เหล่านภากุล. 2546 : 9)

(4) ภาวะแทรกซ้อนทางตา ถ้าเกิดภาวะความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอตา คือ ในระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจะพบหลอดเลือดฝอยตีบแคบ มีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกในจอตา แต่ถ้ามีอาการรุนแรงจะพบหลอดเลือดฝอยที่ เรตินาลักษณะบิดไปบิดมา หรืออาจมีการรั่วของเลือดออกมาก หรือมีการบวมที่หัวประสาทตา (พนิดา จันดา. 2551 : 21)

(5) ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด การมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงหนาและแข็ง ขาดความยืดหยุ่นทำให้การไหลเวียนไม่สะดวก ส่งผลให้อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด หลอดเลือดเออออตาร์ฉีกขาด หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) และเกิดโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย เช่น อาการปวดที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเมื่อมีการเคลื่อนไหว เป็นอาการที่พบได้บ่อย (Levine. 2000 อ้างถึงใน ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 18)

2.1.6 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง ดังนั้นจุดมุ่งหมายในการรักษา คือ การควบคุมโรคและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิตสูง คือ การลดความดันโลหิตซีสโตลิคให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิคให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่มีอันตรายเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น ตา ไต สมอง หัวใจ ถูกทำลาย (JNC 7. 2003 อ้างถึงใน ศศิธร อุตตะมะ. 2549 : 13) สำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีอยู่สองวิธี คือ การรักษาโดยการใช้ยา (Phamacological treatment) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non phamacological treatment) ดังนี้(ขั้นตอนการรักษาดังแสดงในแผนภูมิที่ 1) (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. 2003 อ้างถึงใน นนทรัตน์ สถาวีระพงศ์. 2550 : 18)

(1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non Phamacological Treatment) การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา โดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) เป็นวิธีการที่ต้องปฏิบัติประจำเสมอในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อย และใช้วิธีนี้ร่วมกับการรักษาด้วยยาในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับปานกลางและรุนแรง ซึ่งวิธีดังกล่าวมีประโยชน์ คือทำให้ลดการใช้ยา ลดอาการข้างเคียงของยา และลดค่าใช้จ่ายการรักษา (Friedman, Stuart and Benson. 1992 อ้างถึงใน วรารัตน์ เหล่านภากุล. 2546 : 10) วิธีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประกอบไปด้วย (Chobanian and Others. 2003 อ้างถึงใน มีนา เพชรมี. 2549 : 11)

1. การลดน้ำหนัก ควรควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในช่วงปกติ (18.5 – 24.9)จะทำให้ค่าความดันโลหิตซีสโตลิคลดลง 5 – 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อ 10 กิโลกรัม ของน้ำหนักที่ลดลง

2. การวางแผนการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้มากและลดปริมาณการบริโภคไขมันโดยรวม และไขมันอิ่มตัว จะทำให้ค่าความดันโลหิตซีสโตลิค ลดลง 8 – 14 มิลลิเมตรปรอท

3. การจำกัดเกลือ ควรจำกัดการบริโภคเกลือแกงไม่ให้เกิน 6 กรัมต่อวัน จะทำให้ค่าความดันโลหิตซีสโตลิคลดลง 2 – 8 มิลลิเมตรปรอท

4. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวันหรือบ่อยที่สุดที่เป็นไปได้ใน 1 สัปดาห์ จะทำให้ค่าความดันโลหิต ซีสโตลิค ลดลง 4 – 9 มิลลิเมตรปรอท

5. การควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เกิน 30 และ 15 มิลลิลิตร ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ จะทำให้ค่าความดันโลหิตซีสโตลิคลดลง 2 – 4 มิลลิเมตรปรอท

6. การเลิกสูบบุหรี่ถึงแม้ว่ายังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง แต่พบว่า ความดันโลหิตสูงมักเกิดในผู้ที่สูบบุหรี่ เพราะบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาของเฟรมิงแฮม พบว่า สารนิโคตินในบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือดกระตุ้นปมประสาทซิมพาเธติกให้หลั่งสารแคทิโคลามีนออกมา มีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นการลดปัจจัยส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Framingham. 2003 อ้างถึงใน ศศิธร อุตตะมะ. 2549 : 14)

7. การจัดการกับความเครียด ความเครียดมีผลต่อไฮโปธาลามัสกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มการทำงานของประสาทซิมพาเธติค ซึ่งจะกระตุ้นอิพิเนฟฟินจากต่อมหมวกไตมีผลต่อการหดรัดตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น การผ่อนคลายความตึงเครียดจะช่วยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาเธติค ทำให้ลดการหลั่งอิพิเนฟฟินลดการหดรัดตัวของหลอดเลือด ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง และการจัดการกับความเครียด เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต (Grore. 2001 อ้างถึงใน เกสร ตามสัตย์. 2549 : 15)

(2) การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment) เป้าหมายของการใช้ยาลดระดับความดันโลหิต เพื่อลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย และเพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 8 กลุ่มดังนี้ (Woods. 2002 อ้างถึงใน ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 19)

กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่จัดไว้ในกลุ่มที่เลือกใช้อันดับแรก และเป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยส่งเสริมการขับน้ำ ลดการดูดซึมน้ำ และโซเดียมกลับของไต ส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง และลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีด้วย และเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความดันโลหิต ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Furosemide, Spironolactone Metolazone, Amiloride, Hydrochlorothiazide เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะที่สำคัญ คือ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (ยกเว้นกลุ่มยาขับปัสสาวะที่ช่วยเก็บโพแทสเซียม เช่น Spironolactone Amiloride) การเสียสมดุลของอิเลคโตรไลท์ และภาวะขาดน้ำ (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 19) อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เป็นตะคริว อาจเพิ่มระดับของน้ำตาลในเลือด ไตรกลีเซอไรด์ โคเลสเตอรอล และระดับกรดยูริกในเลือดสูง เกิดโรคข้ออักเสบ (พนิดา จันดา. 2551 : 21)

กลุ่มที่ 2 ยาปิดกั้นเบต้า-อะดรีเนอจิค (Beta-Adrenergic Blockers) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ต่อ Beta-Adrenergic Receptors ที่อยู่ในหัวใจและหลอดเลือดแดง เพื่อยับยั้งการตอบสนองของประสาทซิมพาเธติค ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดการหลั่งเรนิน และลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Atenolol Carvedilol, Propanolol, Labetalol เป็นต้น (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 19) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ ทำให้เกิดหลอดลมหดเกร็ง ควรระวังในรายที่มีภาวะหอบหืด หรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง และมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ มีอาการหัวใจเต้นช้าลงจึงควรระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย หรือหัวใจเต้นช้า และควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่กำลังได้รับยารักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากผลในการปิดกั้นเบต้า จะทำให้ไม่เห็นปฏิกิริยาบางอย่างที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่นหัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก ซึ่งโดยปกติจะเป็นสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้าก่อนเกิดภาวะช็อคจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (กำพล ศรีวัฒนกุล. 2545 อ้างถึงใน ศศิธร อุตตะมะ. 2549 : 17)

กลุ่มที่ 3 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบ ๆ เส้นเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว หลอดเลือดขยายและลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง แต่มักทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และแรงขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น และมีการคั่งของน้ำ และโซเดียม ดังนั้นจึงมักใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ และยาต้านเบต้า ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Hydralazine hydrochloride, Minoxidil, Labetalol, Nitroprusside เป็นต้น ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว และปวดศีรษะ (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 20)

กลุ่มที่ 4 ยาประเภทปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม (Calcium Channal Blockers : CCBs) ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นช่องทางเข้าของแคลเซียมไม่ให้เข้าไปในหัวใจ และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดอาร์เทอริโอล (Arterio) ส่งผลให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดทั่วร่างกายคลายตัว แรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือดลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการนำกระแสไฟฟ้าของเวนตริเคิล (Ventricle) ลดการบีบตัวของหัวใจ ลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดการไหลกลับของเลือดดำและยับยั้งหลอดเลือดในการตอบสนองต่อ Norepinephrine หรือ Angiotensin ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amlodipine, Nicardipine, Nifedipine, Verapamil Diltiazem เป็นต้น (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 20) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ อาการปวดศีรษะ มึนงง บวมตามขาตอนปลาย ต้องระวังการให้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยหัวใจวาย และอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีอาการรุนแรงขึ้น และท้องผูก (ศศิธร อุตตะมะ. 2549 : 17)

กลุ่มที่ 5 ยาประเภทยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor : ACEI) ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง ACE ในการเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ป้องกันการหลั่งเรนิน ยับยั้ง Bradykinin Degradation ทำให้ไม่มีการสร้าง Angiotensin II และกระตุ้นการสร้าง Prostaglandin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว บางครั้งยังช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติคด้วย นอกจากนี้การลดลงของ Angiotensin II ยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมนอัลเดอสเตอโรน (Aldosterone) ลดการไหลเวียนเลือดในไต ลดอัตราการกรองที่ไต ลดการดูดกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ยากลุ่มนี้ลดความดันโลหิตโดยไม่เปลี่ยนแปลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ไม่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ไม่รบกวนความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากเปลี่ยนอิริยาบถประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ดีพอ ๆ กับยาขับปัสสาวะและยาต้านเบต้า และสามารถใช้ได้ดีในผู้สูงอายุ แต่ไม่ควรใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงที่ไตตีบ เนื่องจากยาจะยับยั้งการหลั่งอัลเดอสเตอโรน ทำให้มีการเพิ่มของระดับโพแทสเซียมในเลือด อาจเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Captopril, Enalapril, Lisinopril เป็นต้น (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 20) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ อาจทำให้เกิดการทำงานของไตบกพร่อง ไอเรื้อรัง ผื่นคัน ไข้ เบื่ออาหาร อาการรุนแรงคือเม็ดเลือดขาวต่ำ ไตเสียหน้าที่ และไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยาขับปัสสาวะที่ไม่ขับโพแทสเซียม เพราะจะทำให้โพแทสเซียมในเลือดสูงได้ (พนิดา จันดา. 2551 : 22)

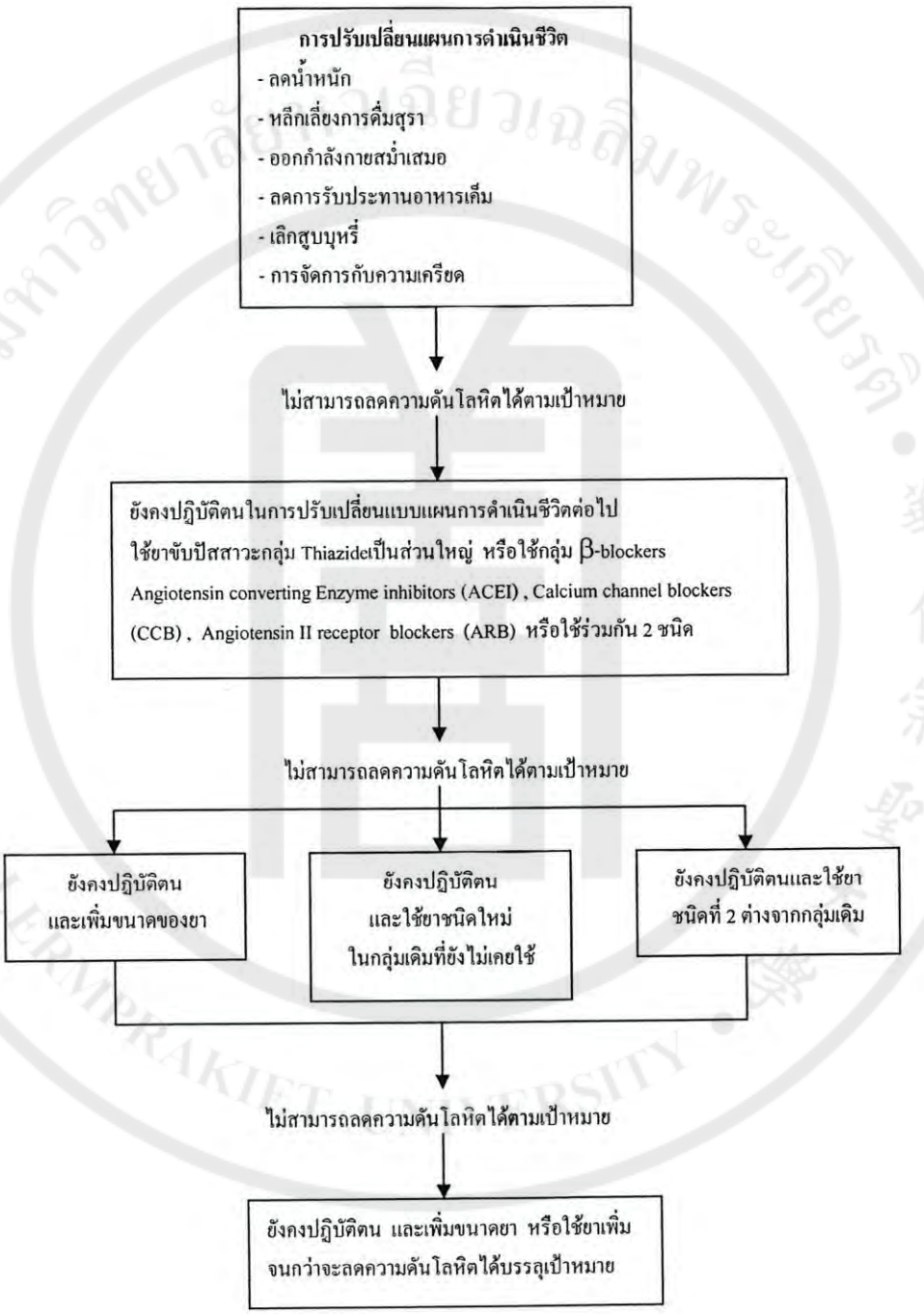
กลุ่มที่ 6 ยาประเภทปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II Receptors Blockers : ARBs) ยาในกลุ่มนี้จะลดความดันโลหิตโดยออกฤทธิ์ในการจับกับ Angiotensin II – subtype 1 แทน Angiotensin II ช่วยขยายหลอดเลือด ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Candesartan, Losartan,Valsartan

Irbesartan , Eprosartan เป็นต้น ยาชนิดนี้ไม่มีผลต่อการทำงานของ ACE (kininase II) ดังนั้นจึงไม่ทำให้ระดับของ Bradykinin เพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการไอจึงมีน้อยกว่ายาในกลุ่ม ACE Inhibitors แพทย์มักเปลี่ยนมาใช้ยาในกลุ่มนี้แทน ผลข้างเคียง คือ ทำให้เกิดอาการมึนงง และมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Williams and Others. 2004 : 154)

ยากลุ่มที่ 7 ยาประเภทปิดกั้นแอลฟาวัน อะดรีเนอจิค (Alpha$_1$ – Adrenergic Blockers) ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดส่วนปลายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ โดยการปิดกั้นผลของ Norepinephrine ที่มีตัวต่อรับแอลฟา (Alpha – Receptors) โดยลดผลต่อระบบซิมพา เธติดต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายอยู่ในระดับ ที่ปกติ ซึ่งไม่รบกวนปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที อัตราการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนเลือดผ่านไตและอัตราการกรองที่ไต ซึ่งยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Prazosin, Terazosin, Doxazosin เป็นต้น (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 21) ผลข้างเคียง คือ ทำให้เกิดอาการมึนงงศีรษะเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ ใจสั่น อ่อนเพลีย ง่วงนอน ปวดศีรษะ ปากแห้ง และคลื่นไส้ (Williams and Others. 2004 : 155)

กลุ่มที่ 8 ยาประเภทกระตุ้นแอลฟาทู (Central Alpha$_2$ – Agonists) ยาที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่ Central ได้แก่ Clonidine, Methyldopa, Guanabenz, Guanfacine ยาเหล่านี้มีคุณสมบัติเด่นเป็น Alpha – Receptor Agonists การกระตุ้น Alpha$_2$- Receptors ในสมองส่วนที่เป็น Vasomotor Centor จะลด Sympathetic Outflow ที่ส่งไปยังระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และทำให้หลอดเลือดขยายตัวช่วยลด Vascular Resistance ดังนั้นจึงมีผลลดความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะเมื่อได้ยา Clonidine หรือ Guanabenz ในขณะที่ Baroreceptor Reflex จะปกติดังนั้น การเปลี่ยนท่าทางจึงไม่ทำให้เกิดอาการความดันโลหิตต่ำ อย่างไรก็ตามการให้ยาในกลุ่มนี้เมื่อหยุดยากะทันหัน โดยไม่ได้ลดขนาดยาอย่างเป็นลำดับอาจจะทำให้เกิด Rebound Hypertension โดยเฉพาะยา Clonidine และ Guanabenz โดยมีสาเหตุมาจากการเพิ่มการหลั่ง Norephinephrine ซึ่งถูกยากดการหลั่งเอาไว้ที่บริเวณ Presynaptic Receptors โดยทั่วไปแล้วยาในกลุ่มนี้จะไม่ใช้เป็น First Line Drug ในการรักษาผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีความดันโลหิตสูงในคนตั้งครรภ์ Methyldopa ยังเป็นที่นิยม และเป็นยาที่แนะนำให้เลือกใช้ นอกจากนี้ยังใช้ในผู้สูงอายุและผู้ที่มีอาการของไมเกรน (Migraines) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Clonidine Methyldopa Guanabenz, Guanfacine เป็นต้น. (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 21-22)

แผนภูมิที่ 2.1
ขั้นตอนการรักษาโรคความดันโลหิตสูง



ที่มา : Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. 2003 อ้างถึงใน นนทรัตน์ สถาวีระพงศ์. 2550 : 18

2.1.7 คำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์. 2547 : 61)

การใช้ยาลดความดันโลหิตในโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

(1) กินยาให้ถูกต้องตามขนาดที่แพทย์สั่งและตรงเวลา หรือพยายามกินยาในเวลาที่ใกล้เคียงกันทุกวัน อย่ารอจนทำธุระเสร็จก่อน หรือว่างเมื่อไรจึงค่อยกินยา เพราะจะทำให้ยาออกฤทธิ์ไม่สม่ำเสมอควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ผลเต็มที่ ความดันโลหิตอาจขึ้น ๆ ลง ๆ

(2) การปฏิบัติตนเมื่อลืมกินยา

(2.1) กินยาทันทีที่นึกได้ เพื่อป้องกันการขาดยา และช่วยให้ยาออกฤทธิ์สม่ำเสมอ เช่น กินยาวันละ 1 ครั้ง นึกได้เมื่อไรต้องรีบกินยาทันที ไม่ควรข้ามไปกินยาวันต่อไป

(2.2) ถ้านึกได้ในเวลาที่ใกล้อาหารมื้อใหม่ เช่น อีก 1 ถึง 2 ชั่วโมง จะถึงเวลากินยามื้อถัดไป ให้งดมื้อที่ลืม และให้กินเฉพาะมื้อถัดไปเท่านั้น ห้ามกินยาเป็น 2 เท่าในมื้อถัดไป เพราะจะทำให้ได้รับยาเกินขนาด และอาจเกิดอันตรายจากการที่ความดันโลหิตต่ำมากเกินไป การกินยาในแต่ละมื้อควรกินห่างกันประมาณ 3 ถึง 4 ชั่วโมง

(3) ควรมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง อย่าปล่อยให้ยาหมดก่อนแล้วจึงค่อยมา หากติดธุระไม่สามารถมาตรงตามแพทย์นัดได้ ควรมารับยาก่อนยาหมด

(4) ถ้าต้องการเดินทางไปต่างจังหวัดหรือติดธุระควรนำยาติดตัวไปด้วยทุกครั้ง หากต้องไปต่างจังหวัดหลายวัน ควรมารับยาก่อนที่จะเดินทาง เพื่อจะได้มียาติดตัวไปกินอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ

(5) ไม่ควรซื้อยากินเอง เพราะยาบางอย่างมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ผล และไม่ควรนำตัวอย่างยาไปซื้อตามร้านขายยาโดยดูจากสีหรือรูปร่างของยา ซึ่งเป็นอันตรายอย่างมากเพราะอาจได้รับยาคนละชนิดกัน นอกจากนี้การซื้อยากินเองอาจทำให้เกิดการแพ้ยาได้ หรือเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา

(6) อย่าหยุดกินยาเองโดยแพทย์มิได้สั่งหรือไม่ได้มารับการตรวจรักษา ผู้ป่วยบางคนเมื่อรู้สึกว่าอาการดีขึ้นแล้วก็หยุดยาเอง หรือลดขนาดยาลงเพราะคิดว่าหายดีแล้ว การหยุดยากะทันหันจะทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว เป็นการเพิ่มอันตรายต่อร่างกาย

2.2 การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2.1 ความหมายของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของความต่อเนื่อง (Adherence) ของผู้รับบริการไว้ว่า หมายถึง “การที่บุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรม เช่น การกินยา การจำกัดอาหาร และ/

หรือการเปลี่ยนแปลงลักษณะการใช้ชีวิต ที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับข้อแนะนำที่ได้ตกลงกันไว้กับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแล้ว" (กรมสุขภาพจิต สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2548 : 14)

ความต่อเนื่องในการรับประทานยา (Medication Adherence) หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาที่ผู้ดูแลสุขภาพแนะนำติดต่อกันโดยตลอด ได้แก่การรับประทานยาถูกต้อง ครบถ้วน อย่างสม่ำเสมอ และติดต่อกันตลอดไป (WHO. 2001 อ้างถึงใน นนทรัตน์ สถาวีรพงษ์. 2550 : 31)

ในทางกลับกัน การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หมายถึง การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่การรับประทานยาผิดขนาด ผิดวิธี หรือผิดเวลา รวมถึงการหยุดใช้ยาก่อนเวลาที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงขนาดยาโดยการเพิ่มหรือลดขนาดยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และการหยุดรับประทานยาเป็นครั้งคราว หรือการรับประทานยาไม่ครบตามที่แพทย์กำหนด (Dunbar-Jacob & Schlenk. 2001 : 571-580 อ้างถึงใน นนทรัตน์ สถาวีรพงษ์. 2550 : 31)

2.2.2 ความชุกของการเกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ทำให้การรักษาโรคเรื้อรังไม่ได้ผลตามเป้าหมาย จากการรายงานของสมาคมโรคหัวใจประเทศอเมริกา พบปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องร้อยละ 47 และมีผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 53 (American Heart Association. 2002 อ้างถึงใน นนทรัตน์ สถาวีรพงษ์. 2550 : 31)

จากการศึกษาของวรารัตน์ เหล่านภากุล (2546) ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ร้อยละ 31.7 ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้บริการจากสถานีอนามัยใกล้บ้าน และพบว่า ผู้ป่วยบางคนเคยได้รับยาจากโรงพยาบาลโนนไทย 2 ชนิด คือ HCTZ และยา Propranolol แต่เนื่องจากสถานีอนามัยไม่มียา Propranolol จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ สำหรับการรับประทานยาตามเวลา พบว่า ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ตรงเวลาร้อยละ 73.2 และรับประทานยาไม่ตรงเวลาร้อยละ 26.8 และมีการลืมรับประทานยาร้อยละ 43.9

การศึกษาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประจันตคาม อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้องร้อยละ 47.01 เนื่องจากผู้ป่วยละเลยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คิดว่าตนเองหายแล้ว จึงหยุดยาเองไม่ไปตามแพทย์นัด (พนิดา จันดา. 2551)

การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 26 ราย พบว่า ร้อยละ 80.76 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติตนตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่สม่ำเสมอ ในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ในการรักษาด้วยยามีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 80.68 ทำให้ไม่เข้าใจ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาน้อย และไม่ตระหนักในการปฏิบัติตน (ศิริมาศ บุญประสาร. 2544)

2.2.3 ผลของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่อเนื่อง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลเสียต่อทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ กล่าวคือ จะทำให้มีการสูญเสียทางการเงินและทำให้เพิ่มอัตราป่วย และอัตราตาย ผลลัพธ์ของโรคในระยะยาวหรือระยะสั้นขึ้นอยู่กับสภาวะของโรค เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคกระดูกพรุน ที่ไม่ยินยอมรับการรักษาต่อเนื่อง จะเห็นผลเสียในระยะเวลานานเป็น 10 ปี แต่ผู้ป่วยจิตเวช หรือเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลเสียในระยะเวลาสั้น (Dezii. 2000 : 7)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาต่อสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษา จะไม่สามารถบริหารจัดการยาด้วยตัวของเขาเอง หรือถ้าไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง ก็จะทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต และ/หรือ โรคอื่น ๆ ตามมา จากข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 882 ราย เป็น 928 ราย และ 1,462 ราย ในปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2548 และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จาก 124 ราย เป็น 306 ราย และ 507 ราย ในปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2548 จากการสัมภาษณ์แพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแม่สะเรียง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง (นนทรัตน์ สถาวีรพงษ์. 2550)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายมีการรักษาไม่ต่อเนื่อง และขาดการรักษา จะทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องนอนโรงพยาบาล และบางรายเสียชีวิต ทำให้เสียค่าใช้จ่ายทั้งส่วนตัว และของรัฐมากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่สั้นลง (วรารัตน์ เหล่านภากุล. 2546 : 3)

2.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีดังนี้

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ ความยากจน การศึกษาน้อย การไม่มีงานทำ ไม่มีเครือข่ายในการดูแล และเกื้อหนุนทางสังคม สภาพความเป็นอยู่ที่ไม่มั่นคง การอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ค่าเดินทางที่สูง การใช้ยาที่มีราคาแพง ครอบครัวมีปัญหา รวมทั้งความเชื่อและวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่าง ส่งผลถึงการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องและไม่เหมาะสม (สมบัติ ตาปัญญา. 2547 : 6)

2. ปัจจัยด้านระบบบริการและทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษา กับผู้รับบริการจะเพิ่มความร่วมใจในการรับประทานยาที่สูงขึ้นได้ แต่ในขณะเดียวกันก็มีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลด้านลบด้วย เช่น การขาดระบบประกันสุขภาพที่ดี การมีระบบจ่ายยาที่ไม่ดี การขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การที่บุคลากรมีงานประจำมากเกินไปจนเกิดความเหนื่อยล้า การขาดสิ่งตอบแทนที่เหมาะสม การขาดข้อมูลป้อนกลับว่าการทำงานเป็นอย่างไรบ้าง การมีเวลาให้กับผู้รับบริการแต่ละคนน้อยเกินไป การมีระบบในด้านการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการแต่ละคนน้อยเกินไป การมีระบบในด้านการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ และการติดตามผลการรักษาที่อ่อนแอ การขาดความสามารถที่จะสร้างกลุ่มช่วยเหลือกันเอง หรือดูแลตนเองในชุมชน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ส่งผลให้ผู้รับบริการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2548 : 16)

3. ปัจจัยด้านอาการของโรค เช่น ความรุนแรงของอาการ ตลอดจนความก้าวหน้าของอาการ และความรุนแรงของโรค และประสิทธิภาพของการรักษาที่มีอยู่ (สมบัติ ตาปัญญา. 2547 : 6) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการซึมเศร้ามักพบบ่อยในผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรัง และมีผลมากต่อความร่วมมือในการรักษา (กรมสุขภาพจิต สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2548 : 18)

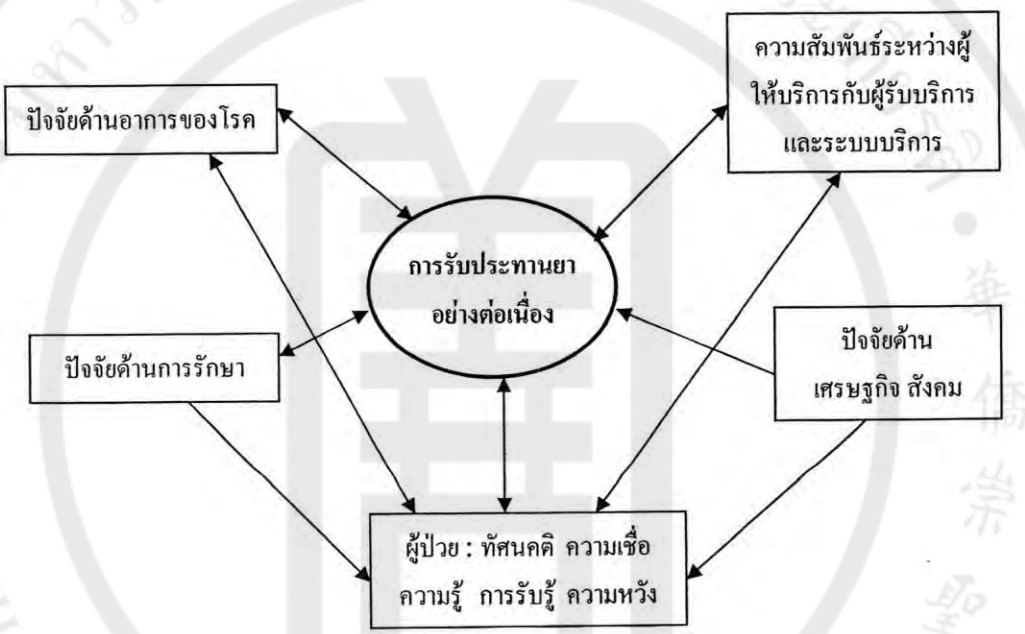
4. ปัจจัยด้านการรักษา ความซับซ้อนของกระบวนการในการรักษา ระยะเวลาที่ใช้รักษา ความล้มเหลวในการรักษา ตลอดจนความบ่อยครั้งของการเปลี่ยนแปลงด้านการรักษา ผลดีที่เกิดจากการรักษาผู้รับบริการได้รับเร็วเพียงใด ผู้รับบริการก็จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าต้องรับประทานยาบ่อย และมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น จะมีผลให้ผู้รับบริการการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2548 : 17-18)

5. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้การรักษา การหลงลืม ความเครียด ความกังวล ความเข้าใจผิด ความรู้สึกหมดหวังความรู้สึกด้านลบต่อการรักษา (สมบัติ ตาปัญญา. 2547 : 6) ความไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะจัดการกับสถานการณ์ของการเจ็บป่วยนั้น การมีแรงจูงใจต่ำ การขาดความรู้และทักษะในการจัดการความเจ็บป่วย การมองไม่เห็นความจำเป็นของการรักษาการไม่ทราบถึง

ผลดีของการรักษา ความเข้าใจผิดหรือไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้สึกในด้านลบ จะเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา (กรมสุขภาพจิต สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2548 : 17)

แผนภูมิที่ 2.2

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง



ที่มา : สมบัติ ตาปัญญา. 2547 : 6

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาอย่างต่อเนื่องดังนี้

(1) เพศของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คือเพศหญิงจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากกว่าเพศชาย (สุภาพร แนวบุตร. 2548 : 81) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Grana and Stuart พบว่า ผู้ป่วยโรคความความดันโลหิตสูงเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความสนใจและใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมาก (Grana and Stuart .2000 อ้างถึงใน เกสร ตามสัตย์. 2549 : 45)

(2) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการใช้ยา จะมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คือ ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการใช้ยา จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการใช้ยา (สุภาพร แนวบุตร. 2548 : 81) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศักด์นรินทร์ หลิมเจริญ (2549 : 77) ที่ศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยามากขึ้น เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ถ้าบุคคลมีความรู้ดี จะทำให้เจตคติต่อสิ่งนั้นดีตามไปด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดี (Pender. 2000 อ้างถึงใน ศักด์นรินทร์ หลิมเจริญ. 2549 : 78)

(3) อาการข้างเคียงของยา มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงของยาน้อย จะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องกว่าคนที่ได้รับผลข้างเคียงของยามาก (สุภาพร แนวบุตร. 2548 : 81) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภัณลินี ปรีชากุล (2544) พบว่า การเกิดผลข้างเคียงของยา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง และการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรร่วง (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการรักษาพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา และฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง (นงนุช เพ็ชรร่วง. 2543 อ้างถึงใน เกสร ตามสัตย์. 2549 : 46) เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าพิจารณาว่าสิ่งนั้นทำให้ตนเองไม่นั้นไม่สุขสบาย การรับรู้นั้นก็จะเป็นอุปสรรคขัดขวาง และมีส่วนสนับสนุนในการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

(4) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ คือ ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง มีผลทำให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (สุภาพร แนวบุตร. 2548 : 82) เป็นความเชื่อด้านสุขภาพที่บุคคลนั้นจะรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อโรคนั้นมีอันตรายถึงแก่ชีวิต มีผลกระทบต่อชีวิตการทำงาน ครอบครัว และเศรษฐกิจ การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการกระทำนั้นเกิดประโยชน์ ก็ต่อเมื่อสิ่งที่กระทำนั้นสามารถลดความรุนแรงของโรคลงได้ (ศศิธร อุตตมะ. 2549 : 63)

(5) การสนับสนุนทางสังคม คือ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีผลทำให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (สุภาพร แนวบุตร. 2548 : 82) ได้แก่ การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูล ด้านการให้กำลังใจ ด้านการกระตุ้นเตือน และการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแลสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2549) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว และมีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ได้รับ

ความเอาใจใส่ดูแลสนใจ ทั้งในเรื่องการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ปราณี ทองพิลา. 2549 อ้างถึงใน ศศิธร อุตตมะ. 2549 : 66) ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุน เช่น มีคนคอยเตือน เมื่อถึงเวลารับประทานยา หรือช่วยจัดยาให้จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้

จากการศึกษาการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 26 ราย พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอจะมีความเข้าใจ และตระหนักในความสำคัญของการรับประทานยาว่า มีผลต่อทั้งการควบคุมอาการและลดความดันโลหิตสูง ในกลุ่มนี้จึงไม่มีประวัติขาดยา มีการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการใช้วิธีการต่างๆเพื่อให้ตนเองได้มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การเตือนตัวเอง จำเอาไว้ การรับประทานยาหลังกิจวัตรประจำวัน การเก็บยาไว้ในที่มองเห็นง่าย และการพกยาติดตัว ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่สม่ำเสมอ เกิดจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการรับประทานยาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านอื่น ๆ เช่น การเลื่อนการรับประทานยา การงดรับประทานยาเป็นบางมื้อ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเข้าใจว่าการรับประทานยาเป็นวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในขณะที่มีอาการของโรคเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงรับประทานยาเมื่อรู้สึกมีอาการ มีการปรับเพิ่มหรือลดจำนวนยาตามอาการ และหยุดการรับประทานยาเมื่อรู้สึกเป็นปกติ (ศิริมาส บุญประสาร. 2544 : 87-88)

2.2.5 การประเมินความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยา

ความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยา สามารถวัดได้หลายวิธีตามความแตกต่างกันของการกระทำที่บอกให้ทราบถึงความต่อเนื่องในการรักษา ในปัจจุบันวิธีวัดความต่อเนื่องในการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ (Bond and Hussar. 1991 : 1978-88 อ้างถึงใน สวัสดิ์ เที่ยงธรรม. 2547 : 22-23)

1. การประเมินทางตรง (Direct Method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่

1.1 การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากเมตาโบไลท์ (Metabolite) ของยา วิธีการประเมินทางตรงที่ใช้ในยาต้านโรคจิต ได้แก่ คลอโปรมาซีน (Chlorpromazine) และอิมิพรามีน (Imipramine) เป็นต้น วิธีนี้แม้จะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยา แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้ครบ

ตามแผนการรักษาหรือไม่ รวมทั้งไม่สามารถบอกได้ในรายที่ผู้ป่วยมีการดูดซึมของยาไม่ดี ทั้งยังต้องสิ้นเปลืองจากการใช้อุปกรณ์ และวิธีการที่ยุ่งยาก และต้องวิเคราะห์เป็นระยะภายหลังรับประทานยา จึงไม่อาจนำมาใช้ในทุกกรณี วิธีนี้จะไม่ใช้ในการประเมินความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

1.2 การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง (Observation) ใช้การติดตามและเยี่ยมบ้าน และสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือว่าเป็นอย่างไร สามารถที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของการรักษาหรือไม่ พฤติกรรมที่แสดงออกต่อการปฏิบัติตัวเป็นข้อบ่งชี้ของความร่วมมือในการรักษา

2. การประเมินทางอ้อม (Indirect Method) อาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น

2.1 การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย หรืออาจใช้การสัมภาษณ์เพียงวิธีเดียวก็ได้ ข้อดีของการสอบถาม และการสัมภาษณ์ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีนี้คือ มักพบปัญหาว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความแม่นยำของคำถาม ใช้คำถามที่ชัดเจน และในระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรแสดงว่าผู้ป่วยมีความผิด เมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือไม่รับประทานยา

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย และทำได้ง่ายสามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมด แต่วิธีนี้มีข้อจำกัด และอาจได้ผลไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไป หรือแอบทิ้งยาโดยไม่รับประทาน หรือให้ผู้อื่นใช้ยาร่วมด้วย

2.3 การพิจารณาความสม่ำเสมอของการมารับยาตามนัด โดยถือว่าผู้ที่มารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยดี รวมทั้งประเมินผลของการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่เพียงใด รวมทั้งพิจารณาว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่

2.4 การลงความเห็นของผู้รักษา จากการตรวจอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (Clinical Outcome)

จะเห็นได้ว่าการประเมินความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยามีผู้สร้างแบบการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยที่หลากหลายดังนี้

ก. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ที่พัฒนาโดย Rob Horn (1996) ซึ่ง นนทรัตน์ สถาวีรพงษ์ เป็นผู้แปล เป็นแบบสอบถามที่ประกอบไปด้วย 5 หัวข้อได้แก่การลืมรับประทานยา การเปลี่ยนแปลงขนาดยา การหยุดรับประทานยาเป็นบางครั้ง การตัดสินใจหยุด

การรับประทานยาเอง และการรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง (Rob Horn. 1996 อ้างถึงใน นนทรัตน์ สถาวีรพงษ์. 2550 : 141)

ข. แบบวัดความร่วมมือในการรักษาพัฒนาโดย สวัสดิ์ เที่ยงธรรม (2547) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ของจารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528) ลักษณะของคำถามประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นคำถามทางด้านบวก 2 ข้อ คำถามทางด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัว ให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตรงกับการปฏิบัติของตนเองหรือไม่ (จารุวรรณ ขันติสุวรรณ. 2528 อ้างถึงใน สวัสดิ์ เที่ยงธรรม. 2547 : 72)

ค. แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ของมีนา เพชรมี (2549 : 27-29) ประเมินโดยวิธีนับเม็ดยาประกอบด้วยวันที่ที่ผู้ป่วยมาตรวจ วันที่ที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา จำนวนยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน จำนวนยาที่เหลือในวันที่มาติดตามผลการรักษา ค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในวันที่มาติดตามผลการรักษา

ง. แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ของมีนา เพชรมี ประเมินจากตารางบันทึกการรับประทานยา วันที่ที่ผู้ป่วยมาตรวจ วันที่ที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา จำนวนครั้งทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจนถึงวันที่มาติดตามผลการรักษา ค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในวันที่มาติดตามผลการรักษา (มีนา เพชรมี. 2549 : 27-29)

2.2.6 การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องประกอบไปด้วยวิธีการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้

2.2.6.1 วิธีการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง วิธีการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสามารถกระทำได้ดังนี้ (ทินมณี ทิพย์ปัญญา. 2547 : 26)

1. การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Counselling) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ รวมถึงข้อแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ จากการใช้ยา

2. การใช้ยาแบบเม็ดรวม (Fix Dose Combinations) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ง่ายขึ้น คือ จะเป็นเม็ดยาที่มีส่วนผสมของยาหลายชนิดอยู่ในเม็ดเดียวกัน เช่น ยา Moduretic จะรวมยาขับปัสสาวะ 2 ชนิด ได้แก่ HCTZ กับ Amiloride เพื่อช่วยลดความดันโลหิต และทำให้ไม่สูญเสียโพแทสเซียม

3. การจัดความถี่ของการรับประทานยาให้มีจำนวนมื้อน้อยลง เพื่อช่วยลดความยุ่งยาก และการลืมรับประทานยา

4. การจัดตารางเวลาในการรับประทานที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคล

5. การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือน เช่น ใช้นาฬิกาปลุกบอกเวลา การจดบันทึกประจำวันเรื่องยา การส่งข้อความสั้น ๆ เตือนทางโทรศัพท์มือถือเมื่อถึงเวลากินยา ฯลฯ

6. การใช้กล่องยา (Pill box) ที่มีช่องสำหรับยาที่ใช้ในแต่ละวัน และแต่ละมื้อ

7. การมีพี่เลี้ยงคอยกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา (Directly Observed Treatment : DOT) โดยเฉพาะในเดือนแรกของการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาจนไม่สามารถรับประทานยาต่อไปได้

8. ควรนำยามาวางไว้ในที่ๆสามารถมองเห็นได้ชัดเจน หยิบรับประทานได้สะดวก

9. ควรมีการบันทึกข้อมูลการรับประทานยาแต่ละมื้อ (Medication Diaries) ในปฏิทิน และควรมีช่องสำหรับบันทึกสาเหตุของการลืมไว้ด้วย เพื่อหาทางแก้ไขในโอกาสต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบวิธีการส่งเสริมการรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ต่อเนื่องดังนี้

จากการศึกษาของ สุภัณลินี ปรีชากุล (2544 : 3-86) ศึกษาผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ไข และป้องกันปัญหาในการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) พบว่า ผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ การติดตามผลการใช้ยาโดยการนับจำนวนเม็ดยา สามารถลดปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และลดปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้

การ์เซียพีนาและคณะ ศึกษาถึงผลการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เป็นความดันหิตสูงในเม็กซิโกโดยพยาบาล เพื่อประเมินประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาโดยมีการใช้ยาลดความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตลดลง และควบคุมระดับความดันดีขึ้น มีการอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไรได้บ้าง พร้อมทั้งยังต้องทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย และให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต (Garcia-Pena and Others. 2001 : 1485-1486)

พนิดา จันดา (2551 : 5-120) ศึกษาผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า การใช้การกระตุ้นเตือนตนเองเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาให้ถูกต้อง โดยการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ บันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาทันทีหลังปฏิบัติกิจกรรม หรือเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีขึ้น รับประทานยาตรงตามชนิด จำนวน และเวลาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ไม่เพิ่ม ลด หรือหยุดรับประทานยาเอง เมื่อมีอาการผิดปกติผู้ป่วยจะปรึกษาแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติได้

โอจีเดบีและคณะ ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกันที่อยู่ในอเมริกา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงประสิทธิผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เปรียบเทียบกับการให้การดูแลแบบปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับประทานยาตามที่ได้รับอย่างถูกต้อง และมีการประเมินติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4 ระยะ ระยะละ3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยระยะที่ 1-3 ติดตามและกระตุ้นให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่วนระยะที่ 4 เป็นระยะประเมินผลการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อครบ 1 ปี พบว่าผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยความดันโลหิต ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตตามที่แพทย์สั่งได้อย่างต่อเนื่อง และทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง โดยค่าความดันโลหิตซีสโตลิคลดต่ำลง 19.2 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิคลดต่ำลง 11.4 มิลลิเมตรปรอท (Ogedegbe and Others. 2006 : 169-180)

2.2.6.2 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) เป็นแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งได้รับการคิดค้นขึ้นมาโดยมิลเลอร์และโรลนิค (Miller and Rollnick. 1992 อ้างถึงใน อรัญญา แพจุ้ย. 2549 : 1) ซึ่งได้พัฒนาเทคนิคขึ้นมาในปี 1991 โดยอาศัยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของโปชัสก้าและไดคลีเม้นท์ (Prochaska and Diclemente. 1997 อ้างถึงใน อรัญญา แพจุ้ย. 2549 : 1) เริ่มต้นโปชัสก้าและไดคลีเม้นท์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวในการศึกษาผู้รับบริการติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าว เพื่อการให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงได้นำขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มี

ปัญหาอื่น ๆ เช่น การติดสุรา หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ เป็นต้น (Prochaska and Diclemente. 1997 อ้างถึงใน อรัญญา แพจุ้ย. 2549 : 5)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นหลัก (Client Centered Counseling) เพื่อมุ่งหวังให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางของทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self Perception Theory) ซึ่งเสมือนหนึ่งผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับบริการได้พูดกับตัวเอง เป้าหมายหลักที่ผู้บำบัดต้องการคือคำพูดที่ผู้รับบริการกล่าวออกมาเป็นข้อความที่จูงใจตนเอง (Self Motivation Statement : SMS) โดยผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อเร้าให้ผู้รับบริการพูดข้อความที่จูงใจตนเอง ผู้บำบัดจะยืนยันรับรองในข้อความที่ดีงาม และสะท้อนให้ผู้รับบริการรับทราบในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดหรือคิด เมื่อเวลาการสนทนาผ่านไปข้อความที่จูงใจตนเองจากผู้รับบริการก็จะออกมากขึ้น ในขณะเดียวกันแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก็มากขึ้นตามไปด้วย ผู้บำบัดจะใช้การยืนยันรับรอง สะท้อนความ และการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับบริการได้ยิน ได้รับทราบข้อความที่จูงใจตนเองของตนเองซ้ำ ๆ แรงจูงใจของผู้รับบริการก็จะมากขึ้นตามไปด้วย (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. 2550 : 36)

ในเรื่องการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจใช้หลักขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลักการพื้นฐานทั่วไปของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และเทคนิคพื้นฐานในการให้คำปรึกษาแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้

1) ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) เป็นการเปลี่ยนแปลงตามลำดับขั้น ซึ่งโปชัสก้าและไดคลีเม้นท์ ใช้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตั้งแต่ขั้นยังไม่ตระหนักในปัญหา ไปจนถึงขั้นลงมือแก้ไขเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ และการรักษาไว้อย่างมั่นคง (Prochaska and Diclemente. 1997 อ้างถึงใน อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. 2550)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบ่งได้เป็น 6 ขั้นตอน (แผนภูมิที่ 3) ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2548 : 8)

1.1) ขั้นตอนการเมินเฉย (Pre-contemplation Stage)

ขั้นตอนการเมินเฉยเป็นขั้นตอนแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขั้นตอนนี้ผู้รับบริการจะมีพฤติกรรมเพิกเฉย ไม่มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงในตนเอง เช่น ผู้ที่มีภาวะความ

ดันโลหิตสูงไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการกินยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยจะไม่สนใจกินยาครบทุกมื้อ จะกินเมื่อมีอาการเท่านั้น

1.2) ขั้นตอนการลังเลใจ (Contemplation Stage)

ขั้นตอนการลังเลใจเป็นการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้ผู้รับบริการเริ่มยอมรับปัญหาสุขภาพ มีการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ แต่ยังลังเลใจ เช่น ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต แล้วเริ่มคิดพิจารณา หรือไตร่ตรองว่าจะกินยาลดความดัน แต่ยังไม่เชื่อมั่นในข้อมูลที่ได้รับจึงยังไม่อยากรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

1.3) ขั้นตอนการตัดสินใจ (Determination Stage)

ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงมีความตั้งใจแน่วแน่ และเริ่มวางแผนการรักษาสำหรับอนาคต แต่ยังไม่ทราบชัดเจนถึงแนวทางปฏิบัติ เช่น ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรู้ว่าสิ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของตนดีขึ้น คือการกินยาลดความดันโลหิต จึงตัดสินใจจะกินยาลดความดันโลหิต แต่ยังไม่มีแผนการที่ชัดเจนที่จะรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

1.4) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action Stage)

ขั้นตอนการปฏิบัติเป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ ผู้รับบริการจะตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง แต่พฤติกรรมยังไม่มั่นคงเพียงพอ เช่น ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เริ่มรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการปรับตัวในการกินยา จึงอาจหวั่นไหวเมื่อพบกับปัญหา หรืออุปสรรคบางอย่าง เป็นต้นว่าฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการปรับการกินยาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

1.5) ขั้นตอนการปฏิบัติต่อเนื่อง (Maintenance Stage)

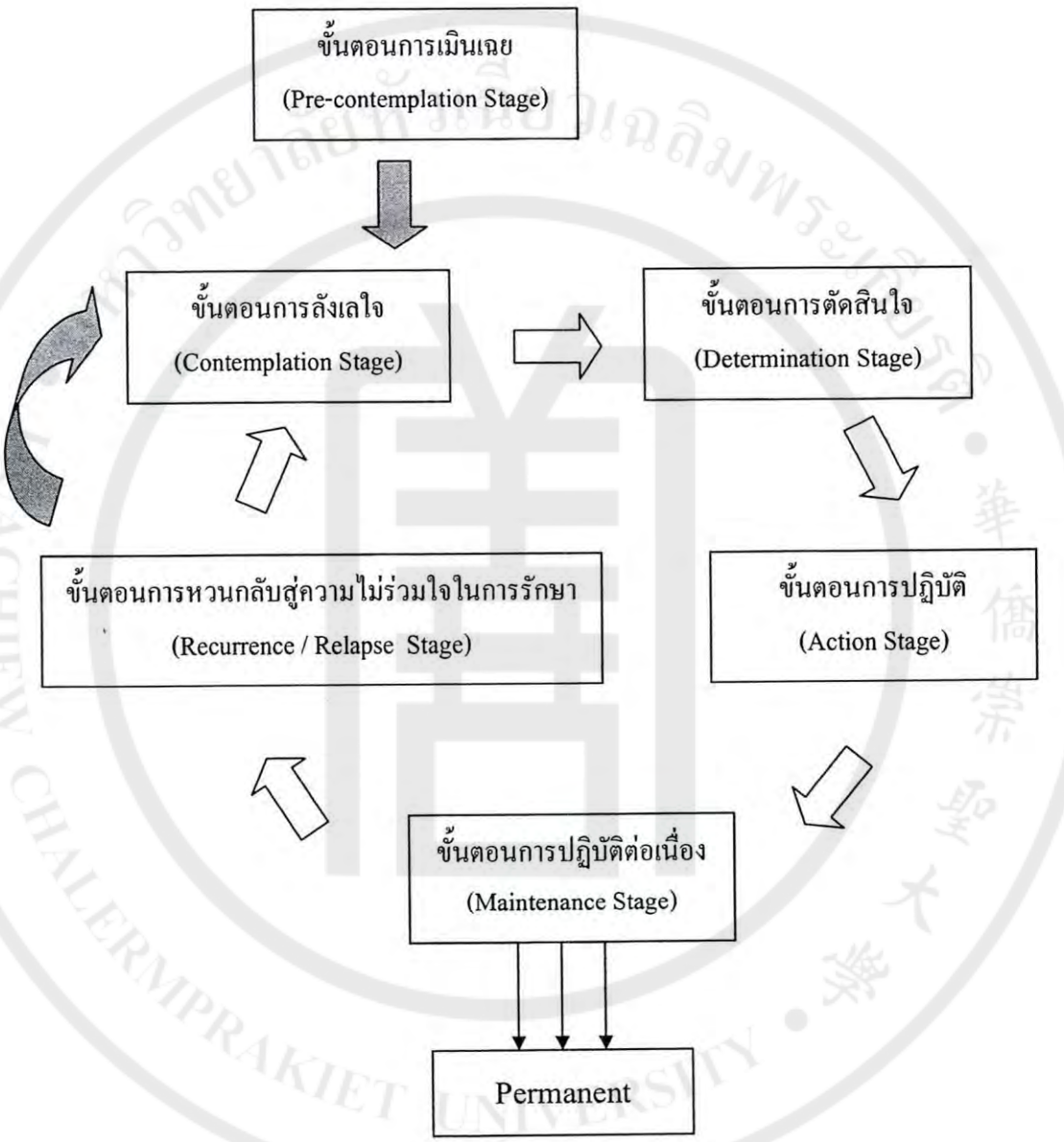
ขั้นตอนปฏิบัติต่อเนื่องเป็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากที่ได้ลงมือปฏิบัติไปแล้วจนเกิดความเคยชิน ในขั้นนี้ผู้รับบริการจะบรรลุความสำเร็จของเป้าหมายเบื้องต้นและสามารถขจัดปัญหาอุปสรรคที่มีต่อความร่วมใจในการกินยา เช่น กินยาอย่างสม่ำเสมอจนก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง หากระยะนี้เกิดขึ้นนานเพียงพอ จนทำให้ผู้เปลี่ยนพฤติกรรมนั้นรู้สึกว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนถาวร ซึ่งเรียกว่าระยะถาวร (Permanence)

1.6) ขั้นตอนการหวนกลับสู่ความไม่ร่วมใจในการรักษา (Recurrence / Relapse Stage)

ขั้นตอนการหวนกลับไปสู่ความไม่ร่วมใจในการรักษา อาจเกิดขึ้นในระยะใดระยะหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอ และเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้เป็นปกติธรรมดา เช่นหยุดกินยาเพราะรู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงแล้ว หรือหยุดกินยาเพราะรู้สึกว่าอาการแย่ลง

รูปแบบของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีลักษณะเป็นวงกลม หรือวงล้อที่สามารถเคลื่อนที่ไปข้างหน้าหรือถอยหลังได้ และด้วยอัตราความเร็วที่แตกต่างกัน ผู้รับบริการบางคนอาจเปลี่ยนแปลงได้เร็ว บางคนอาจเปลี่ยนแปลงได้ช้า บางคนอาจมีความก้าวหน้าในช่วงแรกของการรักษา แต่กลับล้มเลิกความร่วมใจในตอนท้ายของการรักษา นอกจากนี้การหวนกลับไปที่จุดเดิมถือว่าเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อย จนกว่าผู้รับบริการจะสามารถคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างถาวร ดังแผนภูมิที่ 2.3

แผนภูมิที่ 2.3
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



ที่มา : อรัญญา แพจุ้ย. 2549 : 6

2) การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผู้ให้คำปรึกษาควรวิเคราะห์ผู้รับบริการว่าอยู่ในขั้นตอนไหนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผู้ให้คำปรึกษาควรมีการตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นตอนนั้น ๆ ด้วยการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะทำให้ผู้รับบริการขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไปได้ จนไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างคงทนถาวร อย่างไรก็ตามผู้รับบริการอาจเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาในแต่ละขั้นตอนหากแรงจูงใจของผู้รับบริการยังไม่หนักแน่นมั่นคง ขั้นตอนที่ยากสำหรับการให้คำปรึกษา คือ ขั้นที่ 1 ขั้นไม่สนใจปัญหา และขั้นที่ 2 ขั้นลังเลใจในการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก ควรใช้โอกาสในช่วงต้นที่พบผู้รับบริการและญาติ ในการตอบสนองด้วยท่าทีที่เหมาะสมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ (อรัญญา แพจุ้ย. 2549 : 5-6)

จากการทบทวนงานวิจัยพบแบบสอบถามเพื่อประเมินแรงจูงใจเป็นแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่ง อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ แปลมาจากการพัฒนาของบีเนอร์และอาดาม (Biener and Adams. 1991 cite in Simmons Vani Nath. 2004 อ้างถึงใน อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. 2550 : 55) มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 4 ขั้นของระยะการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (แสดงในแผนภูมิที่ 4)

ก = ขั้นบันไดที่ 0 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นเมินเฉย (Pre-Contemplation Stage)

ข = ขั้นบันไดที่ 1-2 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือขั้นลังเลใจ(Contemplation Stage) มีการเมินเฉยร่วมด้วย

ค = ขั้นบันไดที่ 3-5 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือขั้นลังเลใจ (Contemplation Stage) และคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

ง = ขั้นบันไดที่ 6-8 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือขั้นตัดสินใจ (Determinate stage)

จ = ขั้นบันไดที่ 9-10 หมายถึง ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือขั้นลงมือกระทำ (Action Stage)

ซึ่งผู้ศึกษานำมาดัดแปลงเป็นแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้เข้ากับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจตามระยะที่ประเมินได้ ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องดังนี้

แผนภูมิที่ 2.4
แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจ
ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ดัดแปลงมาจาก : อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. 2550 : 162

คำชี้แจง : ในแต่ละขั้นบันไดจะหมายถึงความคิดเห็นของบุคคลที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของตนเอง โปรดวงกลมล้อมรอบหมายเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างมากที่สุดในขณะนี้

3) หลักการพื้นฐานทั่วไปของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

โดยทั่วไปวิธีการให้คำปรึกษามีด้วยกันหลายรูปแบบ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีการนี้ใช้ได้ผลดีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรัง และรวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กรมสุขภาพจิต สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2548) หลักการพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีดังนี้

หลักการที่ 1 การแสดงความเข้าใจในผู้รับบริการ (Express Empathy)

การแสดงความเข้าใจในผู้รับบริการ ทำได้โดยการฟังอย่างตั้งใจที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้รับริการ และยอมรับผู้รับบริการโดยไม่ตัดสิน ไม่วิจารณ์ หรือไม่ตำหนิ การทำเช่นนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงความกังวลของผู้รับบริการได้ และมีผลในการเพิ่มแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การปรึกษาต้องตระหนักเสมอว่า การลังเลใจเป็นเรื่องปกติสำหรับผู้รับบริการ (กรมสุขภาพจิต สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2548) ผู้ให้คำปรึกษาที่แสดงท่าทีที่เต็มไปด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการถือเป็นลักษณะที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจที่ถูกต้องตรงกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้มารับบริการ ทัศนคติที่สำคัญ คือ พยายามเข้าใจความคิดของผู้มารับบริการด้วยการรับฟังอย่างตั้งใจและเคารพในความเห็นนั้น การยอมรับผู้รับบริการในสิ่งที่เขาเป็น เป็นการนำไปสู่การช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การยอมรับและเคารพในผู้รับบริการยังมีส่วนช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ในการรักษา และช่วยเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลง (อรัญญา แพจุ้ย. 2549)

หลักการที่ 2 การทำให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ของตนเองเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Develop Discrepancy)

การทำให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ของตนเอง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ การขยายความคิดของผู้รับบริการโดยการให้เขามองเห็นความไม่สอดคล้องระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายที่เขาต้องการ นั่นคือ ทำให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้รับบริการตระหนักถึงความสูญเสียที่เกิดจากพฤติกรรมในปัจจุบัน และเมื่อเขาเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายสำคัญของเขา เช่น พฤติกรรมการกินยาไม่ตรงเวลากับเป้าหมายที่จะมีสุขภาพที่ดี และมีชีวิตยืนยาว โอกาสที่เขาจะเปลี่ยนแปลงก็เป็นไปได้มากขึ้น นั่นคือ แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นรับรู้ว่าพฤติกรรมในปัจจุบันเป็นอุปสรรคอย่างไรกับเป้าหมายสำคัญในชีวิต (อรัญญา แพจุ้ย. 2549)

หลักการที่ 3 การหลีกเลี่ยงการทะเลาะ หรือขัดแย้งกับผู้มารับบริการ (Avoid Argumentation)

การหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้มารับบริการ คือ การหลีกเลี่ยงการกล่าวหาผู้รับบริการว่าเขามีปัญหา และควรได้รับการแก้ไข ในขณะที่เขาโต้แย้งว่าไม่ได้เป็นเช่นนั้น และป้องกันตนเองจากการกล่าวหา การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีจุดประสงค์ให้ผู้รับบริการเผชิญหน้ากับความจริง เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและมองเห็นความจำเป็นที่ต้องแก้ไขปัญหานั้น ไม่ได้หมายความว่าเป็นการบังคับให้ผู้รับบริการต้องเผชิญกับความจริง แต่เป็นการเผชิญหน้าที่นุ่มนวล ลักษณะเด่นของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การชักชวนอย่างนุ่มนวล การโต้แย้งกันหรือทะเลาะกันตรง ๆ จะนำไปสู่การต่อต้านจากอีกฝ่าย เพราะคนเรามักต้องการที่จะทำในสิ่งที่ตนเองพอใจ ยิ่งบอกว่า "คุณไม่สามารถ....." มากเท่าใด บุคคลนั้นก็ยิ่งจะตอบสนองในลักษณะ "ฉันจะทำ....." และหากผู้ให้คำปรึกษาตอบกลับไปในลักษณะที่ยืนยันความคิดของตนเอง เช่น "คุณมีปัญหาและคุณต้องแก้ไข" ผู้รับบริการก็ยิ่งไม่ยอมรับและพยายามโต้แย้ง การต่อต้านของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับท่าทีของผู้ให้คำปรึกษา การต่อต้านที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้คำปรึกษาเป็นตัวพยากรณ์ความล้มเหลวในการให้คำปรึกษา ซึ่งหากเกิดความรู้สึกต่อต้านขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเปลี่ยนกลยุทธ์การให้คำปรึกษาใหม่ (อรัญญา แพจุ้ย. 2549)

หลักการที่ 4 การโอนอ่อนตามแรงต้านของผู้รับบริการ (Roll with Resistance)

การโอนอ่อนตามแรงต้านของผู้รับบริการ คือ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้รับบริการ ให้เกียรติเขาในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเขาเอง รวมทั้งเข้าใจว่า ภาวะขัดแย้งของผู้รับบริการเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ ไม่ได้เป็นการต่อต้านหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรบังคับให้ผู้รับบริการมีเป้าหมาย หรือมุมมองใหม่ตามตนเอง แต่ผู้รับบริการจะถูกชักชวนให้พิจารณาข้อมูลใหม่ มีมุมมองที่ต่างจากเดิม แนวคิดในการมองปัญหาใหม่ คือ "เลือกเฉพาะที่ต้องการ และทิ้งที่เหลือไว้" เป็นแนวคิดที่ผู้รับบริการมีอิสระที่จะตัดสินใจว่าจะนำไปใช้หรือไม่ก็ได้ (อรัญญา แพจุ้ย. 2549)

หลักการที่ 5 สนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง (Support self – efficacy)

ความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง (Self – Efficacy) หมายถึง การที่บุคคลนั้นเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ให้บรรลุสำเร็จได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และยังเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการคาดการณ์ถึงความสำเร็จ ในการรักษาพฤติกรรมเสพติดแม้ว่าผู้ให้การปรึกษาดำเนินการช่วยเหลือไปตามหลักการทั้ง 4 ข้างต้น และชักชวนให้ผู้รับบริการตระหนักถึงปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไข แต่หากผู้รับบริการมองว่าปัญหา

ไม่มีหนทางแก้ไข เขาก็จะไม่พยายามเปลี่ยนแปลงมัน นั่นคือ ความพยายามทั้งหมดของผู้ให้คำปรึกษาประสบความล้มเหลว

เป้าหมายของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ ผู้รับบริการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับอุปสรรคปัญหา และประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

ในหลักการแรกที่กล่าวถึงการแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ มีความสำคัญในการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองของผู้รับบริการ ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะจัดการกับสิ่งที่ท้าทาย หรือกิจกรรมที่ยากลำบาก เช่น คน ๆ หนึ่งอาจจะมีความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง แต่เขาอาจจะถูกชักชวนให้มองว่าเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ การสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตน สามารถทำได้หลายแบบ เช่น เน้นให้ผู้รับบริการรับผิดชอบต่อตนเอง ความหมาย คือ "ไม่มีใครทำให้เขาได้ นอกจากตัวเขาเอง" การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงไม่ใช่การทำให้ผู้รับบริการมีความหวังว่าผู้ให้คำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงเขา แต่หมายความว่า "หากคุณต้องการเปลี่ยนแปลง เราจะช่วยให้คุณเปลี่ยนแปลงด้วยตัวคุณเอง" (อรัญญา แพจุ้ย. 2549)

4) เทคนิคพื้นฐานในการให้คำปรึกษาแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

นอกจากหลักการพื้นฐานทั่วไปของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแล้ว ผู้ให้คำปรึกษายังต้องใช้เทคนิคอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้คิด ตระหนัก ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรืออนาคตที่ต้องการ เทคนิคพื้นฐานเหล่านี้ ได้แก่ (อรัญา แพจุ้ย. 2549 : 18-26)

4.1) ถามคำถามปลายเปิด (Ask Open – Ended Questions)

ในช่วงแรกของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สิ่งสำคัญที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างให้เกิดขึ้น คือ บรรยากาศของความไว้วางใจและการยอมรับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยและทำความเข้าใจปัญหาของตนได้ นั่นหมายความว่า ผู้รับบริการจะต้องเป็นฝ่ายพูดเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ และสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถแสดงออกได้ ยุทธวิธี 4 อย่างแรกจะสนับสนุนเป้าหมายนี้

วิธีการเริ่มต้น คือ การถามคำถามในช่วงต้นในทิศทางที่จะกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดเป็นส่วนใหญ่ คำถามคำตอบแบบสั้น ๆ อาจจำเป็นในครั้งต่อ ๆ ไปของการรักษา แต่ไม่ควรเน้นในช่วงต้นของการรักษา เป็นการดีกว่าที่จะเริ่มต้นด้วยคำถามปลายเปิด ซึ่งทำให้ผู้ตอบต้องพูดยาว ๆ การถามคำถามเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถทำความเข้าใจปัญหาได้ ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งพร้อมที่จะเล่าเพียงแต่รอการเริ่มต้นจากผู้ให้คำปรึกษา บางคนอาจระมัดระวังตนและต้องการการกระตุ้นจากผู้ให้คำปรึกษา วิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาตอบสนองต่อคำตอบแรกของผู้รับบริการจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป

4.2) การฟังโดยการสะท้อนความหมาย (Listen Reflectively)

สิ่งที่ท้าทายมากที่สุดในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การฟังและการสะท้อนความหมาย (ของผู้พูด) การฟังคือการสนใจฟังสิ่งที่คู่สนทนาพูดโดยการนั่งเงียบ ๆ ที่จริงแล้วหัวใจของการฟังโดยการสะท้อนความหมาย อยู่ที่ผู้ให้คำปรึกษาตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้รับบริการพูด โทมัส กอร์ดอน (Gordon. 1970 cited in Miller. 2001) ได้เสนอแนะถึงสิ่งที่บ่งบอกว่าผู้ฟังไม่ได้ฟังสิ่งที่ผู้พูดได้พูดออกไปมีดังนี้

(1) สั่งหรือบอกให้ทำตาม

(2) เตือนหรือขู่

(3) ให้คำแนะนำ หรือชี้แนะ หรือให้วิธีการแก้ไข

(4) ชักชวนด้วยตรรกะ โต้เถียง หรือบรรยายให้ฟัง

(5) สั่งสอน บอกว่าสิ่งที่ถูกต้องเป็นอย่างไร หรือบอกว่าควรทำอย่างไร

(6) ไม่เห็นด้วย ตัดสินถูกผิด วิจารณ์ หรือตำหนิ

(7) เห็นด้วย สรรเสริญ หรือแสดงความยอมรับ

(8) ทำให้ละอาย ล้อเลียน หรือตีตรา

(9) แปลความ หรือวิเคราะห์

(10)ให้ความเห็นอกเห็นใจ สนับสนุน

(11) ตั้งคำถาม หรือถามรายละเอียด

(12) ไม่สนใจ อารมณ์ขัน เปลี่ยนประเด็น

การตอบสนองเหล่านี้เหมือนเครื่องกีดขวาง ที่ผู้รับบริการกำลังจะเดินไป เพราะมันจะปิดกั้นสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการพูด หากเปรียบเทียบไปแล้วก็เสมือนว่าผู้รับบริการต้องเดินอ้อมสิ่งกีดขวางนั้น นั่นหมายความว่าทิศทางของการพูดคุยจะเปลี่ยนไป ผู้รับบริการอาจจะหยุดพูด หรือเปลี่ยนเรื่องของการสนทนาซึ่งเป็นผลมาจากการฟังของผู้ให้คำปรึกษา นอกจากนี้ท่าทีดังกล่าวยังบ่งถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน

การฟังและสะท้อนความหมาย คือ การตอบสนองในลักษณะของการคาดเดาว่าผู้รับบริการหมายความอย่างไรกับสิ่งที่เขาพูด ก่อนที่บุคคลนั้นจะพูด เขามีความคิดบางอย่างที่ต้องการจะสื่อออกมา สิ่งที่สื่อออกมาเป็นภาษาพูดที่ไม่สมบูรณ์ หน้าที่ของผู้ฟังคือการได้ยินสิ่งที่เขาพูดออกมาทุกคำ และถอดรหัสตีความหมายที่ซ่อนอยู่ในคำพูดนั้น นั่นคือ ในการสื่อสารกันนั้นขั้นตอนที่อาจเกิดความผิดพลาดได้มีอยู่ 3 ขั้นตอนคือ การใส่รหัส (Coding) การได้ยิน (Hearing) และการถอดรหัส (Decoding) ผู้ฟังแบบสะท้อนความหมายจะวางสมมุติฐานที่สมเหตุผล และถอดรหัสสิ่งที่ได้ยินเพื่อเข้าใจถึงความหมายที่แท้จริง (ของสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อ) และนำเสนอการคาดเดาของตนออกมาในรูปของประโยคคำพูด

ทำไมจึงใช้ประโยคคำพูด แทนที่จะใช้ประโยคคำถาม คำตอบ คือ ประโยคที่สะท้อนความหมายและความรู้สึก (ที่ดี)ไม่ควรก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน หรือเกิดน้อยที่สุด การใช้ประโยคคำถาม หรือรูปแบบการถามจะทำให้เขาดึงตัวเองถอยออกมา และถามตนเองว่าตัวเขาเองคิด หรือรู้สึกอย่างไรกับสิ่งนั้น ผลคือมันทำให้ผู้รับบริการออกห่างจากประสบการณ์ของเขา

การจะเป็นผู้ฟังที่สามารถสะท้อนความหมายได้นั้น ต้องหัดคิดแบบสะท้อนความหมาย รวมถึงการยอมรับและตระหนักด้วยว่า สิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาเชื่อหรือคาดเอาว่าผู้รับบริการหมายความอย่างนั้นจริง ๆ แล้วผู้รับบริการอาจหมายความอีกอย่างหนึ่ง ประโยคทุกประโยคอาจสื่อความหมายได้หลายแบบ

การคิดแบบสะท้อนความรู้สึกจะช่วยให้เราตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้ ในความเป็นจริงเมื่อเราได้ยินสิ่งที่เขาพูด เราจะเริ่มคิดถึงความเป็นไปได้ของความหมายในแบบต่าง ๆ จากนั้นเราจะเลือกประโยคที่เราคิดว่าใกล้เคียงกับความหมายที่เขาพูดมากที่สุด คนทั่วไปมักจะเข้าใจว่านั่นคือสิ่งที่เป็นจริง แต่ที่จริงแล้วการสะท้อนความรู้สึก คือ การตรวจสอบสิ่งที่เราคาดเดา ไม่ใช่การยืนยันว่าเรารู้ว่าผู้รับบริการคิดอะไร

การสะท้อนความหมาย ไม่ใช่เป็นการรอหรือผู้ให้คำปรึกษาอยู่ในฐานะของผู้ถูกกระทำ (Passive Role) ตรงกันข้ามผู้ให้คำปรึกษาต้องตัดสินใจว่าเรื่องอะไรควรสะท้อนความหมาย อะไรควรปล่อยให้ผ่านไป อะไรควรให้ความสำคัญ อะไรไม่ควรกล่าวถึง ควรเลือกใช้คำพูดอะไรในการสะท้อนความหมาย การสะท้อนความหมายสามารถใช้เพื่อเสริมเรื่องที่ผู้รับบริการพูด หรือใช้เพื่ออธิบายความหมายให้ชัดเจนขึ้น

การฟังและสะท้อนความหมายควรใช้เป็นส่วนสำคัญในช่วงแรกของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หากเป็นไปได้เราควรได้ยินการตอบสนองด้วยประโยคที่ผู้รับบริการพูดถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง นั่นคือผู้รับบริการจะได้ยินคำพูดของเขาเอง (Self – Motivation Statement) 2 ครั้ง

เมื่อเริ่มต้นด้วยคำถามปลายเปิด การสะท้อนความหมายจะเป็นการตอบสนองต่อคำตอบที่ได้จากผู้รับบริการ เนื่องจากการถาม – ตอบ เป็นเรื่องที่ไม่ต้องอาศัยทักษะมากนัก ผู้ให้คำปรึกษาจึงมักจะตกลงในกับดักคำถามคำตอบ มากกว่าการฟังอย่างเข้าใจในผู้รับบริการ สิ่งที่ตามมาคือแรงต้านจากผู้รับบริการ ดังนั้นสิ่งที่ควรระลึกอยู่เสมอคือ การฟังสะท้อนความหมายจะใช้ตามหลังคำถามปลายเปิด

4.3) การสร้างความมั่นใจในสิ่งที่ถูกต้อง (Affirm)

การสร้างความมั่นใจในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นเทคนิคที่มีประโยชน์อีกอันหนึ่งในช่วงของการให้คำปรึกษา เราสามารถทำได้โดยประโยคคำพูดที่บ่งถึงความเข้าใจและซาบซึ้ง

(ในการกระทำของผู้รับบริการ) โดยตัวของการฟังและสะท้อนความหมายนั้นจะทำหน้าที่นี้อยู่แล้ว แต่การสร้างความมั่นใจในสิ่งที่ถูกต้องโดยตรงด้วยคำพูด ก็มีบทบาทในการให้คำปรึกษาเช่นกัน

4.4) การสรุปความ (Summarize)

การสรุปความมีประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลและความเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ในการช่วยให้ผู้รับบริการกล่าวถึงแรงจูงใจด้วยตนเอง (Self – Motivation Statement) ผู้ให้คำปรึกษาควรจะสรุปความเป็นระยะ

การสรุปความเป็นประโยชน์อย่างมากในการจบการสนทนาในครั้งแรก สังเกตว่าท่าทีและน้ำเสียงการนำเสนอในการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการแก้ไขหรือเพิ่มเติม สิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาได้สรุปลงไป การสรุปความแบบสั้น ๆ สามารถใช้ในการเริ่มต้นการสนทนาในครั้งต่อไป การสรุปความยังมีประโยชน์ในการเปลี่ยนประเด็น และเคลื่อนจากช่วงแรก (phase 1) ของการให้คำปรึกษาเข้าสู่ช่วงที่ 2 ของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือการทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจ และยึดมั่นกับการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง

4.5) การช่วยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจด้วยตนเอง (Self - Motivation Statement)

ทั้ง 4 เทคนิคที่กล่าวไปแล้วข้างต้นเป็นเทคนิคพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแต่ปัญหาที่เรามักจะพบคือ การที่ผู้รับบริการติดอยู่กับความรู้สึกลังเลใจ ดังนั้นเทคนิคที่ 5 นี้จะมุ่งที่การจัดการกับความลังเลใจ แต่อีก 4 เทคนิคที่กล่าวมาก็สามารถใช้กับภาวะนี้ได้เช่นกัน

ในแง่หนึ่งรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับวิธีการแบบการเผชิญหน้ากับการปฏิเสธ (Confrontation – of – Denial Approach) โดยผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่ในฐานะผู้ชี้ให้เห็นปัญหา ส่วนผู้รับบริการจะทำหน้าที่ต่อต้านและไม่ยอมรับการเข้าถึงโดยวิธีดังกล่าวก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี เพราะจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าต้องปกป้องตนเอง(จากการถูกกล่าวหา) ในขณะที่เป้าหมายของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจคือการให้ผู้รับบริการเป็นผู้พูดถึงปัญหาด้วยตนเอง นั่นคือ ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้รับบริการจะเป็นผู้โต้แย้งและให้เหตุผลถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา คือ ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถแสดงความต้องการ และความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงออกมาในรูปแบบของเกิดแรงจูงใจในการรักษาด้วยตนเอง (Self – Motivational Statement) ในรูปแบบประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองซึ่งแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

(1) การตระหนักถึงปัญหา (Problem Recognition) สิ่งที่ควรระวังคือบ่อยครั้งที่ผู้ให้คำปรึกษาสนใจกับสิ่งนี้มากจนกลายเป็นความพยายามในการบังคับให้ผู้รับบริการยอมรับซึ่งกลายเป็นการโต้เถียงให้ยอมรับ ตัวอย่างของ Problem Recognition จากผู้รับบริการที่เรา

ต้องการ เช่น "ผม(ผู้รับบริการ)รู้สึกว่าปัญหามันหนักหนากว่าที่ผมคิดเอาไว้" หรือ "ผมรู้สึกว่าต้องจริงจังกับปัญหานี้"

(2) การแสดงถึงความกังวลกับปัญหาที่ตระหนัก (Expression of Concern About Perceived Problem) สิ่งนี้มักจะเป็นการแสดงออกทางท่าทาง เช่น สีหน้า การถอนหายใจ ร้องไห้ หรือกริยาท่าทางต่าง ๆ ในกรณีของคำพูด เช่น "ผมรู้สึกกังวลกับมันมาก"

(3) การพูดแสดงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง (Intention to Change) อาจจะแสดงออกโดยการกระทำในช่วงต้น (เช่น ยอมรับประทานยา Disulfuram) พูดตรง ๆ หรือพูดเป็นนัยถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง เช่น "ผมไม่อยากเป็นแบบนี้เลย ผมควรจะทำอย่างไรดี"

(4) การมองโลกในแง่ดีของการเปลี่ยนแปลง (Optimism About Change) ประโยคดังกล่าวสะท้อนถึงความสามารถในการที่จะเปลี่ยนแปลงในส่วนของปัญหา เช่น "ผมตัดสินใจแล้ว และผมมั่นใจว่าผมทำได้"

ทั้ง 4 แบบของคำพูดดังกล่าวสะท้อนถึง มิติทางความคิด (กระตระหนักถึงปัญหา การมองโลกในแง่ดี) มิติทางอารมณ์ (ความกังวล) และมิติทางพฤติกรรม (ความตั้งใจ) ในการยึดมั่นกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแต่ละประโยคของ Self – Motivation Statement เหล่านี้จะทำให้สมดุลเอียงไปทีละเล็กละน้อยเข้าสู่ทิศทางของการเปลี่ยนแปลง

ดังนั้นการตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้รับบริการแสดงออกมา ในลักษณะของการยอมรับ (Acceptance) การช่วยให้ผู้รับบริการสามารถแสดงสิ่งที่ตนเองคิดออกมา (Reinforce Self – Expression) และการสนับสนุนให้ผู้รับบริการสำรวจปัญหาต่อไป (Encourages Continued Exploration) จึงเป็นเรื่องสำคัญ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) ก็คือ อีกรูปแบบหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ หน้าที่หลักของผู้ให้คำปรึกษา คือ การช่วยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ดังนั้น ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบว่าผู้รับบริการแต่ละคนกำลังอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลง เพื่อจะได้ให้คำปรึกษา และสร้างแรงจูงใจที่สอดคล้องกับระดับของแรงจูงใจ หรือระดับของความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการสร้างแรงจูงใจที่ไม่เข้ากับความต้องการของผู้รับบริการจะนำมาซึ่งการต่อต้าน และความไม่ร่วมมือในการรักษาได้ ในขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการมีส่วนร่วม และรับผิดชอบต่อการรักษา หัวใจของปัญหาที่ทำให้ผู้รับริการส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ก็คือ ภาวะความลังเลใจ (Ambivalence) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงเป็นกลยุทธ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถที่จะนำไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเอาชนะความลังเลใจนั้น และยังมีส่วนช่วยให้พวกเขามองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคตได้ ทั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

สำรวจ และแก้ไขความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (อรัญญา แพจุ้ย. 2549) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กระทำได้โดยให้ผู้ให้คำปรึกษาตั้งคำถาม เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดข้อความที่จูงใจตนเอง และสะท้อนให้ผู้รับบริการรับทราบในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดหรือคิด เมื่อผู้รับบริการพูดข้อความที่จูงใจตนเองมากขึ้น ก็จะยิ่งส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองมากขึ้นด้วย ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้ทักษะการสะท้อน และสรุปความเพื่อให้ผู้รับบริการได้ยินข้อความที่จูงใจตนเองซ้ำอีก แรงจูงใจของผู้รับบริการก็จะเกิดมากยิ่งขึ้น (Miller. 1995 อ้างถึงใน สุนทรี ศรีโกไสย. 2548)

2.3 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้ศึกษามองเห็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ว่าถ้าหากไม่ควบคุมความดันโลหิตโดยการปฏิบัติตัว และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความดันโลหิตสูงขึ้น และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆตามมา ที่ทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัว และประเทศชาติได้ การที่ผู้ป่วยจะรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องนั้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง พยาบาลเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะรับประทานอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ผู้ศึกษาจึงสนใจและหากลวิธีต่างๆที่จะนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้บทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนดังนี้

(1) บทบาทการเป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรง (Direct Care)

โดยการใช้ความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Expert Clinician) ในด้านการประเมินโดยการตรวจร่างกาย และวินิจฉัยโรคเบื้องต้น จำแนกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ และชนิดไม่ทราบสาเหตุ รวมทั้งการให้การดูแลช่วยเหลือด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ต่อเนื่องและถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานยา ไม่ต่อเนื่อง จะให้การพยาบาลโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคตเมื่อรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และหาทางในการจัดการแก้ไขเพื่อให้เกิดการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง

(2) บทบาทด้านการสอน / ชี้แนะ (Coaching)

โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สอนเกี่ยวกับการบันทึกพฤติกรรมที่ช่วยกระตุ้นเตือนตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สอนผู้ดูแลผู้ป่วยในการช่วยกระตุ้นเตือน และช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

(3) บทบาทด้านเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agents)

โดยการเป็นผู้นำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ได้ทำการศึกษาค้นคว้า และสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อลดปัญหาการขาดการรักษา และการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงไม่ต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

(4) บทบาทด้านเป็นผู้ให้การปรึกษา (Consultation)

โดยการให้การปรึกษาแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในคลินิกความดันโลหิตสูงในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

(5) บทบาทด้านการประสานความร่วมมือ (Collaboration)

โดยการประสานงานกับพยาบาลในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มาใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับปัญหาร่วมกัน และประสานงานกับแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาที่เกิดจากผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต เพื่อแก้ไขและปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสม

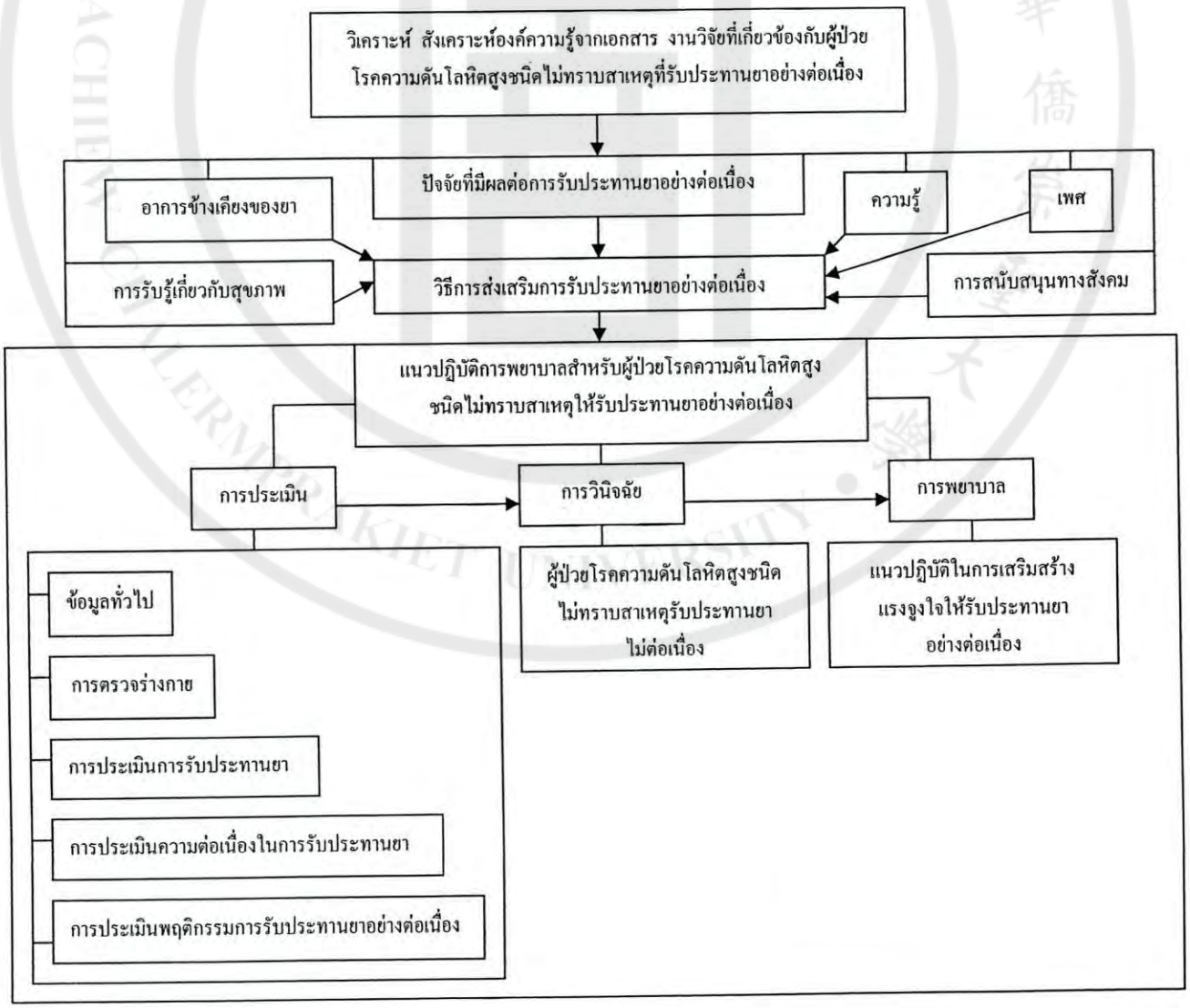
(6) บทบาทด้านการวิจัย / ใช้ผลงานวิจัย (Research)

โดยการใช้ผลงานวิจัยที่เป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศ และต่างประเทศมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.4 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

จากการศึกษาปัญหาที่คลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการขาดนัด ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ผล ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เชื่อถือได้ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 2.5
กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 : 301-307) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นให้ทำการศึกษา (Evidence – trigger Phase)

เป็นขั้นตอนของการกำหนดปัญหาทางคลินิก โดยมีสิ่งกระตุ้นให้สนใจทำการศึกษา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้สิ่งกระตุ้นให้สนใจทำการศึกษาเป็นสิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติ (Practice Triggers)

สิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ศึกษาสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องนั้นมาจากปัญหาการปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลศรีประจันต์ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มารับการรักษาตามนัดและขาดยา ทำให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และไม่ถูกต้อง จากการสำรวจประชากรใน พ.ศ. 2551 พบว่า ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี มีประชากรจำนวน 63,005 คน และมีประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ จำนวน 1,582 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 2.51 ประกอบไปด้วยเพศหญิงและเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 45 – 84 ปี จากการสำรวจในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัดทั้งหมด 255 ราย และขาดยา 47 ราย (จากรายงานการนัดผู้ป่วยที่คลินิกความดันโลหิตสูงในเดือนมิถุนายน 2551) คิดเป็นร้อยละ 16.12 และ 2.97 ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าสาเหตุของการขาดยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าตนเองสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติอะไรจึงไม่รับประทานยาร้อยละ 44.68 ลืมวันนัดทำให้ไม่มียารับประทานร้อยละ 23.40 ลืมรับประทานยาร้อยละ 21.28 ไปรักษาสถานีอนามัยแทน ซึ่งสถานีอนามัยมียาลดความดันให้เลือกใช้น้อยกว่าในโรงพยาบาล ทำให้ได้ยามารับประทานไม่ครบร้อยละ 6.38 และไม่มีรถมารับยาที่โรงพยาบาลร้อยละ 4.26 สาเหตุเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และทำให้การควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี จากการสำรวจ พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดยา ไม่สามารถควบคุม

ความดันโลหิตได้ (มีความดันโลหิตมากกว่า 140 / 90 mmHg) 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.04 ของผู้ป่วยที่ขาดยาทั้งหมด ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้มากมาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต และภาวะแทรกซ้อนทางตา พยาบาลในคลินิกความดันโลหิตสูงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการและการสังเกตการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีประจันต์ พบว่ามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องดังนี้

1. ด้านการประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยา พยาบาลไม่มีการประเมินเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จึงทำให้ไม่สามารถดูแลในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2. ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพยาบาลยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต และยังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน จึงพบว่ามีผู้ป่วยที่ขาดนัด และขาดยาทุกสัปดาห์

3. ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นเตือนตนเอง และขาดแรงจูงใจในการส่งเสริมให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการลืมรับประทานยา และลืมมารับยาตามนัด

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีความจำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการสืบค้นงานวิจัยและเอกสารวิชาการเพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเพื่อให้รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-support Phase)

เป็นขั้นตอนของการสืบค้นและการประเมินหลักฐานข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานข้อมูลงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมดแล้วนำมาสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอน ดังนี้

1. เกณฑ์ที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานข้อมูลมีดังนี้

1.1 เป็นหลักฐานหรืองานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.2 เป็นหลักฐานหรืองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือในการรักษา การสร้างแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม

1.3 เป็นหลักฐานหรืองานวิจัยในรูปแบบงานวิจัยเดี่ยวทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) งานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) งานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Randomized Control Trials) งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) งานวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Research) งานวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Research) งานวิจัยที่เป็นการวิเคราะห์ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) แนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Guideline) รวมทั้งเอกสารตำรา และคู่มือต่าง ๆ

1.4 เป็นหลักฐานและงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2551

2. คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ภาษาอังกฤษได้แก่ Hypertension and community Hypertension, Control hypertension, Hypertension behavior Hypertension life style Hypertension self care, Hypertension and drug adherence Hypertension and drug Compliance Motivation, Motivation interviewing ภาษาไทยได้แก่ ความดันโลหิตสูง แรงจูงใจ ความร่วมมือในการรักษา การส่งเสริมการรับประทานยา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างเหมาะสม แรงจูงใจในการรับประทานยา

3. ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น หลักฐานข้อมูลที่สืบค้นนี้ได้ใช้ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล PubMed, Blackwell Synergy, Cochrane, Science Direct หอสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หอสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น นอกจากนี้ยังมีการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Refererence List) และสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์จากห้องสมุดของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

4. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ผลของการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 14 เรื่อง ประกอบด้วย

4.1 Systematic Reviews	1	เรื่อง
4.2 Randomized control trial	2	เรื่อง
4.3 Quasi-experimental Research	6	เรื่อง
4.4 Descriptive Research	1	เรื่อง
4.5 Cross-section Study	1	เรื่อง
4.6 Expert's Opinion	3	เรื่อง

5. การประเมินคุณภาพ และจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ การประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ใช้เกณฑ์การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ เมลนิค และไฟน์เอาท์-โอเวอร์ฮอล์ท (Melnyk and Fineout-Overholt. 2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. 2549 : 20) ผู้ศึกษาได้ประเมินระดับ ความน่าเชื่อถือของหลักฐานข้อมูลตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 3.1

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ชื่อผู้วิจัย / ผู้แต่ง / ปี	ชื่อเรื่อง	ประเภทและระดับงานวิจัย
1. Fahey T, Schroeder K and Ebrahin S. / (2001)	Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (Review)	Systematic Review ระดับ 1
2. Garcia – Pena and others / (2001)	Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico.	Randomized control trial ระดับ 2
3. Ogedegbe and others / (2007)	An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design	Randomized control trial ระดับ 2
4. ปรีดา ปุนพันธ์ฉาย / (2540)	ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ	Quasi - experimental ระดับ 3
5. สุภัณลินี ปรีชากุล / (2544)	ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย	Quasi - experimental ระดับ 3
6. มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์ / (2545)	การเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการกลุ่ม 2 รูปแบบในโรงพยาบาลพระพุทธบาท	Quasi - experimental ระดับ 3
7. มีนา เพชรมี / (2549)	ผลของการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	Quasi - experimental ระดับ 3

99235/1407
ศูนย์บรรณสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
104597
2ปด
ว
ค631ก
2551

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / ผู้แต่ง / ปี	ชื่อเรื่อง	ประเภทและระดับงานวิจัย
8. นนทรัตน์ สถาวีรพงษ์ / (2550)	ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเองต่อความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ	Quasi - experimental ระดับ 3
9. พนิดา จันดา / (2551)	ผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ	Quasi - experimental ระดับ 3
10. สวัสดิ์ เที่ยงธรรม / (2547)	แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	Descriptive Research ระดับ 6
11. สุภาพร แนวบุตร / (2548)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	Cross-section Study ระดับ 6
12. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ / (2550)	การนำแนวคิดการสัมภาษณ์และเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช	Expert's Opinion ระดับ 7
13. อรัญญา แพจุ้ย / (2549)	คู่มือการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างแรงจูงใจ	Expert's Opinion ระดับ 7
14. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต / (2548)	คู่มือสำหรับผู้ให้การปรึกษา หลักสูตรการปรึกษาเพื่อความร่วมใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	Expert's Opinion ระดับ 7

6. การสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้ ผู้ศึกษาได้นำงานวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์เชิงเนื้อหา และสรุปผลการวิจัยในตารางเปรียบเทียบแต่ละผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ดังรายละเอียดการวิเคราะห์งานวิจัยอยู่ในภาคผนวก ก. หน้า 75)

7. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้ ผู้ศึกษานำความรู้ที่รวบรวมได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สำหรับพยาบาลประจำคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (รายละเอียดในภาคผนวก ข. หน้า 106)

8.การตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องของความยากง่ายของการใช้ และความเข้าใจในแนวปฏิบัติ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีประจันต์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีประจันต์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมวิชาเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence–observe Phase)

เป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปใช้ ดังนี้

การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของโพลิค และ เบค (Polit and Beck. 2004 : 690-692) ซึ่งประกอบด้วย การถ่ายทอด / การนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) ความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติงาน (Feasibility) และความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ของการนำไปปฏิบัติ (Cost– benefit Radio) ดังนี้

การถ่ายทอด/ การนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลในคลินิกความดันโลหิตสูง ซึ่งมีกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ไม่มารับการรักษาตามนัด และขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติที่ปรับแก้ไขหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ โดยให้พยาบาลวิชาชีพในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ดูแนวปฏิบัติและสร้างความเข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 3 ราย เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และมีการประเมินผล

หลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 4 หน้า 52)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติจริง (Feasibility) พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลศรีประจันต์ มีอิสระในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย มีความรับผิดชอบกระตือรือร้น และมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานให้สำเร็จอยู่เสมอ มีความคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานในการประเมินผู้ป่วยบ้างเล็กน้อยแต่ทำได้ไม่ยาก และต้องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพราะเป็นภาระงานที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่มารับการรักษาตามนัด และขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Cost–benefit Radio) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัวและผู้อื่น ทำให้ประหยัดเวลา และประหยัดงบประมาณของประเทศชาติได้ ส่วนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไร เนื่องจากใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ คือ กระดาษสำหรับจัดทำแบบบันทึก หรือแบบประเมินเท่านั้น ส่วนคนที่จะลงไปปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลศรีประจันต์ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างคนเพิ่ม ทำให้เกิดความคุ้มค่ากับผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างมาก

3.4 ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence–based Phase)

เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แล้วปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว และนำกลับไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวนมากขึ้น ในระยะเวลานานขึ้น และมีการปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ส่งผลให้ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุต่อไป แต่ในการศึกษาครั้งนี้ยังไปไม่ถึงการดำเนินการขั้นนี้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตามรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000) ผู้ศึกษาขอนำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ประเด็น คือ1) องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ 3) ผลของการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น แต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 14 เรื่อง สามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ในภาพรวมเพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

4.1.1 การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยา

แบบประเมินมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 พยาบาลประเมินผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยประเมินตนเอง

แบบประเมินส่วนที่ 1 พยาบาลประเมินผู้ป่วย มีการประเมินดังนี้

1) การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (เอกสารหมายเลข 1 หน้า 108)

เป็นการประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสุภาพร แนวบุตร (2548 : 102-103) ประกอบไปด้วย อายุ เพศ ระดับความดันโลหิต โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษา และผู้ดูแล

2) การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 2 หน้า 110)

เป็นการประเมิน ชนิด และจำนวนยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาที่แพทย์สั่ง โดยบันทึกชนิดยา จำนวนเม็ดที่แพทย์สั่ง จำนวนยาที่เหลือในแต่ละเดือน ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบบันทึกการติดตามปัญหาด้านยาของสุภัณลินี ปรีชากุล (2544 : 194-197) เพื่อที่จะเปรียบเทียบว่า

ผู้ป่วยรับประทานยาครบหรือไม่ บันทึกขนาดและเวลาที่รับประทาน เพื่อใช้เปรียบเทียบจำนวนครั้ง/เดือนที่ต้องรับประทานยา กับจำนวนครั้ง/เดือนที่รับประทานยาจริงของผู้ป่วย อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรับประทานยาลดความดันโลหิต เพื่อที่จะได้ประสานงานกับแพทย์ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนยาให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสม

3) การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 3 หน้า 111)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีปัญหาในเรื่องความต่อเนื่องในการรับประทานยา เนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นระเวลานานตลอดชีวิต ทำให้เกิดการเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรับประทานยา ทำให้เกิดการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ได้แก่การใช้ยาที่ผิดขนาด ผิดเวลา การหยุดยา หรือการใช้ยาก่อนเวลาที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงขนาดยา โดยการเพิ่มหรือลดขนาดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และการหยุดใช้ยาเป็นครั้งคราว หรือการใช้ยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี โดยนำแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของนนทรัตน์ สัตวีรพงษ์ (2550 : 141)มาใช้เพื่อที่จะได้ทราบว่าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ประกอบไปด้วยการลืมรับประทานยา การเปลี่ยนแปลงขนาดของยา การหยุดรับประทานยา และการรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง

4) การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 4 หน้า 112)

เป็นการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับไหน ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2550 : 55) ดังนี้

- ระดับ ก หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 1 คือ ขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation Stage) หรือไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง : ผู้ป่วยจะรับประทานยาเมื่อมีอาการเท่านั้น เมื่อหายดีก็จะไม่รับประทาน

- ระดับ ข หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation Stage) : ผู้ป่วยรู้ว่าการรับประทานยาเป็นเรื่องสำคัญ แต่ยังไม่อยากรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

- ระดับ ค หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 3 คือ ขั้นตัดสินใจ (Determinate Stage) : ผู้ป่วยมีความคิดว่าควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม

- ระดับ ง หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (Action Stage) : ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยาต่อเนื่อง แต่บางครั้งมีปัญหาในการรับประทานยาและยังแก้ปัญหาไม่ได้

- ระดับ จ หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 5 คือ ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance Stage) : ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีวิธีการแก้ปัญหา หรือเตือนตนเองเพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยา

5) แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 13 หน้า 130)

เป็นการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา จะประกอบไปด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ การลืมรับประทานยา การลดขนาดยาด้วยตนเอง การเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง การไม่มารับยาตามนัด และอาการหลังรับประทานยา มีทั้งหมด 7 ข้อ การให้คะแนน ข้อ 1 และ 2 (เคย = 1 ไม่เคย = 0) ข้อ 3 ถึง 7 (เคย = 0 ไม่เคย = 1) ผลคะแนนความร่วมมือในการรักษาอยู่ระหว่าง 0 – 7 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี คะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดี นำมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของ สวัสดิ์ เที่ยงธรรม (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ของ จารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528) (สวัสดิ์ เที่ยงธรรม. 2547 : 72) โดยทำการประเมินผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อประเมินการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ถ้าคะแนนความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า 4 ต้องนำมาหาสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

6) แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 14 หน้า 132)

เป็นการตรวจวัดค่าความดันโลหิต และประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยา โดยนำข้อมูลมาจากการวัดความดันโลหิต และการประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 2 หน้า 110) ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนามาจากแบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินโดยการนับเม็ดยาของ มีนา เพชรมี (2549 : 67) แล้วนำมาคำนวณค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาทุกเดือนจากการบันทึกเม็ดยาที่แพทย์จ่าย และเม็ดยาที่เหลือ ถ้าค่าร้อยละของการรับประทานยา น้อยกว่าร้อยละ 80 ต้องนำมาหาสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

7) แบบบันทึกค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 15 หน้า 133)

เป็นการประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ศึกษานำมาจากแบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินจากตารางบันทึกของมีนา เพชรมี (2549 : 68) โดยนำข้อมูลมาจากแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 6 หน้า 120) ที่ผู้ป่วยบันทึกเป็นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจริง และการประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 2 หน้า 110) เป็นจำนวนครั้งทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาจริง แล้วนำมาคำนวณค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ถ้าค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 80 ต้องนำมาหาสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

แบบประเมินส่วนที่ 2 ผู้ป่วยประเมินตนเอง มีการประเมินดังนี้

(1) แบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 6 หน้า 120)

เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยรับประทานยาทุกวัน และทุกมื้อ ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจากตารางบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยของ มีนา เพชรมี (2549 : 76) โดยให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองทุกวัน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนตนเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องครบทุกมื้อตามวันและเวลาที่แพทย์สั่ง

(2) แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 7 หน้า 121)

เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยรับประทานยาทุกวัน ตรงตามเวลาและจำนวนที่แพทย์สั่งหรือ มีการเพิ่มหรือลดจำนวนยาเองหรือไม่ มีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิตหรือไม่ และรับประทานยาอื่นเพิ่มเติมนอกเหนือจากแพทย์สั่งหรือไม่ ผู้ศึกษานำมาจากแบบบันทึกการรับประทานยาของพนิดา จันดา (2551 : 157) เพื่อประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองทุกวัน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนตนเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง และจากการบันทึกของผู้ป่วยถ้าพบอาการผิดปกติจากการรับประทานยา ต้องนำมาแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยโดยการประสานงานกับแพทย์ในกรณีมีปัญหาเรื่องอาการข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต

4.1.2 กลวิธีที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

1) การให้ความรู้ การให้ความรู้มีความสำคัญมากเนื่องจากถ้าผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว (ปรีดี ปุนพันธ์ฉาย. 2540 : 61-72 และ มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์. 2547 : 61) จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2) การบันทึกการรับประทานยาทุกวันของผู้ป่วย โดยสร้างแบบบันทึกให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเอง เป็นแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (มีนา เพชรมี. 2549 : 76) และแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (พนิดา จันดา. 2551 : 157) เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง

3) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) โดยการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องอยู่ในขั้นไหน ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้น คือ ขั้นเมินเฉย ขั้นลังเลใจ ขั้นตัดสินใจ ขั้นลงมือกระทำ ขั้นกระทำต่อเนื่อง เพื่อที่จะให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามขั้นที่ประเมินได้ (อรัญญา แพจุ้ย. 2549 และสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. 2548)

4.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้ศึกษาจากบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชนจากสถานการณ์จริงร่วมกับการศึกษาในเอกสารวิชาการ งานวิจัยต่างๆ และได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากงานวิจัย และหลักฐานที่สืบค้นได้ โดยได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สำหรับพยาบาลประจำคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยพยาบาล ประกอบไปด้วย 1.1) การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และ

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 1.2) การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต 1.3) การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต 1.4) การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

เมื่อพยาบาลพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกความดันโลหิตสูง ทำการประเมินผู้ป่วยในส่วนที่ 1 โดยซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อแยกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และทราบสาเหตุ ประเมินปัจจัยที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ตามการประเมินผู้ป่วยส่วนที่ 1.1(เอกสารหมายเลข 1 หน้า 108) และการประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิตตามการประเมินผู้ป่วยส่วนที่ 1.2 (เอกสารหมายเลข 2 หน้า 110) ให้พยาบาลประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามการประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิตส่วนที่ 1.3 (เอกสารหมายเลข 3 หน้า 111) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 หัวข้อ ได้แก่การลืมรับประทานยา การเปลี่ยนแปลงขนาดยา การหยุดรับประทานยาเป็นบางครั้ง การตัดสินใจหยุดการรับประทานยาเอง และการรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง แต่ละหัวข้อแบ่งลักษณะการรับประทานยาเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย = 5 คะแนน นานๆครั้ง = 4 คะแนน บางครั้ง = 3 คะแนน บ่อย ๆ = 2 คะแนน และประจำ = 1 คะแนน ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง จำเป็นต้องประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุตามการประเมินส่วนที่ 1.4 (เอกสารหมายเลข 4 หน้า 112)

จากนั้นให้ปฏิบัติตามส่วนที่ 2 คือ แนวปฏิบัติในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องดังนี้

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นรายกลุ่มที่คลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศรีประจันต์ (เอกสารหมายเลข 5 หน้า 115) แจกแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 6 หน้า 120) และแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 7 หน้า 121) แนะนำการบันทึก และนัดหมายพบกันครั้งต่อไป (อีก ½ เดือนที่บ้านผู้ป่วย)

2) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอีก ½ เดือน หลังจากที่ได้พบกันครั้งแรก และปฏิบัติดังนี้

- วัดความดันโลหิต สอบถามปัญหาในการบันทึก และให้คำแนะนำ

- ให้การพยาบาลโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้ดังนี้ (ระดับ ก ใช้เอกสารหมายเลข 8 หน้า 122 ระดับ ข ใช้เอกสารหมายเลข 9 หน้า 124 ระดับ ค ใช้เอกสารหมายเลข 10 หน้า 126 ระดับ ง ใช้เอกสารหมายเลข 11 หน้า 127 ระดับ จ ใช้เอกสารหมายเลข 12 หน้า 129) คือ ในขั้นที่ 1-3 ให้การช่วยเหลือโดยหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน แต่ถ้าเป็นขั้นที่ 4 และ 5 จะต้องให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

- นัดหมายพบกันอีก ½ เดือน ที่คลินิกความดันโลหิตสูง

3) ติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน ที่คลินิกความดันโลหิตสูงโดยพยาบาล

- ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 13 หน้า 130)

- บันทึกค่าความดันโลหิตและประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 14 หน้า 132)

- ประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 15 หน้า 133)

นำเอกสารหมายเลข 13 , 14 และ 15 มาแปลผลความร่วมมือในการรักษา ร้อยละของการรับประทานยา และร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาตามลำดับ ถ้าคะแนนความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า 4 และ/หรือ ค่าร้อยละของการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 และ/หรือ ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 ต้องนำมาหาสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรักษาและรับประทานยา เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

4) นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการติดตามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน เพื่อดูความก้าวหน้า และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะละ 3 เดือน ที่คลินิกความดันโลหิตสูง ดังนี้

4.1) ระยะที่ 1, 2 และ 3 ห่างจากที่พบผู้ป่วยครั้งแรกทุก 3 เดือน, 6 เดือน และ 9 เดือน ตามลำดับ ติดตามประเมินความก้าวหน้า และกระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันดังนี้

- ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 13 หน้า 130)

- บันทึกค่าความดันโลหิตและประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 14 หน้า 132)

- ประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 15 หน้า 133)

- ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 4 หน้า 112)

- กระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ตามระดับขั้นที่ประเมินได้ (ระดับ ก ใช้เอกสารหมายเลข 8 หน้า 122 ระดับ ข ใช้เอกสารหมายเลข 9 หน้า 124 ระดับ ค ใช้เอกสารหมายเลข 10 หน้า 126 ระดับ ง ใช้เอกสารหมายเลข 11 หน้า 127 ระดับ จ ใช้เอกสารหมายเลข 12 หน้า 129) คือ ในขั้นที่ 1-3 ให้การช่วยเหลือโดยหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน แต่ถ้าเป็นขั้นที่ 4 และ 5 จะต้องให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4.2) ระยะที่ 4 เมื่อครบ 1 ปี จะมีการประเมินผลดังนี้

- ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 13 หน้า 130)

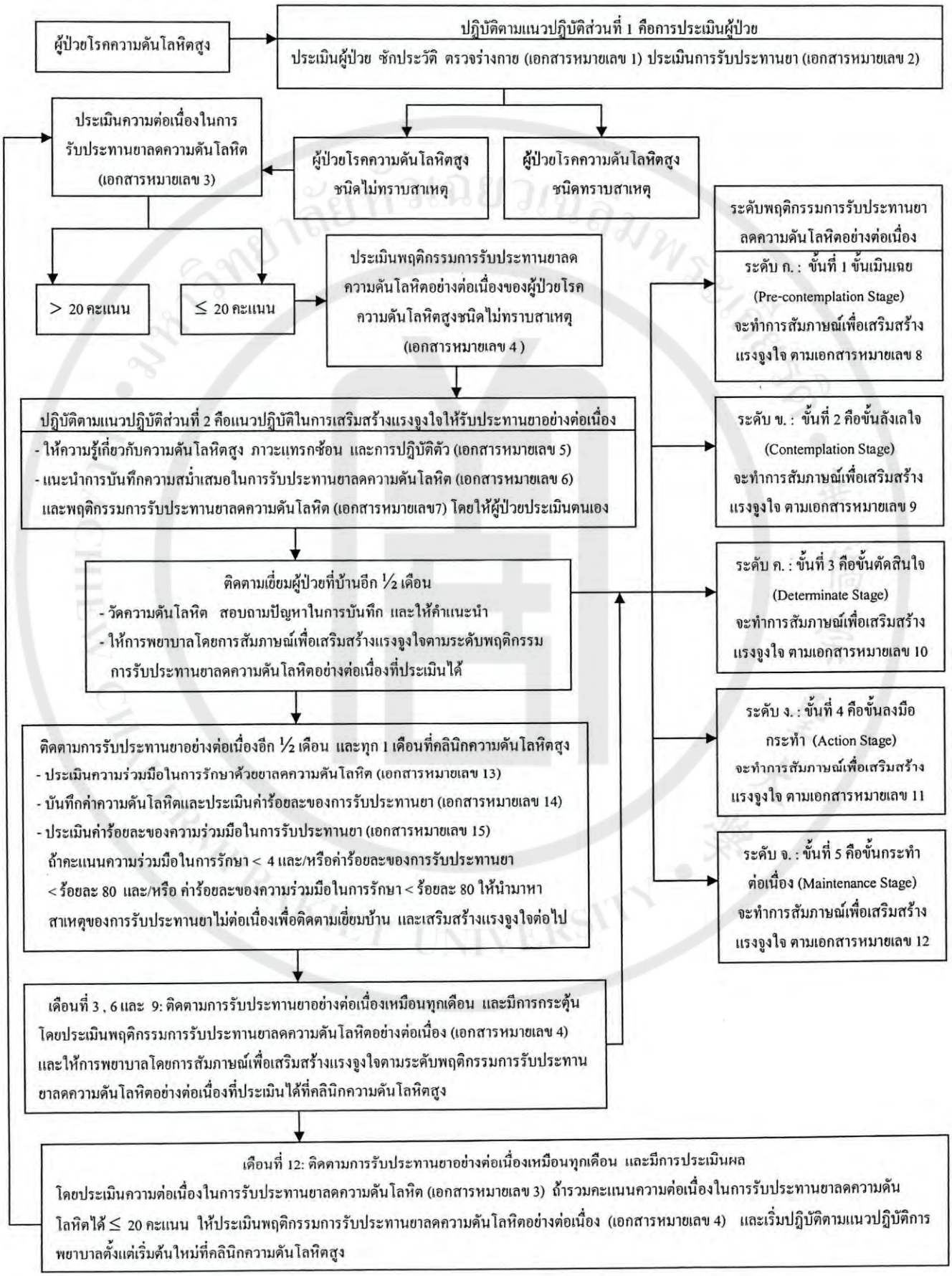
- บันทึกค่าความดันโลหิตและประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 14 หน้า 132)

- ประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 15 หน้า 133)

- ประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 3 หน้า 111) ถ้ารวมคะแนนความต่อเนื่องในการรับประทานยาได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 4 หน้า 112) ต่อ และเริ่มปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นใหม่

แผนภูมิที่ 4.1

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง



สรุปเอกสารที่ใช้ในแนวปฏิบัติการพยาบาล(CNPG)สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 1 การประเมินผู้ป่วย

เอกสารหมายเลข 1	1.1 การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 2	1.2 การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 3	1.3 การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 4	1.4 การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับพยาบาล)

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารหมายเลข 5	คู่มือให้ความรู้ผู้ป่วยที่คลินิกความดันโลหิตสูง (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 6	แบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับผู้ป่วย)
เอกสารหมายเลข 7	แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับผู้ป่วย)
เอกสารหมายเลข 8	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นเมินเฉย (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 9	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นลังเลใจ (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 10	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นตัดสินใจ (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 11	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นลงมือกระทำ (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 12	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นกระทำต่อเนื่อง (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 13	แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 14	แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 15	แบบบันทึกค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับพยาบาล)

4.3 ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปใช้จริง

เมื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ดูความถูกต้องด้านเนื้อหา และลำดับขั้นของการปฏิบัติ การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ตามเกณฑ์ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของโพลิค และเบค (Polit and Beck. 2004 : 690-692) โดยผู้ศึกษาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล พิจารณาความเหมาะสมของการนำไปใช้ (Transferability) พบว่า สามารถเข้ากับบริบทของหน่วยงาน ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ (Feasibility) พบว่ามีความสะดวก และไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการปฏิบัติที่ปฏิบัติอยู่เดิม (Cost–benefit Ratio) ซึ่งผู้ศึกษาพิจารณาแล้วว่ามีความเหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่มเติม และใช้เวลาไม่นานเกินไป จึงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปให้พยาบาลประจำคลินิกผู้ป่วยความดันหิตสูง โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 3 รายเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แล้วประเมินผลใน 2 ด้าน คือ ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ดังนี้

4.3.1 ด้านกระบวนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านกระบวนการเป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของทีม ทักษะการปฏิบัติ ความถูกต้องเหมาะสมของการใช้แนวปฏิบัติ และความต่อเนื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ผู้ศึกษาประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านกระบวนการ ดังนี้

ก. ข้อดีของแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกความดันโลหิตสูงให้ข้อคิดเห็นว่าดี ภาษาที่ใช้ไม่ยากจนเกินไป กระบวนการดูแลไม่ซับซ้อน และเป็นลำดับขั้นตอน สามารถมองเห็นภาพรวมในการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้พยาบาลได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยา การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และนำมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลยังให้ความเห็นว่ามีประโยชน์ในการที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแลได้ เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และ

มีการดูแลเกี่ยวกับการบันทึกของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางการกระตุ้นตนเองเพื่อให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ข. ด้านปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

(1) พยาบาลผู้ใช้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ผู้ใช้ต้องมีประสบการณ์ในการใช้เทคนิคต่างๆตามระยะของผู้ป่วยที่ประเมินได้พอสมควร จึงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองเนื่องจากรายละเอียดของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นค่อนข้างยาก หากพยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการใช้การสัมภาษณ์นี้ อาจทำให้เกิดความบกพร่องในการสร้างแรงจูงใจ จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ใช้ได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหานี้ โดยการจัดอบรมแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนอย่างต่อเนื่องทุกปีในเรื่องของการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคิดในการที่จะรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง สร้างความเข้าใจที่ตรงกัน และให้ถือเป็นระเบียบปฏิบัติประจำของหน่วยงานต่อไป

(2) ในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีประจันต์จังหวัดสุพรรณบุรีมีบุคลากรจำนวนจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ต้องให้การบริการ การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้อย่างสมบูรณ์ จึงมีข้อจำกัดและอาจทำให้การบริการผู้ป่วยเกิดความล่าช้า และสูญเสียโอกาสของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลในเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องไป จึงเสนอแนวทางแก้ปัญหา ให้จัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

4.3.2 ด้านผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ อุบัติการณ์การการขาดนัด และขาดยา ความพึงพอใจ เพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป ผู้ศึกษาประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลด้านผลลัพธ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลลัพธ์ต่อผู้ให้บริการ ด้านผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ และด้านผลลัพธ์ต่อองค์กร ดังนี้

ก. ผลลัพธ์ต่อผู้ให้บริการ

1) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น เนื่องจากยังไม่เคยมีการประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ทำให้สามารถวัดผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนวทางการสอนการ

ปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ภายหลังจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเกิดแนวคิดในเรื่องของการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการแบ่งผู้ป่วยจากการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องออกเป็น 5 กลุ่มที่คลินิกความดันโลหิตสูง และใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมภายในเวลาที่จำกัด เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากแต่มีบุคลากรจำกัด

ข. ผลลัพธ์ที่มีต่อผู้รับบริการ

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ 4 สัปดาห์ กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 3 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระยะขั้นลงมือกระทำทั้ง 3 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว การบันทึกความสม่ำเสมอและพฤติกรรมการรับประทานยาด้วยตัวผู้ป่วยเอง ทำให้มีการช่วยกระตุ้นเตือนการรับประทานยาได้ดี นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจ ต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

รายงานผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 3 ราย พบว่าประเมินคะแนนความต่อเนื่องในการรับประทานยาได้ 20 คะแนน ทั้ง 3 ราย และมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระยะขั้นลงมือกระทำ ทั้ง 3 ราย เมื่อใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอน พบว่า

รายที่ 1 ผู้หญิง อายุ 64 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมา 3 ปี วัดค่าความดันโลหิตครั้งแรกได้ 141/76 มิลลิเมตรปรอท เมื่อใช้แนวปฏิบัติตามขั้นตอนของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัว เมื่อไปเยี่ยมบ้านอีก 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยสามารถบันทึกตามแบบบันทึกที่ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามขั้นลงมือกระทำ โดยให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อครบ 1 เดือน ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด ประเมินความร่วมมือในการรักษาได้ 7 คะแนน ประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาได้ร้อยละ 100 และค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 100 วัดค่าความดันโลหิตได้ 128/76 มิลลิเมตรปรอท

รายที่ 2 ผู้หญิง อายุ 59 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมา 2 ปี วัดค่าความดันโลหิตครั้งแรกได้ 127/77 มิลลิเมตรปรอท เมื่อใช้แนวปฏิบัติตามขั้นตอนของผู้ป่วยแล้ว

ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัว เมื่อไปเยี่ยมบ้านอีก 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการบันทึก คือ ไม่แน่ใจในการลงบันทึกว่ากี่วัน จึงให้คำแนะนำเมื่อไปเยี่ยมบ้าน และทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามขั้นลงมือกระทำ โดยให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อครบ 1 เดือน ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด ดูแบบบันทึกแล้ว ผู้ป่วยสามารถบันทึกได้ถูกต้อง ประเมินความร่วมมือในการรักษาได้ 7 คะแนน ประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาได้ร้อยละ 100 และค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 100 วัดค่าความดันโลหิตได้ 116/71 มิลลิเมตรปรอท

รายที่ 3 ผู้ชาย อายุ 48 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมา 2 ปี วัดค่าความดันโลหิตครั้งแรกได้ 135/92 มิลลิเมตรปรอท เมื่อใช้แนวปฏิบัติตามขั้นตอนของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวเมื่อไปเยี่ยมบ้านอีก 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยสามารถบันทึกตามแบบบันทึกที่ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามขั้นลงมือกระทำ โดยให้กำลังใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง เมื่อครบ 1 เดือน ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด ดูแบบบันทึกแล้วผู้ป่วยสามารถบันทึกได้ถูกต้อง ประเมินความร่วมมือในการรักษาได้ 7 คะแนน ประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาได้ร้อยละ 100 และค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 100 วัดค่าความดันโลหิตได้ 140/102 มิลลิเมตรปรอท เมื่อสอบถามผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง คือดื่มสุรากับเพื่อนบ่อย ๆ และสูบบุหรี่ทุกวัน จึงได้แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้

ค. ผลลัพธ์ต่อองค์กร

เนื่องจากคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วย ดังนั้น หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกความดันโลหิตสูง จึงมีความสนใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและวางแผนให้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Model) ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000 : 301-309) ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 คือการค้นหาสิ่งกระตุ้นของการกำหนดปัญหา ผู้ศึกษาได้ค้นพบปัญหาจากสถานการณ์จริง โดยพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ขาดนัดจำนวนมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยขาดยา และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาได้

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการกำหนดคำสำคัญเพื่อสืบค้นข้อมูล ได้หลักฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 14 เรื่อง จากนั้นนำหลักฐานและงานวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ทีละเรื่อง แล้วสร้างข้อสรุปในภาพรวมขององค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยร่วมกับการบูรณาการองค์ความรู้จากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินผู้ป่วย ประกอบไปด้วย 1.1) การประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 1.2) การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต 1.3) การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต 1.4) การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการให้ความรู้ มีการกระตุ้นเตือนโดยให้ผู้ป่วยทำแบบบันทึกความสม่ำเสมอและพฤติกรรมการรับประทานยา มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากนั้นก็มีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยา และประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทุกเดือน มีการกระตุ้นทุก 3 เดือน จำนวน 3 ครั้ง โดยมีการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และ

ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตามระดับที่ประเมินได้ จากนั้นทำการประเมินผลเมื่อครบ 1 ปี ถ้าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่รับประทานยาลดความดันโลหิตที่ยังไม่ต่อเนื่อง ให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องซ้ำอีก

ขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นตอนของการนำเสนอแนวการปฏิบัติการลงสู่การปฏิบัติ โดยการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งภายหลังที่ปรับแก้แล้ว ผู้ศึกษานำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 3 ราย เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล คือ การประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประเมินผลใน 2 ด้าน คือ ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Outcome)

การประเมินด้านกระบวนการ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า แนวทางการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ยาก แต่มีหัวข้อการประเมินที่ต้องทำหลายอย่าง ส่วนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต้องมีการศึกษารายละเอียดก่อนการปฏิบัติการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งสามารถศึกษาได้จากเอกสารที่ผู้ศึกษาจัดทำไว้ให้ และการใช้ต้องมีประสบการณ์ ถ้าหากพยาบาลยังไม่มีประสบการณ์ในด้านนี้จะไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยได้ จึงควรมีการจัดอบรมแก่พยาบาลเพื่อให้สามารถใช้ทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ นอกจากนี้ควรมีการจัดกลุ่มระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นกลุ่มๆตามระดับที่ประเมินได้แล้วสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีการช่วยเหลือปรึกษากันภายในกลุ่ม ซึ่งจะทำให้เกิดแรงจูงใจและเกิดประสิทธิผลในการรับประทานยามากขึ้น

ส่วนการประเมินผลในด้านผลลัพธ์นั้นได้ประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ และด้านองค์กร โดยพบว่าด้านผู้ให้บริการ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีความพึงพอใจ และเกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อให้รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น พยาบาลบางส่วนมีความรู้สึกว่าเพิ่มภาระงานในการที่ต้องประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยา และประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทุกเดือน แต่มีประโยชน์และสามารถทำได้ง่าย ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า มีความพึงพอใจที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พึงพอใจที่จะใช้การบันทึกเพื่อกระตุ้นเตือนตัวเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พึงพอใจที่พยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน และดูแลเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง สำหรับผลลัพธ์ต่อองค์กรนั้น หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้พัฒนาคุณภาพบริการ และองค์ความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล ได้ให้ความสนใจ และวางแผนให้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีประจันต์ต่อไป

5.2 การอภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นใช้การกระตุ้นเตือนตนเองของผู้ป่วย ผู้ศึกษาพบว่าผลของการใช้แนวปฏิบัติมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา จันดา (2551) ที่ศึกษาผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งใช้การบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาประจำวัน พร้อมทั้งบันทึกปัญหาอุปสรรคที่พบในการรับประทานยา จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทราบว่าตนเองมีพฤติกรรมเป็นอย่างไร นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาให้ถูกต้อง และเกิดการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาของตนให้ดีขึ้น

2. การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของ สวัสดิ์ เที่ยงธรรม (2547) โดยนำมาดัดแปลงภาษาในข้อคำถาม เพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ศึกษา พบว่า ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สวัสดิ์ เที่ยงธรรม (2547) ที่ศึกษาแรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ เมื่อนำมาใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาแล้ว ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย สามารถนำมาวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และรับประทานยาต่อไป

3. การประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยา และร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงจากมีนา เพชรมี (2549) ที่ศึกษาถึงผลการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้รูปแบบการประเมิน 2 วิธี คือประเมินโดยนับเม็ดยาที่จ่าย นับเม็ดยาที่เหลือ และตารางบันทึกการรับประทานยาโดยให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาให้ตรงกับมื้อที่ผู้ป่วยรับประทานเอง กับจำนวนมื้อที่ต้องรับประทานจริง แล้วนำมาคำนวณตามสูตร ผลของการทดลองใช้สอดคล้องกับของมีนา เพชรมี คือ มีข้อดีด้านความสะดวกในการปฏิบัติ ผลจากการบันทึกจะช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยมีความ

ร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น แต่ข้อเสียคืออาจได้ค่าไม่ตรงความจริงเพราะอาจมีการทิ้งเม็ดยา หรือบันทึกไม่ตรงตามมื้อยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริง ต้องใช้วิธีประเมินทั้งสองวิธีร่วมกัน เนื่องจากไม่มีวิธีการไหนเพียงวิธีการเดียวที่จะใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาได้ถูกต้อง และแม่นยำ

4. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแล มีความสอดคล้องกับปัญหา และสาเหตุของการรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่พบว่าส่วนใหญ่คิดว่าตนเองสบายดี ไม่มีอาการผิดปกติอะไร จึงไม่รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตน โดยเฉพาะการปฏิบัติตนด้านการใช้ยา และการมาตรวจตามนัด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา ปุนพันธ์ฉาย (2540) ที่ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และทำให้ระดับความดันไดแอสโตลิคลดลง ผู้ศึกษาจึงนำเนื้อหาการให้ความรู้มาปรับปรุงการสอนให้แก่ผู้ป่วยโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในรูป power point ที่คลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการที่ต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องต่อไป

5. นอกจากนี้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของโอจีเดบีและคณะ ซึ่งพบว่าการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกันที่อยู่ในอเมริกา รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องได้ดีขึ้น (Ogedegbe and Others. 2006) ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการให้การพยาบาล และกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความคิดที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี แต่สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ยังไม่มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างกว้างขวางหรือมีการติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ แต่คาดว่าน่าจะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ก่อนการใช้จริงเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และควรมีการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลก่อน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. ควรศึกษาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆเพิ่มเติมอยู่เสมอ และนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความทันสมัย เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงสุดกับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล อีกทั้งเผยแพร่องค์ความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้มาให้แก่ผู้ที่สนใจอย่างสม่ำเสมอ

3. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปใช้ ต้องมีการติดตาม ดูแล กำกับ นิเทศอย่างต่อเนื่อง และควรใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

4. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปใช้ ควรมีการบันทึกการเยี่ยมบ้าน เกี่ยวกับผลของใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาที่ได้รับการแก้ไข เพื่อนำไปวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข และวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

5. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินผลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ในระยะที่นานขึ้น คือ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน ภายหลังจากการนำไปใช้ เพราะการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ใช้ระยะเวลาที่สั้น คือ 1 เดือน ยังไม่เห็นผลลัพธ์ในระยะยาว ผู้ป่วยอาจยังไม่มีความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างแท้จริง

2. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปพัฒนาเป็นงานวิจัย เพื่อวัดผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม และอ้างอิงได้ต่อไป

บรรณานุกรม

เกสร ตามสัตย์. (2549) **การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหลวง จังหวัดน่าน.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทินมณี ทิพย์ปัญญา. (2547) **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสกับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ สธ.ม. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพย์สุชล เอี่ยมสะอาด และ ภาริณี สิงห์ประสาทพร. (2549) **ยากับโรคหัวใจและหลอดเลือด.** กรุงเทพมหานคร : นิวไทยมิตรการพิมพ์(1996)จำกัด.

นนทรัตน์ สถาวีรพงศ์. (2550) **ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเองต่อความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการยาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปาริชาติ ประจำบุญ. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2549) “ประสบการณ์ชีวิต....พิชิตความดันโลหิตสูง”. **สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร.** 3 (2) หน้า 345-362.

ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย. (2540) **ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พนิดา จันดา. (2551) **ผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

โพยม วงศ์ภูวรักษ์ และคณะ. (2544) **การศึกษาเปรียบเทียบผลของการแก้ปัญหาการใช้ยาโดยเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังผู้ป่วยพบแพทย์.** รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

พะยอม สุขเอนกอนันท์. (2548) **โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรชุมชน (ความดันโลหิตสูงและวัณโรคปอด).** มหาสารคาม : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณานุกรม (ต่อ)

ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549) **การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรี – วัน.

มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์. (2545) **การเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการกลุ่ม 2 รูปแบบในโรงพยาบาลพระพุทธบาท.** วิทยานิพนธ์ ภส.ม. (เภสัชกรรมคลินิก) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

มีนา เพชรมี. (2549) **ผลของการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ ภส.ม. (เภสัชกรรมคลินิก) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2549) [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.rcpt.org/news/news.asp?news_id=7&type=PR (3 เมษายน 2550)

วรารัตน์ เหล่านภากุล. (2546) **เหตุผลในการขาดการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาลโนนไทยจังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ สธ.ม. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. (2549) **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศรินภัสร์ เนตรณรงค์พร. (2551) **การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศศิธร อุตตะมะ. (2549) **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร อิทธาคม. (2549) **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศิริมาส บุญประสาร. (2544) **การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

สวัสดิ์ เที่ยงธรรม. (2547) **แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนทรี ศรีโกไสย. (2548) **ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) เชียงใหม่ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภัณลินี ปรีชากุล. (2544) **ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย.** วิทยานิพนธ์ ภส.ม. (เภสัชกรรมคลินิก) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาพร แนวบุตร. (2548) **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมบัติ ตาปัญญา และคณะ. (2547) **คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อความร่วมใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.** เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ชัยพระเกียรติการพิมพ์.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2548) **คู่มือสำหรับผู้ให้การปรึกษา หลักสูตรการปรึกษาเพื่อความร่วมใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.** กรุงเทพมหานคร : บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2550) **การนำแนวคิดการสัมภาษณ์และเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช.** รายงานการศึกษาอิสระ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. (2547) **แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://epid.moph.go.th/NCDweb2/chronicSurv47.pdf (1 เมษายน 2550)

อรัญญา แพจุ้ย. (2549) **คู่มือการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างแรงจูงใจ.** เชียงใหม่ : ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

อัศวเดช สละอวยพร และคณะ (มีนาคม-เมษายน 2547) "การพัฒนางานบริการผู้ป่วยนอกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี" **วารสารวิชาการสาธารณสุข.** 13 (2) หน้า 374-381.

Dezii, C.M. (2000) "Medication Noncompliance :What is the problem?" **Managed Care.** 9 (9) p 7-12.

Fahey T, Schroeder K and Ebrahin S. (2001) **Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (Review).** [Online] Available : http://www.thecochranelibary.com (13 July 2007)

Garcia – Pena and Others (23 April 2001) "Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico" **International Journal of Epidemiology**. 30 p 1485-1491.

Ogedegbe and Others. (2006) **An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans** [Online] Available : www.elsevier.com/locate/conclintrial (13 July 2007)

Polit, Denise, F. and Beck, Cheryl, Tatano. (2004) "Utilizing Research : Putting Research Evidence Into Nursing Practice" **Nursing research.** 7 p 690-692.

Soukup, S. M. (June 2000) "The center for advanced nursing practice evidence-based practice model" **Nursing Clinics of North America**. 35 (2) p 301-309.

Takiya, L.N, Peterson, A.M and Finley, R.S (2004) **Meta-Analysis of interventions for Medication Adherence to antihypertensives.** [Online] Available : www.theannals.com (23 October 2007)

Williams, B. and Others. (2004) "Guidelines for management of hypertension : report of the fourth working party of the British Hypertension Society" **Journal of Human Hypertension.** 18 p 139–185.

ภาคผนวก

ผนวก ก.

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (Review)**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2544 (2001)
ชื่อผู้แต่ง	Fahey T , Schroeder K , Ebrahim S
วัตถุประสงค์	1. ประเมินประสิทธิผลการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2. ประเมินประสิทธิผลของระบบการเตือนที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับการรักษาเพิ่มขึ้น
ระเบียบวิธีวิจัย	Systematic Review Randomized control trial (หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด)
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง
เครื่องมือ	ติดตามการปฏิบัติการเกี่ยวกับ 1. การเฝ้าระวังด้วยตนเอง 2. การศึกษาการปฏิบัติการที่กระทำโดยตรงกับผู้ป่วย 3. การศึกษาการปฏิบัติการที่กระทำโดยตรงกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 4. การศึกษาการปฏิบัติการของผู้นำด้านการดูแลสุขภาพ (พยาบาล หรือเภสัชกร) 5. การปฏิบัติการขององค์กรที่มีจุดมุ่งหมายในการดูแลให้ผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อมีการส่งต่อ 6. ระบบการเตือนวันที่นัดมารับการรักษา
ผลการวิจัย	1. การเฝ้าระวังด้วยตนเองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือทำให้ค่า SBP ลดลง 10 มิลลิเมตรปรอท 2. การศึกษาการปฏิบัติการที่กระทำโดยตรงกับผู้ป่วย พบว่าสามารถ

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ควบคุมความดันโลหิตได้ คือทำให้ค่าความดันโลหิตSBP ลดลง 15.7 mmHg ค่าDBPลดลง 8.7 mmHg 3. การศึกษาการปฏิบัติการที่กระทำโดยตรงกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ พบว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือทำให้ค่าSBP ลดลง 2 mmHg ค่า DBP ลดลง 0.4 mmHg 4. การศึกษาการปฏิบัติการของผู้นำด้านการดูแลสุขภาพ (พยาบาล หรือ เภสัชกร) พบว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือทำให้ค่าSBPลดลง 13 mmHg ค่าDBP ลดลง 8 mmHg 5. การปฏิบัติการขององค์กรที่มีจุดมุ่งหมายในการดูแลให้ผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อมีการส่งต่อ พบว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือทำให้ค่าSBP / DBP ลดลง 8.2 / 4.2 mmHg , 11.7 / 6.5 mmHg และ 10.6 / 7.6 mmHg และลดอัตราการตายได้ร้อยละ 1.4 6. ระบบการเตือนวันที่นัดมารับการรักษา ทำให้มีการเพิ่มของการมารับการรักษาของผู้ป่วย
ส่วนที่สกัดมาใช้	ได้งานวิจัยเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาใช้ 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม ชื่อเรื่องคือ “การเยี่ยมบ้านของพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในแม็กซิโก” ซึ่งตีพิมพ์ในพ.ศ. 2544 ผู้แต่งคือ Garcia-Pena, Margaret Thorogood, Ben Armstrong, Sandra Reyes-Frausto and Onofre Munoz

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico.**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2544 (2001)
ชื่อผู้แต่ง	Garcia-Pena, Margaret Thorogood, Ben Armstrong, Sandra Reyes-Frausto and Onofre Munoz
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงโดยพยาบาล เพื่อที่จะลดและควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจะประเมินจาก ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก , salt reduction และ physical activity
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่ม (Randomized controlled trial)
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหญิงและชายจำนวน 718 ราย ได้รับการสุ่มแบบแบ่งชั้น จากศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว 12 แห่ง ในเมืองแม็กซิโก ประเทศแม็กซิโก ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1. มีอายุ ≥ 60 ปี 2. มีค่าเฉลี่ยของ SBP ≥ 160 mmHg และ / หรือ DBP ≥ 90 mmHg จากนั้นจะทำการสุ่มให้เป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ computer กลุ่มที่ 1 มีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล กลุ่มที่ 2 ให้การดูแลตามปกติ
เครื่องมือ	การวัดความดันโลหิต : วัด 3 ครั้ง โดยท่านั่ง 2 ครั้ง ท่ายืน 1 ครั้ง ใช้เครื่องวัดความดันแบบปรอท การวัดน้ำหนัก : ใช้ Seca scale การวัดส่วนสูง : ใช้ plastic stadiometer (หน่วยเป็นมิลลิเมตร) การวัดการขับโซเดียม : โดยวัดการขับออกของโซเดียมในปัสสาวะ 1 ครั้งตอนเช้าโดยใช้เครื่องมือ autoprocessor Beckman Syncron CX5 การวัดการออกกำลังกาย : โดยใช้แบบสอบถามของ Hillsdon M, personal communication ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน คือการทำงานภายในบ้าน , การทำกิจกรรมนอกบ้านและกิจกรรมการพักผ่อน การใช้Computer การเยี่ยมบ้านตามปกติ และการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลต้องได้รับการฝึกอบรม รายงานค่าต่างๆ และการออกกำลังทุกสัปดาห์ ในเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ การทดลองจะเก็บข้อมูลตัวแปรอื่นๆ เช่นยา ลักษณะสังคม โรคร่วม และปัจจัยเสี่ยง ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้วย

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	การทดลองกระทำดังนี้ 1. ในกลุ่มทดลองจะมีการติดตามเยี่ยมจากพยาบาล 6 เดือน โดยพยาบาลต้องได้รับการฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วย - การสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ทฤษฎี Health behavior change models - กระบวนการเจรจา - หลักจริยธรรมในการเยี่ยมบ้าน ในการเยี่ยมต้องวัดความดันโลหิตผู้ป่วย , ทบทวนข้อมูลเบื้องต้นจากข้อมูลพื้นฐาน และต้องอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไรได้บ้าง พร้อมทั้งยังต้องทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย และให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยและพยาบาลจะมีการอภิปรายร่วมกัน คุณภาพจะถูกควบคุมโดยการสัมภาษณ์อัดเทป และวีดีโอ 2.ในกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติของสถาบัน ประกอบกับการให้คู่มือเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง
ผลการวิจัย	ในระยะเวลา 6 เดือนในกลุ่มทดลองพบว่า 1. ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต SBP 3.31 mmHg แตกต่างกันที่ $p = 0.03$ DBP 3.67 mmHg แตกต่างกันที่ $p < 0.001$ 2. น้ำหนักลดลง 1.1 กก. แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ 3. ขับโซเดียมออก 5.8 ns แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ 4. การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ < 160 / 90 mmHg ในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 30 % 5. การออกกำลังกาย : การเดินอย่างช้าๆเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 9.1 % ในกลุ่มควบคุมลดลง 0.7 % 6. การไม่ได้รับยาลดความดันโลหิตเปรียบเทียบกันในกลุ่มทดลอง 15.9% กลุ่มควบคุม26.9 %

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	7. การใช้ยาลดความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม 7.2 %
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำวิธีการเยี่ยมบ้านมาใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยและพยาบาลจะมีการอภิปรายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการ ใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับความดันได้ดีขึ้น และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป ในการเยี่ยมต้องวัดความดันโลหิตผู้ป่วย ทบทวนข้อมูลเบื้องต้นจากข้อมูลพื้นฐาน และต้องทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย และให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ.2549 (2006)
ชื่อผู้แต่ง	Gbenga Ogedegbe , Antoinette Schoenthaler , Tabia Richardson , Lisa Lewis , Rhonda Belue , Eugenia Espinosa , Jacqueline Spencer , John P. Allegrante , Mary E. Charlson
วัตถุประสงค์	1. เพื่ออธิบายถึงประสิทธิผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเปรียบเทียบกับการให้การดูแลแบบปกติ เพื่อให้การรับประทานยาตามที่ได้รับอย่างถูกต้องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกันที่อยู่ในอเมริกา 2. เพื่อประเมินความแตกต่างของผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับการดูแลแบบปกติ ของระดับความดันโลหิต ประสิทธิภาพการดูแลตนเอง และแรงกระตุ้นที่มีอยู่ภายในเปรียบเทียบกันในเรื่องของ - การรับประทานยาอย่างถูกต้องใน 12 เดือน - การเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ใน 12 เดือน

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- การสร้างแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่ม (Randomized controlled clinical trial)
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 190 คน ถูกสุ่มออกมาและสุ่มเป็น 2 กลุ่ม โดยให้การให้กลุ่มที่ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติเป็นกลุ่มควบคุม <u>ผู้ที่ถูกคัดเลือก</u> คือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกจาก 2 หน่วยปฐมภูมิในเครือของ New York Presbyterian Hospital's Ambulatory Care Network (ACN) และในโรงพยาบาลทั่วไป ACN คือสมาคมที่เป็นศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนมานานกว่า 20 ปี ซึ่งมีค่าบริการต่ำ เป็นบุคคลที่มีอำนาจเหนือผู้เยาว์ ในคนที่ทำงานอยู่ภายในพื้นที่ของเมือง New York <u>คุณสมบัติ</u> 1.เป็นชาวแอฟริกันในประเทศอเมริกา 2.อายุ $\geq$ 18 ปี 3.ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HTN ด้วยรหัส ICD-9 เป็น 401 หรือ 401.9 4. ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้ง 5.ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง 2 ครั้ง ที่ได้รับการคัดกรองจากคลินิก (BP $\geq$ 140 / 90 mmHg หรือ BP $\geq$ 130 / 80 mmHg สำหรับผู้ที่มีโรคไต หรือเบาหวานร่วมด้วย) 6.สื่อสารด้วยภาษาอังกฤษอย่างคล่องแคล่ว <u>คัดบุคคลที่มีคุณสมบัติเหล่านี้ออก</u> 1.เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิว่าบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ และเป็นผู้ที่มีภาวะของโรครุนแรง 2.เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3.ผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือ	1.) แบบวัดและแบบสอบถาม 1.1แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับยาอย่างถูกต้อง โดยบันทึกด้วยตนเองของ Morisky 1.2แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D 1.3แบบวัดการดูแลตนเองในการได้รับยาอย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง แบบ scale(MASES) ของ Charlson 1.4แบบสอบถามเกี่ยวกับกฎระเบียบการดูแลรักษาตนเอง (TSRQ) วัดแรงจูงใจที่มีอยู่ภายในตนเอง 2.) แบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลในเรื่องยาตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบปกติ และเพิ่มการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจช่วง ระยะเวลาทุก 3 เดือน ผลลัพธ์ขั้นต้นคือการกำหนดการใช้ยาลดความดันอย่างถูกต้อง การประเมินใช้ระบบการเฝ้าระวังทางอิเล็กทรอนิกส์ MEMS และคะแนนของการรับประทานยาอย่างถูกต้องโดยใช้สเกลที่พัฒนามาโดย Morisky ผลลัพธ์ขั้นที่ 2 คือการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ป่วยทั้ง SBP และ DBP การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงจูงใจภายในจากเดิมภายในระยะเวลา 12 เดือน ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มถูกประเมินทุก 3 เดือน ในระยะเวลา 1 ปี ระหว่างการประเมินการรับประทานยาอย่างอย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง โดยดึงข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังตนเอง MEMS ของพวกเขา รายงานการรับประทานยาอย่างถูกต้องโดยการประเมินตนเอง การวัดความดันโลหิตจากคลินิก โดยดูจากแบบบันทึกของพวกเขาทั้งหลาย ประเมินการดูแลตนเอง และแรงจูงใจภายใน ประเมินผลครั้งสุดท้ายที่เวลา 1 ปี
ผลการวิจัย	ผลลัพธ์เบื้องต้นคือผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้อย่างถูกต้อง สรุปโดยใช้ระบบการเฝ้าระวัง (MEMS) มีอัตราการได้รับยาตามที่แพทย์สั่งเพิ่มขึ้น 30 % ในกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 60 % มีความแตกต่างกัน30 % จากการวิเคราะห์พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่$p< 0.05$

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผลลัพธ์ขั้นที่ 2 ได้จากข้อมูลที่คลินิก พบว่าค่าความดันในกลุ่มทดลองลดต่ำลงจากค่าพื้นฐาน คือความดัน SBP ลดต่ำลง 19.2 mmHg และ DBP ลดต่ำลง 11.4 mmHg
ส่วนที่สกัดมาใช้	1.นำแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิก และในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2.ประเมินและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4 ระยะ ระยะละ 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี ดังนี้ -ระยะที่ 1 ติดตาม ในเดือนที่ 3 และกระตุ้นโดยการให้คำปรึกษาในด้านการรับยาต่อเนื่อง โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ -ระยะที่ 2 เป็นระยะติดตาม และกระตุ้นในเดือนที่ 6 วิธีการเหมือนกับระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 เป็นระยะติดตาม และกระตุ้นในเดือนที่ 9 วิธีการเหมือนกับระยะที่ 1 และ 2 -ระยะที่ 4 เป็นระยะประเมินผลในเดือนที่ 12 3.ประเมินผลลัพธ์โดยใช้แบบบันทึกของผู้ป่วย และค่าความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้ง SBP และ DBP ทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2540
ชื่อผู้แต่ง	ปรีดา ปุนพันธ์ฉาย
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษา และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ของผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)
กลุ่มตัวอย่าง	ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษา และมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลมะการักษ์ และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
เครื่องมือ	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลหมวด ก.และข. หมวด ก. เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้ หมวด ข. เป็นข้อมูลที่เกี่ยวกับน้ำหนักตัว ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ยาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค เครื่องมือชุดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง และเป็นประเด็นในการพูดคุย และให้คำแนะนำแก่กลุ่มทดลอง 1.2 แบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2532) 1.3 เครื่องวัดระดับความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดชนิดตั้งโต๊ะ (desk model) แบบปรอท (Mercurial Sphygmomanometer) ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงจาก W.A.BAUM Co.,Inc. ประเทศสหรัฐอเมริกา 2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่คู่มือให้การแนะนำแบบมีส่วนร่วมเป็นคู่มือสำหรับผู้วิจัยในการให้คำแนะนำแก่กลุ่มทดลองโดยรวบรวมจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นคู่มือการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการภาวะแทรกซ้อน การรักษาตลอดจนหลักการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วม(ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนเพื่อแก้ปัญหา) ให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และทำให้ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคลดลงดังนี้ 1. คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วมดีกว่าก่อนการได้รับคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2. ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วม มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 3. ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคของกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำคู่มือให้การแนะนำแบบมีส่วนร่วม เป็นคู่มือสำหรับผู้วิจัยในการให้คำแนะนำแก่กลุ่มทดลองโดยรวบรวมจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นคู่มือการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาตลอดจนหลักการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มาปรับเป็นเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกความดันโลหิตสูง

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2544
ชื่อผู้แต่ง	สุภัณลินี ปรีชากุล
วัตถุประสงค์	1. ศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ไข และป้องกันปัญหาในการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care)

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. ศึกษาถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยวิธีการบริบาลทางเภสัชกรรม
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) แบบ pretest – posttest โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย และแบบบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และปัญหาการใช้ยาก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม เพื่อดูผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และผลการให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยโดยทั่วไปที่ไม่มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งเปิดให้บริการวันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.30 น. – 12 .00 น.ในช่วงเดือนมกราคม 2542 ถึงเดือนมีนาคม 2543 และมีคุณสมบัติดังนี้ 1.การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้ 1.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุโขทัยในช่วงเดือนมกราคม 2542 ถึงเดือนมีนาคม 2543 1.2 เป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาได้(un – controlled blood pressure) คือผู้ที่วัดค่าความดันโลหิตก่อนการศึกษา มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ / หรือมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป เป็นเวลา 3 เดือน 1.3 เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (noncompliance)ได้แก่การไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ และการไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โดยผู้ป่วยต้องมีปัญหาไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ซึ่งอาจพบปัญหาไม่ปฏิบัติตัวตามคำ

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	แนะนำในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจร่วมด้วย หรืออาจไม่พบปัญหาก็ได้ 1.4 เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้และความจำ คือเป็นผู้ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตประสาท ความจำเสื่อม หรือเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืม เพื่อสามารถศึกษาถึงผลดีของการให้ความรู้กับผู้ป่วยได้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา 1.5 เป็นผู้ที่บริหารยาเอง และอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้สามารถศึกษาถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ โดยไม่มีปัจจัยภายนอกมาเกี่ยวข้อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาทั้งหมด 120 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มการศึกษาละ 60 คน เพื่อชดเชยจำนวนที่อาจติดตามผลไม่ได้ หรือสูญหายไประหว่างการศึกษาได้ โดยสุ่มแบบ simple random sampling โดยการจับฉลากผู้ป่วยที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เข้ากลุ่ม 2 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 ให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาในรูปแบบการให้บริการตามปกติ กลุ่มที่ 2 ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมตามรูปแบบใหม่
เครื่องมือ	1.เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1.1 แบบบันทึกผลการติดตามการใช้ยาผู้ป่วยนอก 1.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทั่วไป ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.อุปกรณ์ที่ช่วยในการศึกษาได้แก่ 2.1แผ่นพับโรคความดันโลหิตสูง 2.2 คู่มือการให้คำแนะนำ และติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3.1 การให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาในรูปแบบการให้บริการตามปกติ 3.2 การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมตามรูปแบบใหม่
ผลการวิจัย	จากผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ การบริบาลทางเภสัชกรรมมีผลลดจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยา ตามคำแนะนำของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 90.5 และลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาได้ร้อยละ 75.0 ลดปัญหาการไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 88.7 และลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 73.3 เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการลดปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของการให้บริบาลทางเภสัชกรรม และการให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาแบบเดิม พบว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมมีประสิทธิภาพมากกว่า ($p < 0.05$) ส่วนผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยโดยการบริบาลทางเภสัชกรรมนั้นสามารถลดปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาได้ร้อยละ 87.9 และลดปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 88.5 เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการให้ความรู้กับผู้ป่วย พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมมีประสิทธิภาพมากว่าการให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาแบบเดิม ($p < 0.05$)
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแบบบันทึกข้อมูลการได้รับมาบันทึกการได้รับยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ นำมาใช้ในการติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**การเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการกลุ่ม 2 รูปแบบในโรงพยาบาลพระพุทธบาท**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2545

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้แต่ง	มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ และคำปรึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยวิธีการกลุ่ม 2 รูปแบบต่อระดับความดันโลหิต ความรู้และความร่วมมือในการรักษา
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research)
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระพุทธบาทระหว่างเดือนกรกฎาคม 2544 ถึงเดือนตุลาคม 2544 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าทำการศึกษา 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด 2. มีความดันโลหิตค่าบน ค่าล่าง หรือ ทั้งค่าบนและค่าล่าง ย้อนหลังทั้ง 3 ครั้งมากกว่า 140/90 ม.ม.ปรอท 3. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี 4. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงมาก่อน 5. สามารถสื่อสารได้เข้าใจ 6. ได้รับการสั่งใช้ยาลดความดันโลหิต 7. สมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์ในการไม่คัดเลือกผู้ป่วยเข้าทำการศึกษา 1. หญิงตั้งครรภ์ 2. ไม่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระพุทธบาทได้ต่อเนื่อง
เครื่องมือ	เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน 1. เครื่องวัดความดันโลหิต (Auscultatory Sphygmomanometer) 2. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD CARD) 3. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย 4. แบบวัดความรู้การปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสู

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	5. แบบบันทึกระดับความดันโลหิต 6. แบบวัดความคิดเห็นของผู้ป่วยในการเข้ากลุ่ม 7. เอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีการกลุ่ม 2 รูปแบบโดยทีมสุขภาพ แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ กลุ่มศึกษากลุ่มที่ 1 ได้รับความรู้และคำปรึกษาแบบกลุ่มจากทีมสุขภาพโดยให้แบบซ้ำๆ กลุ่มศึกษากลุ่มที่ 2 ได้รับความรู้และคำปรึกษาแบบกลุ่มจากทีมสุขภาพโดยแบ่งให้ 3 ครั้ง
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาภายหลังจากให้ความรู้และคำปรึกษาครบ 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่มควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น โดยเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตซิสโตลิค และไดแอสโตลิคก่อนและหลังให้ความรู้ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่กลุ่มศึกษาทั้งสองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนความรู้ของกลุ่มศึกษา 1 และ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูงมาให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**ผลของการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2549
ชื่อผู้แต่ง	มีนา เพชรมี
วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. เพื่อศึกษาถึงระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ 3. เพื่อศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์สั่ง
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียวและวัดผลก่อนและหลัง (One-Group Pretest – Posttest Design) โดยศึกษาถึงผลความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบระหว่างการใช้ภาชนะบรรจุยาแบบดั้งเดิมและภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ของโรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 31 ตุลาคม 2548 เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การศึกษา มีดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับยารับประทานเพื่อลดความดันโลหิต หรือได้รับยาลดความดันโลหิตร่วมกับยารับประทานชนิดอื่นๆ โดยมีจำนวนรายการยาตั้งแต่ 2 ชนิด ขึ้นไป 2. ผู้ป่วยที่สามารถกลับมาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ได้ เกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกผู้ป่วยออกจากกรณีศึกษา มีดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ไม่กลับมาพบแพทย์ตามนัด 2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจกัน
เครื่องมือ	1. ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ ซึ่งทำให้อยู่ในรูปแบบซองพลาสติกบรรจุยาที่สามารถปิดเปิดได้ จัดทำให้อยู่ในรูปแผงปฏิทินการใช้ยาในแต่ละวัน ตามเวลาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาแผงละ 7 วัน และบรรจุในแฟ้มพลาสติก 2. ตารางบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วย แยกตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 4. แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินโดยวิธีนับเม็ดยาประกอบด้วยวันที่ที่ผู้ป่วยมาตรวจ วันที่ที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา จำนวนยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน จำนวนยาที่เหลือในวันที่มาติดตามผลการรักษา ค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในวันที่มาติดตามผลการรักษา 5. แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินจากตารางบันทึกการรับประทานยา ประกอบด้วยวันที่ที่ผู้ป่วยมาตรวจ วันที่ที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา จำนวนครั้งทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจนถึงวันที่มาติดตามผลการรักษา ค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในวันที่มาติดตามผลการรักษา 6. แบบบันทึกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแพทย์สั่ง
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความร่วมมือในการรับประทานยาจากภาชนะบรรจุยารูปแบบดั้งเดิม สำหรับผลของภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่าค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบในช่วง 3 เดือนภายหลังการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ลดลงจากค่าความดันโลหิตพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายพบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความดันโลหิตพื้นฐาน ขณะใช้ภาชนะบรรจุยารูปแบบดั้งเดิม ผู้ป่วยรายงานว่าสาเหตุเกิดจากได้รับยาจำนวนหลายรายการจำนวน 8 ครั้ง (ร้อยละ 8.2) และต้องรับประทานยาหลายเวลาต่อวันจำนวน 7 ครั้ง (ร้อยละ 7.2) แต่เมื่อใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้แล้วไม่มีผู้ป่วยรายใดรายงานว่าเกิดความสับสนเนื่องจากได้รับยาหลายรายการ ส่วนสาเหตุจากความสับสนเนื่องจากต้องรับประทานยาหลายเวลาต่อวันผู้ป่วยรายงานลดลงเหลือ 2 ครั้ง (ร้อยละ 2.3) จากการศึกษาพบว่าการใช้

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้มีข้อจำกัด คือ ภาชนะบรรจุยามีขนาดใหญ่ และการจัดยาให้อยู่ในรูปแบบภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้เป็นขั้นตอนที่ใช้เวลา
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินโดยวิธีนับเม็ดยา แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินจากตารางบันทึกการรับประทานยา มาประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาทุกเดือน เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อไป

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเองต่อความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการยาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2550
ชื่อผู้แต่ง	นนทรัตน์ สถาวีรพงษ์
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเองต่อความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการยาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 35 – 59 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 จำนวน 64 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งกลุ่มด้วยวิธีการจับคู่กลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการ

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	พยาบาลตามปกติ ผู้ที่ถูกคัดเลือกมีคุณสมบัติดังนี้ 1. ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 35 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต 3. มีค่าความดันโลหิต $\geq$ 140/90 ม.ม.ปรอท อย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วง 1-3 เดือนก่อนที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ 4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่นโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ และประสาทตาเสื่อม 5. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น และการพูด 6. สามารถพูดภาษาไทยได้ 7. เต็มใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ 8. มีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยการวัดระดับคะแนนความสม่ำเสมอในการกินยา (MARS) ได้ $\leq$ 20 คะแนน ผู้ที่ไม่ถูกคัดเลือกมีคุณสมบัติดังนี้ 1. ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และตั้งครรภ์ 2. ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับการรักษาโดยการนอนในโรงพยาบาล
เครื่องมือ	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล 1.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต โดยใช้ของ Supaporn Neawbood (2005) 1.3 แบบสอบถามความสามารถในการบริหารจัดการยาด้วยตนเอง พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยการจัดการเรื่องยาโดยใช้ทฤษฎีของโอเร็ม (Orem. 2001)

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	1.4 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยา (MARS) พัฒนาโดย Rob Horne (1996) 1.5 แบบวัดทางกายภาพ โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ 2. โปรแกรมการบริหารจัดการยาด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย power point นำเสนอความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและการใช้ยา , ผลข้างเคียงของยาและการจัดการ กล่องยาเม็ด สมุดประจำตัวผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และจดหมายติดตาม
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาพบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต ความสามารถในการบริหารจัดการยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มสูงขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับโปรแกรม และช่วงเวลาที่วัด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต ความสามารถในการบริหารจัดการยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และระดับความดันโลหิตในช่วงเวลาที่วัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยา (MARS) พัฒนาโดย Rob Horne (1996) มาใช้ในการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**ผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ.2551
ชื่อผู้แต่ง	พนิดา จันดา

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการได้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเอง 3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาก่อนและหลังการได้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเอง 4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิคก่อนและหลังการได้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเอง 5. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล 6. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล 7. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Groups Design)
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจันตคาม มีคุณลักษณะดังนี้

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	1. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ได้แก่โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต 2. มีอายุตั้งแต่ 40 – 65 ปี 3. รักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง 4. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 5. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี
เครื่องมือ	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิดคือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง - แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง กระบวนการกลุ่ม และการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) - แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น - คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสร้างเนื้อหาสั้นๆที่จำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรค มีภาพประกอบทำให้เข้าใจง่ายผู้ป่วยสามารถจดจำ และนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น สะดวกที่จะเรียนรู้ได้ด้วยตนเองเมื่อมีข้อสงสัยสามารถเปิดหนังสือทบทวนได้ทุกครั้ง และเหมาะสมกับผู้ใหญ่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ซึ่งอาจจะมีความจำลดลง การมีเอกสารอ่านทำให้สามารถอ่านทบทวนได้เมื่อต้องการ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะเริ่มต้นและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง - เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดชนิดตั้งโต๊ะ แบบปรอท 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ส่วนที่ 1 คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 คือแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 24 ข้อ และด้านการรับประทานยาจำนวน 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราและเอกสาร
ผลการวิจัย	ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนค่าระดับความดันโลหิตกลุ่มที่ได้รับรูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับรูปแบบกระบวนการกลุ่ม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาใช้ในการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2547
ชื่อผู้แต่ง	สวัสดิ์ เที่ยงธรรม
วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างแรงจูงใจในการรักษา และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง	ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาจนถึงปัจจุบัน และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยสำรวจจากเวชระเบียน ปีพ.ศ.2545 มีจำนวนทั้งหมด 1,160 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 คน โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1. อายุระหว่าง 18-60 ปี 2. สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้ 3. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ สามารถสนทนาโต้ตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหูแว่วประสาทหลอนที่รุนแรง หรือมีความผิดปกติทางสมอง รับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลดี (วัดโดยใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและปัญญาอ่อน ของกรมสุขภาพจิต. 2542) 4. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
เครื่องมือ	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามสามส่วน คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ในการจ่าย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้นำมาจากแบบสอบถามแรงจูงใจในการรักษา (Treatment Motivation Questionnaire) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเองของ เดซี่ และไรอัน(Deci & Ryan, 1991) พัฒนาเครื่องมือโดย ไรอัน , แพลน และ โอมัลเลย์ (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995) แปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงโดย สวัสดิ์ เที่ยงธรรม และภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ (2546) 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของสาธุพร

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	พุฒขาว (2541) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ของจารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528) ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ และความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83 และ .80 ตามลำดับ
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับสูงคือ 93.3 % ($\bar{X}$ = 138.4 , SD = 21.1) , การรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับสูงคือ 82.3 % ($\bar{X}$ = 138.4 , SD = 21.1) แต่พบว่า แรงจูงใจการรักษา และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่มีความสัมพันธ์กัน
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษามาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทุกเดือน เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อไป

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ.2548
ชื่อผู้แต่ง	สุภาพร แนวบุตร
วัตถุประสงค์	1. เพื่อบรรยายการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตดอนมดแดง 2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านประชากร (อายุ การศึกษา เพศ และรายได้) ตัวแปรด้านองค์ประกอบ (ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการใช้ยา) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตดอนมดแดง 3. เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้าน

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประชากร (อายุ การศึกษา เพศ และรายได้) ตัวแปรด้านองค์ประกอบ (ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการใช้ยา) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตดอนมดแดง
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross - sectional study)
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลดอนมดแดง 157 คน และรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดอนมดแดง 23 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ผู้ที่ถูกคัดเลือกมีคุณสมบัติดังนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงโดยแพทย์ และนัดมาที่โรงพยาบาลดอนมดแดง หรือศูนย์สุขภาพชุมชนดอนมดแดงที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลดอนมดแดง อย่างน้อย 2 ครั้ง 2. ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ที่ถูกคัดออก คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ รวมทั้งมีปัญหาการได้ยิน และมีความสับสน ซึ่งได้รับการคัดกรอง โดยการทดสอบความจำเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล
เครื่องมือ	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสำรวจ 5 ชุดดังนี้ 1. แบบสำรวจตัวแปรด้านประชากร : รวบรวมข้อมูลด้านอายุ เพศ การศึกษา รายได้ และผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต 2. แบบวัดการกินยาอย่างสม่ำเสมอ : คือการรายงานเกี่ยวกับตนเองด้านการกินยาต่อเนื่องโดยใช้ Visual analog scale (VAS) วัดการกินยาต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดย Walsh and colleagues (2002) 3. เครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยา : โดยพัฒนามาจากเครื่องมือของ Maneesriwongul and colleagues (2004) 4. เครื่องมือวัดการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ : โดยพัฒนามาจากเครื่องมือของ Maneesriwongul and colleagues (2004)

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	5. การสนับสนุนทางสังคม : โดยพัฒนามาจากเครื่องมือของ Maneesriwongul and colleagues (2004)
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการกินยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมออยู่ระหว่างร้อยละ0 ถึงร้อยละ100 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 89.9 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.9 โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 87.2 กินยาลดความดันโลหิตได้อย่างสม่ำเสมอดี ($\geq$ 80% ของดัชนีการกินยาสม่ำเสมอ) และผู้ป่วยร้อยละ 12.8 กินยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ (< 80% ของดัชนีการกินยาสม่ำเสมอ) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่เพศ ($p < .05$) อาการข้างเคียงของยา ($p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยา ($p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($p < .01$) และพบว่าความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยา และระดับการศึกษาร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 19.7
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแบบแบบสำรวจตัวแปรด้านประชากรเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมาปรับใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย และประเมินปัจจัยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**การนำแนวคิดการสัมภาษณ์และเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2550
ชื่อผู้แต่ง	อัครเดช กลิ่นพิบูลย์
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษากระบวนการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์และเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการศึกษาอิสระ นำเอาผลงานวิจัยมาใช้

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง	การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาผู้ป่วยอายุ 20-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยจิตเวชชาย 1 โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี ทั้งนี้เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และอาการทางจิตทุเลา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 21 คน ระหว่างวันที่ 3 กันยายน 2549 – 11 มกราคม 2550
เครื่องมือ	เครื่องมือวัดประกอบไปด้วย 1. มาตรวัดอาการทางบวกและอาการทางลบ (Positive and Negative Symptom Scale: PANSS-T) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต 2. แบบประเมินสภาวะทางจิตชนิดสั้น (Mini mental status examination) พัฒนาโดยดรุณี ภู่ขาว 3. แบบบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ เป็นแบบที่ใช้สัมภาษณ์ประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 4. แบบประเมินตามระยะการเปลี่ยนแปลง ผู้ศึกษาแปลมาจาก Practical Steps to Smoking Cessation for Recovering Alcoholics ของ Helen และคณะ (1998) 5. แบบประเมินร่างกายทั่วไป 6. แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test) 7. แบบประเมินประเภทการติดบุหรี่ (Typology for smoker) 8. แบบสอบถามเพื่อประเมินแรงจูงใจ เป็นแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ศึกษาแปลมาจากการพัฒนาของบีเนอร์ และ อาดาม (Biener ner Adams, 1991 cite in Simmons Vani Nath, 2004) 9. แบบสังเกตการณ์ 1 เดือนแรก และเดือนที่ 3 เป็นแบบติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้บำบัดใช้ประเมินผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 ครั้ง แบบสังเกตการณ์นี้ผู้ศึกษาแปลมาจากแนวทางปฏิบัติแนวทางปฏิบัติทั่วไปสำหรับ

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	การลด / เลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเวช (SANE Australia, 2001) 10. แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้การบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองเพื่อใช้ประเมินความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการบำบัดหลังเสร็จสิ้นกลุ่มครั้งสุดท้าย 11. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน ต่อการบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่โดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้สอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากบุคลากรในหอผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นโครงการ
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 21 คน มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในระดับที่ 6.80 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะอยู่ในโปรแกรมมี 9 คนที่ทดลองหยุดสูบบุหรี่ขณะอยู่ในโปรแกรม ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วย 14 คนยังคงลดการสูบบุหรี่ลง อีก4 คนหยุดสูบ และในระยะ 3 เดือน มีผู้ป่วยลดการสูบบุหรี่ 13 คน หยุดสูบ 4 คน
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแบบสอบถามเพื่อประเมินแรงจูงใจ เป็นแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มาปรับใช้ในการประเมินแรงจูงใจ เพื่อให้การสัมภาษณ์และเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้ และนำมาใช้เพื่อกระตุ้นทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 9 เดือน ในเรื่องการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อให้การสัมภาษณ์และเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**คู่มือการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างแรงจูงใจ**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2549
ชื่อผู้แต่ง	อรัญญา แพจุ้ย (แปลมาจากงานของ Miller, W.R. and Rollnic, S. 2002)

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการฯให้กับบุคลากรภายในหน่วยงาน และนำไปใช้ในการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา ณ.ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2548
เนื้อหา	เนื้อหาประกอบด้วย 1. ความรู้พื้นฐานสำหรับการให้การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ 2. หลักการให้การปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ 3. แนวทางการประยุกต์ใช้ MI 4. เครื่องมือในการสร้างแรงจูงใจ
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแนวทางประยุกต์ใช้ MI (Motivation interviewing)ให้เข้ากับขั้นตอนต่างๆของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตามระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ประเมินได้

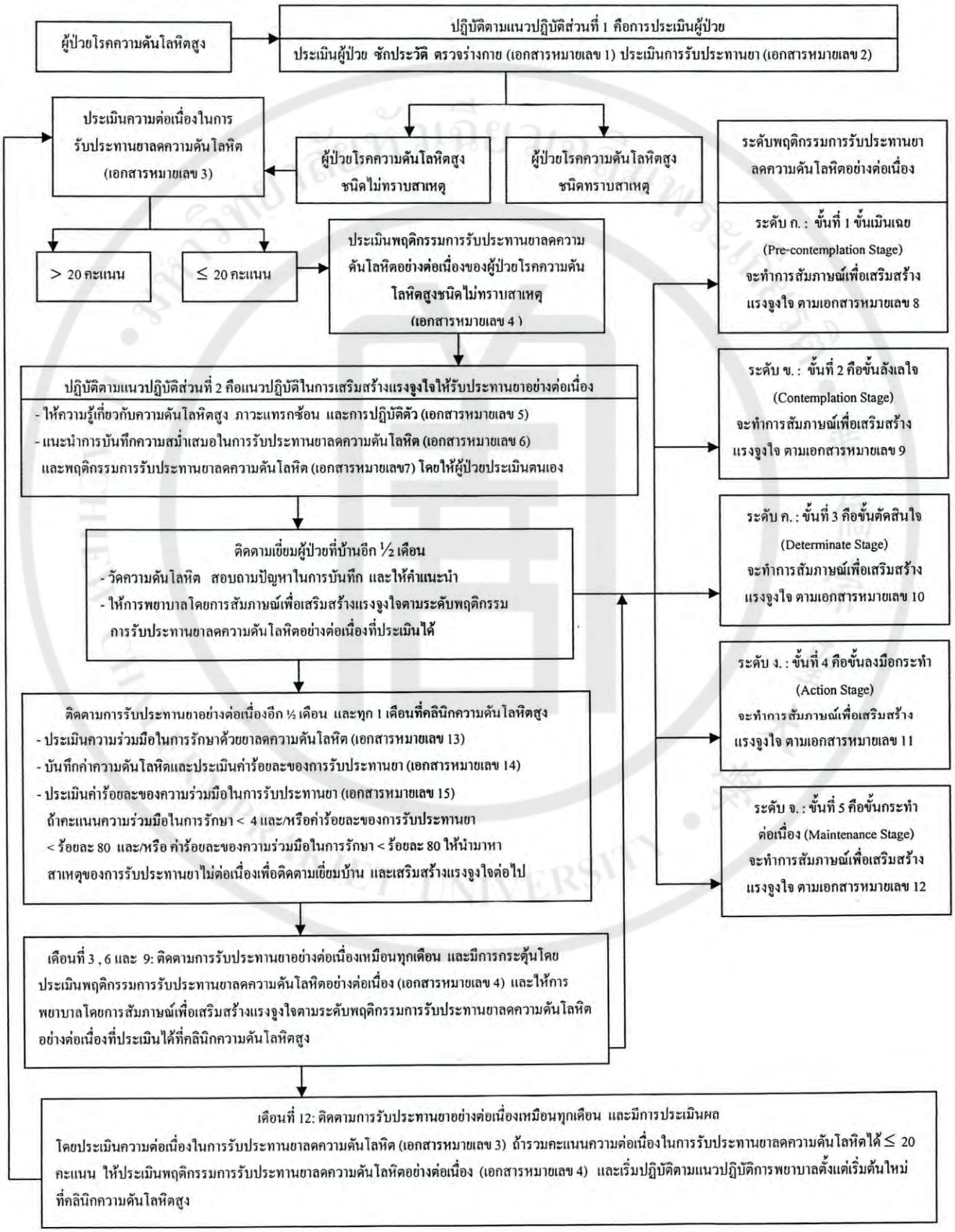
หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	**คู่มือสำหรับผู้ให้การปรึกษา หลักสูตรการปรึกษาเพื่อความร่วมใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์**
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2548
ชื่อผู้แต่ง	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (แปลมาจากงานของ Miller WR. 2001)
วัตถุประสงค์	พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ การเข้าถึงบริการในโครงการต้านยาไวรัส มีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ปัญหาที่พบจากโครงการยาต้านไวรัสส่วนใหญ่เป็นเรื่องการใช้ยาไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของ

ตารางการวิเคราะห์หลักฐานและงานวิจัย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ เช่น การไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือเพื่อนร่วมงาน ลักษณะการทำงานที่ไม่สะดวกต่อการรับยา งานที่เร่งรีบอาจเป็นสาเหตุของการลืม หรือแม้แต่ผลข้างเคียงของยาที่ทำให้ทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการดื้อยา และอีกปัจจัยที่สำคัญ คือคุณภาพของการให้การปรึกษาที่ไม่ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ได้ตัดสินใจภายใต้ปัจจัยสังคมจิตวิทยาของตนเอง หรือแม้แต่การขาดแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาตามมามากมาย ผู้ให้การปรึกษาจึงจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เกิดความมั่นใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง จนทำให้การใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่ขัดขวางการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม
เนื้อหา	เนื้อหาประกอบด้วย 1. การสร้างแรงจูงใจ 2. แรงจูงใจและความร่วมใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ 3. วิธีการเฉพาะของการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ 4. สรุปแนวทางการให้การปรึกษาเพื่อความร่วมใจในการกินยา 5. เครื่องมือเพื่อสร้างความร่วมใจ
ส่วนที่สกัดมาใช้	นำแนวทางการให้การปรึกษาเพื่อเพิ่มความร่วมใจในการกินยามาใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนต่างๆของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ประเมินได้

ผนวก ข.

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง



สรุปเอกสารที่ใช้ในแนวปฏิบัติการพยาบาล(CNPG)สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 1 การประเมินผู้ป่วย	
เอกสารหมายเลข 1	1.1 การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 2	1.2 การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 3	1.3 การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 4	1.4 การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับพยาบาล)
ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	
เอกสารหมายเลข 5	คู่มือให้ความรู้ผู้ป่วยที่คลินิกความดันโลหิตสูง (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 6	แบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับผู้ป่วย)
เอกสารหมายเลข 7	แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับผู้ป่วย)
เอกสารหมายเลข 8	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นเมินเฉย (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 9	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นลังเลใจ (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 10	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นตัดสินใจ (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 11	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นลงมือกระทำ (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 12	การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในขั้นกระทำต่อเนื่อง (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 13	แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 14	แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับพยาบาล)
เอกสารหมายเลข 15	แบบบันทึกค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับพยาบาล)

แนวปฏิบัติการพยาบาล(CNPG)สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัตินี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การประเมินผู้ป่วย

เอกสารหมายเลข 1

1.1 การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง

ประเมินวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....

บ้านเลขที่..... เบอร์โทรศัพท์.....

สิทธิการรักษา.....เลขที่โรงพยาบาล.....

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบันรวม.....ปี

ระดับความดันโลหิตจากการตรวจครั้งนี้ = ...มิลลิเมตรปรอท ชีพจร = ...ครั้ง/นาที

ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆ หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ☐ เบาหวาน ☐ ไต ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ โรคอื่นๆ ระบุ.....

ท่านรักษาความดันโลหิตต่อเนื่องหรือไม่

☐ ต่อเนื่อง เหตุผล.....

☐ ไม่ต่อเนื่อง เหตุผล .....

ท่านมีวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ☐ ซื้อยามารับประทานเอง

☐ รักษาหมอพื้นบ้าน ☐ ไปคลินิก

☐ โรงพยาบาลเอกชน ☐ อื่นๆ ระบุ .....

ก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ ท่านเคยรับการรักษาที่อื่นมาก่อนหรือไม่

☐ เคย ระบุสถานที่.....

☐ ไม่เคย

ใครคือผู้ดูแลการรับประทานยาของท่านเป็นส่วนใหญ่

☐ ดูแลตัวเอง

☐ ญาติช่วยดูแล

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ท่านสามารถไปตรวจตามนัด

☐ ได้

☐ ไม่ได้ เพราะ.....

ญาติสามารถพาท่านไปตรวจตามนัด

☐ ได้

☐ ไม่ได้ เพราะ.....

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ • 華僑崇聖大學 • HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY •

เอกสารหมายเลข 2

1.2 การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต

วันที่มารับการตรวจรักษา.....

วันที่นัดมาตรวจครั้งต่อไป.....

กลุ่มยา / ชื่อยา	จำนวนที่แพทย์สั่ง (เม็ด)	ขนาดและเวลาที่รับประทาน	จำนวนที่เหลือ (เม็ด)	อาการข้างเคียงที่พบในผู้ป่วย
☐ กลุ่ม Diuretic ชื่อยา.....				
☐กลุ่ม β - blockers ชื่อยา.....				
☐กลุ่ม Vasodilator ชื่อยา.....				
☐ กลุ่ม CCBs ชื่อยา.....				
☐กลุ่ม ACEIs ชื่อยา.....				
☐กลุ่ม ARBs ชื่อยา.....				
☐กลุ่ม α - blockers ชื่อยา.....				
☐ กลุ่ม α - agonists ชื่อยา.....				
☐ กลุ่ม ชื่อยา.....				
☐ กลุ่ม ชื่อยา.....				
☐ กลุ่ม ชื่อยา.....				
รวมจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาทั้งหมด = ...ครั้ง / เดือน				

เอกสารหมายเลข 3

1.3 การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ข้อ	ลักษณะการรับประทานยาลดความดันโลหิตของคุณ	ประจำ (1)	บ่อยๆ (2)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (4)	ไม่เคย (5)
1.	ฉันลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต					
2.	ฉันเปลี่ยนแปลงขนาดยาลดความดันโลหิต					
3.	ฉันหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นบางครั้ง					
4.	ฉันตัดสินใจหยุดการรับประทานยาลดความดันโลหิตเอง					
5.	ฉันรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง					

รวมคะแนนความต่อเนื่องในการรับประทานยา = ... คะแนน

หมายเหตุ : คำถามมีทั้งหมด 5 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 5 คะแนน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รวมคะแนนความต่อเนื่องในการรับประทานยา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เอกสารหมายเลข 4) ต่อ

HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

เอกสารหมายเลข 4

1.4 การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตของท่าน

ระดับพฤติกรรม / เดือนที่ประเมิน	ประเมินครั้งแรก วันที่.....	ประเมิน 3 เดือน วันที่.....	ประเมิน 6 เดือน วันที่.....	ประเมิน 9 เดือน วันที่.....	ประเมิน 12 เดือน วันที่.....
ระดับ ก. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตเมื่อมีอาการเท่านั้น เมื่อหายดีก็จะไม่รับประทาน					
ระดับ ข. ท่านรู้ว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นเรื่องสำคัญ แต่ยังไม่อยากรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง					
ระดับ ค. ท่านมีความคิดว่าควรรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง แต่ท่านยังไม่พร้อม					
ระดับ ง. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่อง แต่บางครั้งมีปัญหาในการรับประทานยาลดความดันโลหิต และยังแก้ปัญหาไม่ได้					
ระดับ จ. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง โดยมีวิธีการแก้ปัญหา หรือเตือนตนเองเพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต					

หมายเหตุ : ระดับ ก หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 1 คือขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation Stage) : พยาบาลทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามเอกสารหมายเลข 8

ระดับ ข หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 2 คือขั้นลังเลใจ (Contemplation Stage) : พยาบาลทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามเอกสารหมายเลข 9

ระดับ ค หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 3 คือขั้นตัดสินใจ (Determinate Stage) : พยาบาลทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามเอกสารหมายเลข 10

ระดับ ง หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 4 คือขั้นลงมือกระทำ (Action Stage) : พยาบาลทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามเอกสารหมายเลข 11

ระดับ จ หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในขั้นที่ 5 คือขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance Stage) : พยาบาลทำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามเอกสารหมายเลข 12

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นรายกลุ่มที่คลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศรีประจันต์ **(เอกสารหมายเลข 5)** แจกแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 6)** และแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 7)** แนะนำการบันทึก และนัดหมายพบกันครั้งต่อไป (อีก ½ เดือนที่บ้านผู้ป่วย)

2) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอีก ½ เดือน หลังจากที่ได้พบกันครั้งแรก และปฏิบัติดังนี้

- วัดความดันโลหิต สอบถามปัญหาในการบันทึก และให้คำแนะนำ
- ให้การพยาบาลโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้ดังนี้ **(ระดับ ก ใช้เอกสารหมายเลข 8 ระดับ ข ใช้เอกสารหมายเลข 9 ระดับ ค ใช้เอกสารหมายเลข 10 ระดับ ง ใช้เอกสารหมายเลข 11 ระดับ จ ใช้เอกสารหมายเลข 12)** คือ ในขั้นที่ 1-3 ให้การช่วยเหลือโดยหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน แต่ถ้าเป็นขั้นที่ 4 และ 5 จะต้องให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- นัดหมายพบกันอีก ½ เดือน ที่คลินิกความดันโลหิตสูง

3) ติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน ที่คลินิกความดันโลหิตสูงโดยพยาบาล

- ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต **(เอกสารหมายเลข 13)**
- บันทึกค่าความดันโลหิตและประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 14)**
- ประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 15)**

นำเอกสารหมายเลข 13 , 14 และ 15 มาแปลผลความร่วมมือในการรักษา ร้อยละของการรับประทานยา และร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาตามลำดับ ถ้าคะแนนความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า 4 และ/หรือ ค่าร้อยละของการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 และ/หรือ ค่าความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 ต้องนำมาหาสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรักษาและรับประทานยา เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

4) นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการติดตามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน เพื่อดูความก้าวหน้า และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะละ 3 เดือน ที่คลินิกความดันโลหิตสูง ดังนี้

4.1) ระยะที่ 1 , 2 และ 3 ห่างจากที่พบผู้ป่วยครั้งแรกทุก 3 เดือน , 6 เดือน และ 9 เดือน ตามลำดับ ติดตามประเมินความก้าวหน้า และกระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันดังนี้

- ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต **(เอกสารหมายเลข 13)**

- บันทึกค่าความดันโลหิตและประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 14)**

- ประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 15)**

- ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 4)**

- กระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ตามระดับขั้นที่ประเมินได้ **(ระดับ ก ใช้เอกสารหมายเลข 8 ระดับ ข ใช้เอกสารหมายเลข 9 ระดับ ค ใช้เอกสารหมายเลข 10 ระดับ ง ใช้เอกสารหมายเลข 11 ระดับ จ ใช้เอกสารหมายเลข 12)** คือ ในขั้นที่ 1-3 ให้การช่วยเหลือโดยหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน แต่ถ้าเป็นขั้นที่ 4 และ 5 จะต้องให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4.2) ระยะที่ 4 เมื่อครบ 1 ปี จะมีการประเมินผลดังนี้

- ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต **(เอกสารหมายเลข 13)**

- บันทึกค่าความดันโลหิตและประเมินค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 14)**

- ประเมินค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 15)**

- ประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต **(เอกสารหมายเลข 3)** ถ้ารวมคะแนนความต่อเนื่องในการรับประทานยาได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ **(เอกสารหมายเลข 4)** ต่อ และเริ่มปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นใหม่

เอกสารหมายเลข 5

คู่มือให้ความรู้ผู้ป่วยที่คลินิกความดันโลหิตสูง

เรื่อง ความรู้ทั่วไปและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สถานที่ คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตน

การนำเสนอ นำเสนอเป็นรูปแบบ Power point ระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหา

ความดันโลหิตสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และหูฟัง ค่าที่วัดได้มี 2 ค่าคือ ค่าความดันโลหิตตัวบน ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงการทำงานของหัวใจ ในการสูบฉีดโลหิตผ่านหลอดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย และความดันโลหิตตัวล่าง ซึ่งเป็นค่าของแรงดันเลือดขณะหัวใจคลายตัวเพื่อรับเลือดเข้าสู่หัวใจมีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท

ค่าความดันของคนปกติโดยทั่วไปประมาณ 120/80 มิลลิเมตรปรอท แต่จะสูงหรือต่ำกว่านี้ได้ขึ้นอยู่กับอายุและกิจกรรมที่ทำในขณะนั้น เช่นขณะทำงานเหนื่อย ค่าของความดันโลหิตจะสูงกว่าเมื่อพักผ่อนนอนหลับ การวัดได้ค่าความดันโลหิตสูงในครั้งแรก ไม่ได้หมายความว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องวัดซ้ำอีก หากระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จากการวัดห่างกัน 1 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น

1. หลอดเลือดตีบแคบ และขาดความยืดหยุ่น เช่นจากการมีไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือด การกระตุ้นของสารบางชนิด ที่เกิดจากความเครียด จากความชรา เป็นต้น

2. การทำงานของหัวใจที่มากขึ้น เช่นโรคหัวใจบางชนิด

3. ปัจจัยอื่นๆที่พบว่าทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เช่นความอ้วน การดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก

อาการ : ส่วนมากไม่พบอาการผิดปกติ จะพบเมื่อควบคุมโรคไม่ดีจนเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นนั่นเอง คือ อาการปวดศีรษะ ตามัว เจ็บหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้แก่

1. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือหัวใจวาย จะมีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก

2. สมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้มีอาการชา เป็นอัมพาต หรือตายได้

3. ไตวาย จะมีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ต้องตื่นมาปัสสาวะหลายครั้ง ถ้าเป็นมาก จะปัสสาวะออกน้อย

4. ประสาทตาเสื่อม ทำให้ตาพร่ามัว

การเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดช้า บางคนเกิดขึ้นเร็ว หรือบางคนไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลยตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการรักษา และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนั้น

การรักษาอาจทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ระดับหนึ่ง การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยการรับประทานยา และปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรคไปตลอดชีวิต

หลักการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สรุปได้ 6 แนวทาง คือ

1. การรับประทานยา
2. การควบคุมอาหาร
3. การควบคุมน้ำหนักตัว
4. การออกกำลังกายและการพักผ่อน
5. การเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง
6. การมาตรวจตามนัด

แนวทางการปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา

<u>เป้าหมาย</u> : ให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

1. ก่อนรับประทานยา ตรวจสอบชนิดของยา และจำนวนให้ถูกต้อง

2. รับประทานยาให้ตรงเวลาทุกวัน หากลืมมื้อใดมื้อหนึ่ง ให้งดมื้อนั้นไป ไม่ควรรับประทาน 2 ชุดในมื้อต่อไป

3. ควรนำยาติดตัวไปด้วยทุกครั้งที่เดินทางไกล

4. เมื่อเกิดอาการผิดปกติ ขณะรับประทานยา เช่น อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับไอ หรือมีผื่นแพ้ ควรรีบมาปรึกษาแพทย์

5. มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยาอย่างสม่ำเสมอ หากมาไม่ได้ ให้ผู้อื่นนำบัตรผู้ป่วยมารับยาแทน และควรวัดความดันโลหิตมาด้วย

6. ไม่ควรนำยาของผู้ป่วยอื่นมารับประทาน หรือซื้อยามารับประทานเอง เพราะยาลดความดันโลหิต มีหลายชนิด แต่ละชนิดให้ผลไม่เหมือนกัน

7. ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง หากมีปัญหาควรปรึกษาแพทย์ก่อน

แนวทางการปฏิบัติตนด้านการควบคุมอาหาร

<u>เป้าหมาย</u> : ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรค

1. ลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้ไขมันชนิดอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันสัตว์ เนยสด เนยเทียม กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ซึ่งพบได้ในอาหารประเภท นม ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารทอดน้ำมัน หรืออาหารคาวหวานที่ใส่กะทิมันๆ เป็นต้น เนื่องจากไขมันชนิดนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด

2. ใช้น้ำมันแต่น้อยในการประกอบอาหาร และควรใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง ยกเว้นน้ำมันปาล์ม เป็นต้น สำหรับนมที่ควรดื่ม คือนมพร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลือง

3. ไม่เติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลาซีอิ้ว ในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว เนื่องจากอาหารที่มีรสเค็ม มักมีโซเดียมสูง ซึ่งโซเดียมนี้ทำให้ร่างกายกักน้ำมากขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4. ลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงแต่งด้วยโซเดียม เช่นอาหารที่ใส่ผงชูรส ผงฟูที่มีในขนมปัง ขนมเค้ก อาหารกระป๋อง ผงกันบูด อาหารกึ่งสำเร็จรูปต่างๆ ปลาเค็มและของดองทุกชนิด

5. รับประทานผักทุกมื้อในรูปของผักสด เช่น ส้มตำ ยำต่างๆ เพราะผักสดมีวิตามินและกากใยมากกว่าผักที่สุกแล้ว นอกจากนี้ ควรรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ ชมพู่ ให้มาก แต่ต้องลด หรือหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ผักและผลไม้มีโปแตสเซียมที่ช่วยรักษาสมดุลในร่างกาย และยังมีกากใยสูง ช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระดี ไม่เป็นการเพิ่มภาระให้หัวใจทำงานมากขึ้นเมื่อเกิดท้องผูก

แนวทางการปฏิบัติตนด้านการควบคุมน้ำหนักตัว

<u>เป้าหมาย</u> : ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินสามารถวางแนวทางการปฏิบัติตนไม่ให้น้ำหนักเพิ่ม และมีแนวโน้มลดลงสู่ระดับปกติ

1. รับประทานอาหาร 3 มื้อหลักพออิ่ม ไม่รับประทานจุบจิบ แต่สามารถรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด ในระหว่างมื้ออาหารได้

2. งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารทุกชนิดที่ให้พลังงานสูง เช่นอาหารที่ประกอบจากไขมันสัตว์ กะทิ แป้ง น้ำตาล ซึ่งมักอยู่ในรูปของขนมหวาน น้ำอัดลม แกงกะทิ อาหารทอด

3. ออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

4. ไม่ซื้อยาลดน้ำหนักตัวมารับประทานเองเพราะยาบางชนิดจะกระตุ้นให้หัวใจทำงานมากขึ้น

แนวทางการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน

<u>เป้าหมาย</u> : ผู้ป่วยมีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่เหมาะสมกับตนเอง

1. เลือกกิจกรรมการออกกำลังกาย ที่สนใจ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม (ในการออกกำลังกาย) แต่ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน เพราะผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมาก แพทย์จะแนะนำให้งดออกกำลังกายจนกว่าจะควบคุมได้ การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือการเดินเร็วให้เหงื่อออก ควรปฏิบัติทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือจะออกกำลังกายโดยวิ่งเหยาะ หรือถีบจักรยานก็ได้ การออกกำลังที่ไม่เหมาะสมคือ
การที่ต้องใช้แรงมากๆ เช่นยกของหนัก หรือออกแรงดึง หรือผลักแรงๆ เพราะจะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น

2. เริ่มออกกำลังกายเบาๆวันละ 10 นาที และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นวันละ 15-30 นาที การทำงานบ้านบางอย่าง เช่นกวาดบ้าน ถูบ้าน เดินขายของ ไม่ถือว่าเป็นการออกกำลังกายเพราะไม่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด

3. หาเวลานั่งหรือนอนพักผ่อน ในช่วงกลางวัน และนอนหลับในช่วงกลางคืน

แนวทางปฏิบัติตนด้านการเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ซึ่งได้แก่ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด

<u>เป้าหมาย</u> : ผู้ป่วยปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยง

1. ควบคุมน้ำหนักตัว โดยการปฏิบัติตนด้านการควบคุมน้ำหนักตัวดังกล่าวข้างต้น หากน้ำหนักตัวลดลงระดับความดันโลหิตจะลดลงด้วย

2. งดหรือลดการสูบบุหรี่ลงทีละน้อย จนสามารถเลิกได้ ส่วนคนที่ไม่สูบบุหรี่ ควรหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่จากผู้อื่น

3. ในผู้ที่ดื่มสุราจัด ค่อยลดปริมาณลงจนเหลือไม่เกิน 30 ซีซีต่อวัน นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ ยาดองเหล้า เป็นต้น

4. วิธีผ่อนคลายอารมณ์ เมื่อเกิดความตึงเครียด เช่นการสวดมนต์ นั่งสมาธิ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ หางานอดิเรกทำ พูดคุยหรือการท่องเที่ยวกับคนสนิท เป็นต้น

แนวทางการปฏิบัติตนด้านการมาตรวจตามนัด

<u>เป้าหมาย</u> : ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

1. มาตรวจให้ตรงตามกำหนดนัดทุกครั้ง เพื่อให้พบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค แพทย์จะได้ปรับขนาดยาตามความเหมาะสม และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2. หากมีอาการผิดปกติ หรือมาไม่ได้ตามนัด ให้มาพบแพทย์ก่อนได้

3. หากมาพบแพทย์ด้วยตนเองไม่ได้ อาจให้ผู้อื่นมารับยาแทนได้ โดยฝากบอกเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพถึงอาการในช่วงเวลาที่ผ่านมา

สรุปแล้วความดันโลหิตเกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วไม่ทราบสาเหตุ จึงเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องรักษาตลอดชีวิต โดยการรับประทานยา ร่วมกับการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัวการออก กำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติอย่างสม่ำเสมอจะไม่ทำให้เกิดอันตรายแก่อวัยวะสำคัญต่างๆ อันได้แก่ หัวใจ สมอง และไต

คำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การใช้ยาลดความดันโลหิตในโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

(1) กินยาให้ถูกต้องตามขนาดที่แพทย์สั่งและตรงเวลา หรือพยายามกินยาในเวลาที่ใกล้เคียงกันทุกวัน อย่ารอจนทำธุระเสร็จก่อน หรือว่างเมื่อไรจึงค่อยกินยา เพราะจะทำให้ยาออกฤทธิ์ไม่สม่ำเสมอ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ผลเต็มที่ ความดันโลหิตอาจขึ้นๆลงๆ

(2) การปฏิบัติตนเมื่อลืมกินยา

(2.1) กินยาทันทีที่นึกได้ เพื่อป้องกันการขาดยา และช่วยให้ยาออกฤทธิ์สม่ำเสมอ เช่น กินยาวันละ 1 ครั้ง นึกได้เมื่อไรต้องรีบกินยาทันที ไม่ควรข้ามไปกินยาวันต่อไป

(2.2) ถ้านึกได้ในเวลาที่ใกล้อาหารมื้อใหม่ เช่น อีก 1 ถึง 2 ชั่วโมง จะถึงเวลากินยามื้อถัดไป ให้งดมื้อที่ลืม และให้กินเฉพาะมื้อถัดไปเท่านั้น ห้ามกินยาเป็น 2 เท่าในมื้อถัดไปเพราะจะทำให้ได้รับยาเกินขนาด และอาจเกิดอันตรายจากการที่ความดันโลหิตต่ำมากเกินไป การกินยาในแต่ละมื้อควรกินห่างกันประมาณ 3 ถึง 4 ชั่วโมง

(3) ควรมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง อย่าปล่อยให้ยาหมดก่อนแล้วจึงค่อยมาหากติดธุระไม่สามารถมาตรงตามแพทย์นัดได้ ควรมารับยาก่อนยาหมด

(4) ถ้าต้องการเดินทางไปต่างจังหวัดหรือติดธุระควรนำยาติดตัวไปด้วยทุกครั้ง หากต้องไปต่างจังหวัดหลายวัน ควรมารับยาก่อนที่จะเดินทาง เพื่อจะได้มียาติดตัวไปกินอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ

(5) ไม่ควรซื้อยากินเอง เพราะยาบางอย่างมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ผล และไม่ควรนำตัวอย่างยาไปซื้อตามร้านขายยา โดยดูจากสีหรือรูปร่างของยา ซึ่งเป็นอันตรายอย่างมากเพราะอาจได้รับยาคนละชนิดกัน นอกจากนี้การซื้อยากินเองอาจทำให้เกิดการแพ้ยาได้ หรือเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆตามมา

(6) อย่าหยุดกินยาเองโดยแพทย์มิได้สั่งหรือไม่ได้มารับการตรวจรักษา ผู้ป่วยบางคนเมื่อรู้สึกว่าอาการดีขึ้นแล้วก็หยุดยาเอง หรือลดขนาดยาลงเพราะคิดว่าหายดีแล้ว การหยุดยากะทันหันจะทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว เป็นการเพิ่มอันตรายต่อร่างกาย

เอกสารหมายเลข 6

แบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับผู้ป่วย)

วันที่มารับการตรวจรักษา.....

วันที่นัดมาตรวจครั้งต่อไป.....

คำชี้แจง : ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านรับประทานยาในแต่ละมื้อ

วันที่ / มื้อยา	รับประทานยามื้อเช้า		รับประทานยามื้อกลางวัน		รับประทานยามื้อเย็น		รับประทานยามื้อก่อนนอน
	ก่อนอาหาร	หลังอาหาร	ก่อนอาหาร	หลังอาหาร	ก่อนอาหาร	หลังอาหาร	
วันที่.....							
วันที่.....							
วันที่.....							
วันที่.....							
วันที่.....							
วันที่.....							
วันที่.....							

เอกสารหมายเลข 7

แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับผู้ป่วย)

วันที่มารับการตรวจรักษา.....

วันที่นัดมาตรวจครั้งต่อไป.....

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

กิจกรรม	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1.ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา														
2.ท่านรับประทานยาตรงตามจำนวน														
3.ท่านเพิ่มจำนวนยารับประทานเอง														
4.ท่านลดจำนวนยารับประทานเอง														
5.ท่านรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เช่นกินยาสมุนไพร , ซื้อยาอื่นเพิ่มเอง ฯลฯ														
6.อาการที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิตที่แพทย์สั่ง														

เอกสารหมายเลข 8

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ในขั้นที่ 1 ขั้นเมินเฉย (Pre – contemplation Stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะรับประทานยาเมื่อมีอาการเท่านั้นเมื่อหายดีก็จะไม่รับประทาน

วัตถุประสงค์ : กระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาการรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง

งานของผู้ให้คำปรึกษา	วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
1. สร้างพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ	1. กล่าวทักทาย และชวนคุยรวมทั้งแสดงความชื่นชมที่ผู้รับบริการมารับการรักษาตามนัด 2. ใช้เทคนิคสนับสนุน และให้กำลังใจ เช่น “ตอนนี้คุณรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องมาแล้ว 1 เดือน ก็ถือว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดีนะ”
2. สำรวจประเด็นปัญหา และอุปสรรคที่มีต่อการรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ต่อเนื่อง	1. ถามถึงสาเหตุของการหยุดรับประทานยา และวิธีที่ผู้รับบริการจัดการกับปัญหา (โดยหลีกเลี่ยงท่าทีที่จับผิด หรือตำหนิ) เช่น “มีบ้างไหมที่คุณลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต? ..... เพราะอะไร?.....แล้วคุณทำอย่างไร?
3. กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความสงสัยพฤติกรรมการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยวิธีการต่อไปนี้ ➢ สำรวจการรับรู้ปัญหาของผู้รับบริการ ➢ นำเสนอข้อมูลความจริงเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ➢ ตรวจวัดความดันโลหิตและแจ้งผลการตรวจวัดความดันโลหิตให้ผู้รับบริการทราบ	1. ถามถึงผลกระทบของการที่รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ได้ตามแพทย์สั่ง 2. อธิบายถึงอันตราย และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ในกรณีที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3. แจ้งผลการตรวจวัดความดันโลหิต และการแปลผลให้กับผู้รับบริการทราบ 4. สังเกตท่าทีปฏิกิริยาและคำพูดของผู้รับบริการที่มีต่อข้อมูลที่ได้รับแจ้ง 5. หาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน

งานของผู้ให้คำปรึกษา	วิธีสร้างแรงจูงใจ
4. ให้ญาติและบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้รับบริการ หมายเหตุ : ถ้าผู้ป่วยไม่มีญาติให้ตัดข้อนี้ทิ้ง	1. ถามถึงผู้รับบริการถึงความเป็นไปได้ที่จะนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้รับบริการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เช่น "เป็นไปได้ไหมที่จะให้ภรรยาของคุณเป็นคนคอยเตือนให้คุณรับประทานยา?" 2. สัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิด เพื่อขอข้อมูลและตรวจสอบมุมมองของผู้ใกล้ชิดที่มีต่อผู้รับบริการ รวมทั้งประเมินความร่วมมือจากบุคคลใกล้ชิด 3. ขอความร่วมมือจากบุคคลใกล้ชิดในฐานะที่เป็นแหล่งสนับสนุนผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ เช่น ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือด้านการรับประทานยา และการพาไปรับการตรวจรักษาตามนัด
5. สรุปประเด็นสำคัญ ๆ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการกลับมาพบกันอีกในครั้งต่อไป	1. ใช้การสรุปความ ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และเปิด โอกาสให้ผู้รับบริการได้มีเวลาคิดตัดสินใจ แสดงความห่วงใย 2. ย้ำให้ผู้รับบริการมาตรวจตามนัด และแสดงออกถึงความมั่นใจว่าจะได้พบกันในครั้งต่อไป

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學

เอกสารหมายเลข 9

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ในขั้นที่ 2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation Stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยรู้ว่าการรับประทานยาเป็นเรื่อง สำคัญ แต่ยังไม่อยากรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ : ลดความรู้สึกลังเลใจ และสามารถตัดสินใจเพื่อเข้าสู่ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเพื่อรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องได้

งานของผู้ให้คำปรึกษา	วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
1. สำรวจความก้าวหน้าของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง	1. ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เช่น "ตอนนี้คุณคิดอย่างไรบ้าง เกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง?" หรือ "ดูเหมือนว่าคุณจะมีความรู้สึกบางอย่างที่ทำให้คุณไม่แน่ใจว่าจะรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องหรือไม่ ช่วยบอกดิฉันเพิ่มเติมหน่อยว่าตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้างในเรื่องนี้"
2. ให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องธรรมดา	1. บอกกับผู้รับบริการว่าความลังเลใจเป็นเรื่องปกติ 2. ชื่นชมผู้รับบริการที่เปิดเผยความรู้สึกนั้นออกมา 3. สำรวจสาเหตุของความลังเลใจ ที่เหลืออยู่ และหาวิธีแก้ไขร่วมกัน
3. ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจจากภายนอกให้เป็นแรงจูงใจภายใน	1. ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการกล่าวประโยคคำพูด ที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา เช่น "สมมุติว่าคุณรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ระยะหนึ่ง แล้วคุณคิดว่าสุขภาพของคุณน่าจะเป็นอย่างไรบ้าง" 2. ชี้แนะให้ผู้รับบริการมองเห็นเหตุผลและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการรับประทานยาลดความดันโลหิตเพื่อตัวเขาเอง เช่น เพื่อให้ภาวะของโรคดีขึ้น ลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. ช่วยให้ผู้รับบริการคิดหรือใช้คำพูดที่สร้างแรงจูงใจให้ตนเอง	1. กระตุ้นด้วยคำถาม "อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าเรื่องนี้เป็นปัญหา" 2. ใช้คำพูดสะท้อนความรู้สึก การสนับสนุนสิ่งที่ผู้รับบริการแสดงออกถึงการมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง เช่น "ดิฉันเห็นด้วยกับการที่คุณจะรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องเพื่อที่จะไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน"
5. สำรวจความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้รับบริการ	1.ค้นหาจุดแข็งหรือความสามารถของผู้รับบริการที่ผ่านมาพร้อมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น

งานของผู้ให้คำปรึกษา	วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
6. สรุปประเด็นสำคัญ ๆ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการกลับมาพบกันอีกในครั้งต่อไป	1. ใช้การสรุปความ ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีเวลาคิดตัดสินใจ แสดงความห่วงใย 2. ย้ำให้ผู้รับบริการมาตรวจตามนัด และแสดงออกถึงความมั่นใจว่าจะได้พบกันในครั้งต่อไป

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學

เอกสารหมายเลข 10

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ในขั้นที่ 3 ขั้นตัดสินใจ (Determination Stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีความคิดว่าควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้รับบริการวางแผนการเปลี่ยนแปลง สร้างความผูกพันในการรักษา

งานของผู้ให้คำปรึกษา	วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
1. ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเองที่ชัดเจน และให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลง	1. ย้ำถึงแผนการเปลี่ยนแปลงให้เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ในวิธีการที่จะทำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2. แนะนำวิธีการใช้ยาและการทำแบบประเมินต่างๆ เพื่อช่วยเตือนให้ผู้รับบริการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 3. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการขอคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา
2. พิจารณาถึงการลดอุปสรรคที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง	1. ร่วมกันคิดและให้คำแนะนำในการลดอุปสรรคต่อการรักษา เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเดินทางไปโรงพยาบาล รวมถึงการแสวงหาแหล่งที่จะได้รับความช่วยเหลือ
3. สำรวจความคาดหวังในการรักษา และความพยายามของผู้รับบริการในการเปลี่ยนแปลง	1. กระตุ้นให้ผู้รับบริการเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินต่างๆในการรับประทานยาทุกวัน และนำติดตัวมาด้วยทุกครั้งเมื่อมาพบกันในครั้งต่อๆไป เพื่อทำให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักในการรักษา
4. สรุปประเด็นสำคัญ ๆ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการกลับมาพบกันอีกในครั้งต่อไป	1. ใช้การสรุปความ ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีเวลาคิดตัดสินใจ แสดงความห่วงใย 2. ย้ำให้ผู้รับบริการมาตรวจตามนัด และแสดงออกถึงความมั่นใจว่าจะได้พบกันในครั้งต่อไป

เอกสารหมายเลข 11

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ในขั้นที่ 4 ขั้นลงมือกระทำ (Action Stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยาต่อเนื่อง แต่บางครั้งมีปัญหาในการรับประทานยาและยังแก้ปัญหาไม่ได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้รับบริการร่วมมือและทำตามแผนการรักษาที่ได้กำหนดไว้

งานของผู้ให้คำปรึกษา	วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
1.ให้ผู้รับบริการมีความผูกพันและมองเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง	1. ชักชวนผู้รับบริการเข้าสู่บทบาท การเปลี่ยน เช่น การทำแบบประเมินตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2. ถามถึงประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกพอใจ / ไม่พอใจ อาจจะกังวลว่ายาที่ใช้รักษาอาจจะไม่เพียงพอที่จะลดอาการรวมถึงหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขณะที่เกิดผลข้างเคียงในการรักษา 3.ให้คำชมเชยและสร้างความเชื่อมั่นเมื่อผู้รับบริการเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองได้
2. ช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้โดยผ่านขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงย่อย ๆ	1. แบ่งซอยเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงใหญ่ให้เล็กลงเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถที่จะจัดการและประสบความสำเร็จได้ เช่น การบันทึกประจำวันในการรับประทานยา และการนับเม็ดยาที่เหลือในทุกๆเดือน
3. ตรวจสอบและแปลพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือการรักษา (เช่น ไม่มาตามนัด)	1.ใช้การแก้ไขการต่อต้านในการรักษา รวมทั้งการจัดการกับภาวะลังเลใจที่ยังหลงเหลืออยู่
4. ยอมรับความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงในช่วงแรก ๆ ของการรักษา	1.ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในสิ่งที่ถูกต้อง 2.ให้คำแนะนำในการจัดการกับความเครียดในการรับประทานยาและอาการข้างเคียงในการใช้ยาลดความดันโลหิต
5. ค้นหาและเสริมในเชิงบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดี	1.สนับสนุนให้ผู้รับบริการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขและความพอใจโดยไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต เช่น การพักผ่อน การฟังเพลง การออกกำลังกาย ฯลฯ
6. ประเมินจุดแข็งของครอบครัวและสังคม	1.ประเมินและส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เช่น การให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน การพามารับการรักษา การชักชวนผู้รับบริการให้เข้าร่วมกิจกรรมของคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล

งานของผู้ให้คำปรึกษา	วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
7. สรุปประเด็นสำคัญ ๆ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการกลับมาพบกันอีกในครั้งต่อไป	1. ใช้การสรุปความ ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีเวลาคิดตัดสินใจ แสดงความห่วงใย 2. ย้ำให้ผู้รับบริการมาตรวจตามนัด และแสดงออกถึงความมั่นใจว่าจะได้พบกันในครั้งต่อไป

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學

เอกสารหมายเลข 12

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ในขั้นที่ 5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง(Maintenance Stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยวิธีการแก้ปัญหา หรือเตือนตนเองเพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยา

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้รับบริการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

งานของผู้ให้คำปรึกษา	วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
1. ให้ผู้รับบริการแสวงหาแหล่งที่รับบริการ	1. สอบถามและกระตุ้นให้ผู้รับบริการสำรวจและแสวงหาแหล่งรับบริการในกรณีที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่นสถานีอนามัยใกล้บ้าน โดยไม่ไปซื้อยามารับประทานเอง หรือหยุดยาเอง
2. ให้ผู้รับบริการประคับประคองชีวิตใหม่ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง	1. ถามผู้รับบริการถึงผลดีที่เกิดจากการรับประทานยาลดความดันโลหิต แสดงความชื่นชม และกระตุ้นให้เขากระทำต่อไป
3. ติดต่อและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง	1. นัดพบหลังการรักษา การโทรศัพท์ ส่งจดหมาย ฯลฯ เพื่อกระตุ้นให้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ และช่วยให้คำแนะนำกับปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ
4. ทบทวนเป้าหมายระยะยาวของผู้รับบริการ	1. กระตุ้นให้ผู้รับบริการกำหนดเป้าหมายระยะยาวที่ชัดเจนและเป็นเป้าหมายที่สามารถทำให้เห็นจริงได้ 2. ช่วยให้ผู้รับบริการสำรวจปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของเป้าหมายนั้น
5. สรุปประเด็นสำคัญ ๆ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการกลับมาพบกันอีกในครั้งต่อไป	1. ใช้การสรุปความ ถามถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีเวลาคิดตัดสินใจ แสดงความห่วงใย 2. ย้ำให้ผู้รับบริการมาตรวจตามนัด และแสดงออกถึงความมั่นใจว่าจะได้พบกันในครั้งต่อไป

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารหมายเลข 13

แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (สำหรับพยาบาล)

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน(ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เอกสารหมายเลข 7)

กิจกรรม	เดือนที่ 1		เดือนที่ 2		เดือนที่ 3		เดือนที่ 4		เดือนที่ 5		เดือนที่ 6	
	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....	
	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย
1.ตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงปัจจุบันท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ												
2.ในระหว่างการรักษา ท่านบอกให้แพทย์ทราบหรือไม่ว่าอาการของท่านเป็นอย่างไรหลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว												
3.ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการลืมหรือรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ติดต่อกันบ้างหรือไม่												
4.ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยลดจำนวนยาลดความดันโลหิตด้วยตนเองหรือไม่												
5.ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยเพิ่มจำนวนยาลดความดันโลหิตด้วยตนเองหรือไม่												
6.ในระหว่างการรักษาท่านเคยมารับยาลดความดันโลหิตก่อนกำหนดเนื่องจากยาลดความดันโลหิตหมดบ้างหรือไม่												
7.ในระหว่างการรักษาท่านเคยมารับยาลดความดันโลหิตหรือตรวจรักษาหลังจากยาลดความดันโลหิตหมดไปแล้วมากกว่า 7 วันบ้างหรือไม่												

การให้คะแนน : ข้อ 1 และ 2 (เคย = 1 , ไม่เคย = 0) , ข้อ 3 ถึง 7 (เคย = 0 , ไม่เคย = 1) ผลคะแนนความร่วมมือในการรักษาอยู่ระหว่าง 0 – 7 คะแนน

การแปลผลคะแนน : คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี , คะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดี

แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (ต่อ)

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน(ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เอกสารหมายเลข 7)

กิจกรรม	เดือนที่ 1		เดือนที่ 2		เดือนที่ 3		เดือนที่ 4		เดือนที่ 5		เดือนที่ 6	
	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....	
	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย
1.ตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงปัจจุบันท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ												
2.ในระหว่างการรักษา ท่านบอกให้แพทย์ทราบหรือไม่ว่าอาการของท่านเป็นอย่างไรหลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว												
3.ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการลืมหรือรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ติดต่อกันบ้างหรือไม่												
4.ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยลดจำนวนยาลดความดันโลหิตด้วยตนเองหรือไม่												
5.ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยเพิ่มจำนวนยาลดความดันโลหิตด้วยตนเองหรือไม่												
6.ในระหว่างการรักษาท่านเคยมารับยาลดความดันโลหิตก่อนกำหนดเนื่องจากยาลดความดันโลหิตหมดบ้างหรือไม่												
7.ในระหว่างการรักษาท่านเคยมารับยาลดความดันโลหิตหรือตรวจรักษาหลังจากยาลดความดันโลหิตหมดไปแล้วมากกว่า 7 วันบ้างหรือไม่												

การให้คะแนน : ข้อ 1 และ 2 (เคย = 1 , ไม่เคย = 0) , ข้อ 3 ถึง 7 (เคย = 0 , ไม่เคย = 1) ผลคะแนนความร่วมมือในการรักษาอยู่ระหว่าง 0 – 7 คะแนน

การแปลผลคะแนน : คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี , คะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดี

เอกสารหมายเลข 14

แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและค่าร้อยละของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับพยาบาล)

คำชี้แจง : นำข้อมูลมาจากการวัดความดันโลหิต และ การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 2)

เดือนที่มาตรวจ **วัน/เดือน/ปี**	**เดือนที่1**	**เดือนที่2**	**เดือนที่3**	**เดือนที่4**	**เดือนที่5**	**เดือนที่6**	**เดือนที่7**	**เดือนที่8**	**เดือนที่9**	**เดือนที่10**	**เดือนที่11**	**เดือนที่12** .....
ค่าความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
จำนวนยาทั้งหมดที่ผู้ป่วย ต้องรับประทาน (เม็ด / เดือน) คือจำนวนยาที่แพทย์สั่ง	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
จำนวนเม็ดยาที่เหลือ (เม็ด / เดือน) คือจำนวนยาที่เหลือ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ค่าร้อยละของการ รับประทานยา (คำนวณจากสูตร)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

สูตร : ค่าร้อยละของการรับประทานยา $= \frac{\text{(จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่ง) - (จำนวนเม็ดยาที่เหลือ)}}{\text{(จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่ง)}} \times 100$

เอกสารหมายเลข 15

แบบบันทึกค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สำหรับพยาบาล)

คำชี้แจง : นำข้อมูลมาจากแบบบันทึกแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (เอกสารหมายเลข 6) ที่ผู้ป่วยบันทึกเป็นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจริง และการประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต (เอกสารหมายเลข 2) เป็นจำนวนครั้งทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาจริง

เดือนที่มาตรวจ วัน/เดือน/ปี	**เดือนที่1**	**เดือนที่2**	**เดือนที่3**	**เดือนที่4**	**เดือนที่5**	**เดือนที่6**	**เดือนที่7**	**เดือนที่8**	**เดือนที่9**	**เดือนที่10**	**เดือนที่11**	**เดือนที่12** .....
จำนวนครั้งทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา (ครั้ง / เดือน)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจริง (ครั้ง / เดือน)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยา (คำนวณจากสูตร)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

สูตร : ค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยา $= \frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจริง}}{\text{จำนวนครั้งทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา}} \times 100$

หมายเหตุ : นำเอกสารหมายเลข 13 , 14 และ 15 มาแปลผลความร่วมมือในการรักษา ร้อยละของการรับประทานยา และร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาตามลำดับ ถ้าคะแนนความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า 4 และ/หรือค่าร้อยละของการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 และ/หรือค่าความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 ต้องนำมาหาสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรักษาและรับประทานยา เพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

ผนวก ค.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการตรวจสอบความแม่นตรงของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ดังมีรายนามดังต่อไปนี้

1. นายสุธน ยุวศิรินันท์
   นายแพทย์ 8 (ผู้อำนวยการ)
   แพทย์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
   ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

2. นางสาวจิรวดี ศะศิประภา
   พยาบาลวิชาชีพ 7 (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล)
   พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ

3. นางพรรณงาม สว่างศรี
   พยาบาลวิชาชีพ 7 (พยาบาลประจำคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง)
   พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

4. นางพรพรรณ มะกรูดอินทร์
   พยาบาลวิชาชีพ 6 (พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน)
   พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
   การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
   วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาวจุฑารัตน์ อินทโชติ
วัน เดือน ปีเกิด	10 สิงหาคม 2512
ที่อยู่ปัจจุบัน	354 หมู่ 3 ต.ศรีประจันต์ อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี 72140
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2533	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีธัญญา
พ.ศ. 2540	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์
พ.ศ. 2546	ผู้ผ่านการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
พ.ศ. 2549	เข้าศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2533-2534	พยาบาลหอผู้ป่วยใน ร.พ. ศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2535-2545	พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร.พ. ศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2546-ปัจจุบัน	วิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ร.พ. ศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學