

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2545 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1 พันล้านคน และมีประชากรโลกประมาณ 7.1 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตโดยมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับโรคความดันโลหิตสูง (WHO.2003) และพบว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับระดับความดันโลหิต โดยอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของระดับความดันซิสโตลิก 20 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันไดแอสโตลิก 10 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee. 2003 : 1) สำหรับในประเทศไทย อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ.2552 พบ 860.53 และ 981.84 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2553) และพบว่าภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2549 พบร้อยละ 6.81 และในปี พ.ศ. 2550 พบร้อยละ 10.44 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข สำนักระบาดวิทยา. 2551) สำหรับอัตราการตายจากความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน กล่าวคือ อัตราตายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2539 เท่ากับ 15.6 ปี พ.ศ. 2544 เท่ากับ 24.5 และปี พ.ศ. 2548 เท่ากับ 29.2 (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2549)

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพของประชากรมนุษย์ทั่วโลก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีชีวิตที่สั้นลงกว่าบุคคลปกติ 10 – 20 ปี และ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อย แต่ยังไม่มีการทำลายของอวัยวะเป้าหมายถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพียง 7 – 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเกือบร้อยละ 30 จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และมากกว่าร้อยละ 50 จะเกิดการทำลายของอวัยวะเป้าหมายจากภาวะความดันโลหิตสูง (วิทยา ศรีดามา. 2550 : 175) ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูงคือการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ นั่นคือ การควบคุมความดันซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยทั่วไป และควบคุมความดันซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า

80 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้เป็นเบาหวานและผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย (Joint National Committee. 2003:12)

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 35 – 40 ลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 20 – 25 และลดภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 50 (American Heart Association. 2003) ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดอัตราการเกิดความพิการและลดอัตราตายในระยะยาว ปัญหาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนไม่เพียงสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังนำมาซึ่งภาระของผู้ที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง และมีภาวะแทรกซ้อน (WHO. 2003)

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ผู้ป่วยต้องมีการปรับพฤติกรรมและการดูแลตนเองร่วมด้วย โดยต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและตลอดไป จึงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การลดความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (JNC. 2003, วิทยา ศรีดามา. 2550 : 183)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถลดระดับความดันโลหิตสูง อาทิเช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนัก พบว่า การรับประทานอาหารที่เน้นผักผลไม้ และอาหารที่มีไขมันต่ำ สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (Sacks et al. 2001) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 8.20 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลง 3.27 มิลลิเมตรปรอท (อภิญา ชนะศึก. 2549) และการลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัมในโรคอ้วน จะทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 1.6 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลง 1.3 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. 2545) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย พบว่า การเดินออกกำลังกายระดับความหนักปานกลางติดต่อกัน 6 สัปดาห์ (ศุขญา แก้วสกุลทอง. 2551) และการบริหารแนวซ์ก่งนาน 8 สัปดาห์ (เพ็ญศรี วงศรีลา. 2551) สามารถลดความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด ฮีทเธอร์ และคณะ (Heather et al. 2008) ได้วิเคราะห์เมต้า (Meta-Analysis) งานวิจัยที่ใช้แนวจัดการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 เรื่อง พบว่าการผ่อนคลายสามารถทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันซิสโตลิกลดลง 5.5 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกลดลง 3.5

มิลลิเมตรปรอท จะเห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมจึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จากข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 – 2547 พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาสามารถควบคุมโรคได้ในเพศชายร้อยละ 33.7 และในเพศหญิงร้อยละ 38.1 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. 2549) จะเห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ยังมีอัตราที่ต่ำ การพัฒนาการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (อารักขา โจษธรม. 2545, ศิริมา มิตระเกษม. 2548, สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. 2551) และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (บัณฑิต คำโฮม. 2550) โดยพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (อุบลรัตน์ จินดาวงษ์. 2545, ศิริมา มิตระเกษม. 2548) และมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต (คณิง คำรังษี. 2550, ทรงฤทธิ์ จันทน โอและคณะ. 2552) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การขาดการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (วันทนา ทิมพุดิ. 2550) และยังพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนสนิทเป็นตัวแปรที่มีอำนาจสูงสุดในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. 2551) ดังนั้นการให้บริการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว

โรงพยาบาลเคมิมบางนางบวชเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของสู่วิจัย มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2548 - 2553 มีจำนวน 1,771, 2,375, 3,117, 3,820, 4,606 และ 4,987 รายตามลำดับ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 2,270 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 6,393 ในปี พ.ศ. 2553 และข้อมูลในปี พ.ศ. 2550 - 2551 พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20.77 และ 11.19 ที่สามารถควบคุมระดับความดันซิสโตลิก ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และพบว่าผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 30 ราย เป็นผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ร้อยละ 46.67 (14 ราย) ส่วนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต พบร้อยละ 36.67 (11 ราย) และในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 43 ราย เป็นผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ร้อยละ 30.23 (13 ราย) ส่วนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องแต่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับความดันโลหิต พบร้อยละ 58.14 (25 ราย) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติยังต่ำมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นและสะท้อนถึงการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ยังไม่เหมาะสม สำหรับการจัดการบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเองเป็นรายกลุ่ม และให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต แต่ผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังไม่ได้ แสดงถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลยังไม่เพียงพอ

การทบทวนการศึกษาที่มีการพัฒนาและทดสอบ โปรแกรมการพยาบาลที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า มีจำนวนจำกัด โดยการศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (นภารัตน์ ฐราพร. 2545, นฤมล จันทรสุข และคณะ. 2547, อภิญาชนะศึก. 2549) การพยาบาลที่บ้าน (นภารัตน์ ฐราพร. 2545, นฤมล จันทรสุข และคณะ. 2547, สุชาดา อุปพัทขวา. 2550) และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ดวงกมล จันทรนิมิตร. 2538) ในการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน ในสัปดาห์ที่ 8 – 13 การศึกษาเหล่านี้มีการติดตามหลังการทดลองเพียงครั้งเดียว และการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้โปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (King. 1981) ร่วมกับการพยาบาลที่บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีการศึกษาติดตามหลังการทดลอง 2 ครั้ง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดและฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวานในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม (นงนุช โอบะ. 2549) และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม (ปนัดดา สุวรรณ. 2551) ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลที่ประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการพยาบาลที่บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมและควบคุมภาวะของโรคได้ต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นผู้ดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และกลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนในชุมชน จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรม

การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต โดยพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และทดสอบผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ตลอดจนทดสอบความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตเมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมและความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่การส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างยั่งยืน

1.2 คำถามการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง 1 และ 9 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

1.5 ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งรับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2553 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

1.6 นิยามศัพท์

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ รับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีระดับความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure : SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ / หรือ มีระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure : DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 เดือน

โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง มีแผนการพยาบาลที่บ้าน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 7 โดยใช้เวลาแต่ละครั้ง ประมาณ 1 ชั่วโมงหรือขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Action, Reaction) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต 2) การกำหนดปัญหาและวางแผนการแก้ปัญหาาร่วมกัน มีการ

กำหนดปัญหาร่วมกัน (Disturbance) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal Setting) เสนอวิธีการแก้ปัญหา ร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Explore Means To Achieve Goal) และตกลงเลือกวิธีการแก้ปัญหา ร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Agree On Means To Achieve Goal) 3) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว (Transaction) การที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เลือกและตกลงร่วมกัน 4) การประเมินผล ร่วมกันวิเคราะห์การปฏิบัติและผลของการปฏิบัติ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่คลินิกความดันโลหิตสูงกำหนดให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นประจำ ลำดับของกิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของพยาบาล ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม ครั้งละ 30 – 45 นาที โดยเนื้อหาจะหมุนเวียนในแต่ละครั้ง เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การควบคุมอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก การจัดการความเครียด และการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากนั้นวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยซักถามอาการเจ็บป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยเป็นรายบุคคลขณะซักถามอาการเจ็บป่วย ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตจากนั้นจัดให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา แล้วนัดผู้ป่วยมารับบริการครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์ หรือ 8 สัปดาห์ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการกระทำ หรือ งดเว้น การกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพตามบทบาทของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนัก ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง ด้านการติดตามผลการรักษาและผลการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของ สติชัยพร นพพลับ, สำราญ ขจรินทร์ และรสสุคนธ์ วาริตสกุล (2544)

ระดับความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด เกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ สามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต (sphygmomanometers) มีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ ความดันโลหิตค่าบนหรือความดันซิสโตลิก (ความดันขณะหัวใจบีบตัว) และความดันโลหิตค่าล่างหรือความดันไดแอสโตลิก (ความดันขณะหัวใจคลายตัว)

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ในปัจจุบันแม้จะมีการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อลดระดับความดันโลหิต แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วยของตน การที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวจะต้องเข้าใจปัญหาของตนเอง และกำหนดแนวทาง การแก้ไขปัญหานั้นๆ ด้วยตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (King, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวัดผลลัพธ์ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต

ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงมีความเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีความนึกคิด มีเหตุผล มีการรับรู้ มีการกระทำเป็นของตนเอง และมีเป้าหมายในตนเอง ทฤษฎีนี้จึงเน้นที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ตรงกัน ร่วมกันกำหนดปัญหาและวางแผนการแก้ปัญหา และมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย (King, 1981) โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง มีขั้นตอนดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนัก ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และตรวจตามนัด ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง และด้านการติดตามผลการรักษาและผลการดูแลตนเอง (อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ, 2550) 2) การกำหนดปัญหา (Disturbance) เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และร่วมกันกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหา (Mutual Goal Setting) ซึ่งเป้าหมายหลักคือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีเป้าหมายย่อย คือ การมีพฤติกรรมดูแลตนเองในแต่ละด้านอย่างถูกต้อง เหมาะสม ร่วมกันค้นหาวิธีการแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Explore Means to Achieve Goal) โดยพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวต่างฝ่ายต่าง เสนอวิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวตกลง

เลือกวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Agree on Means to Achieve Goal) ซึ่งจะทำให้เกิดการแก้ปัญหาตรงตามความต้องการและสอดคล้องกับความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว 3) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว(Transaction) และต่างฝ่ายต่างปฏิบัติตามกิจกรรมตามที่ตกลงไว้ 4) การประเมินผล ร่วมกันวิเคราะห์การปฏิบัติและผลของการปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าบรรลุเป้าหมายส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดปัญหา วางแผนการแก้ปัญหาาร่วมกันใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มี 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนัก ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง และด้านการติดตามผลการรักษาและผลการดูแลตนเอง (อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ. 2550) โดยมี เป้าหมายสุดท้าย คือ ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1
กรอบแนวคิดการวิจัย

