

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาบททฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง
3. การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลมโหสถ
4. ทฤษฎีการดูแลตนเอง
5. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension diseases) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีแรงดันของกระแสเลือดกระทบต่อผนังของหลอดเลือดแดงในขณะที่หัวใจบีบตัว หรือความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตในขณะแรงดันของกระแสเลือดที่หัวใจคลายตัว หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 2 ชนิด (Bradley, 2011, pp. 741-742; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, หน้า 3; ไวยวรรณ ธนะมัย และคณะ, 2555, หน้า 15-17) ได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (primary hypertension or idiopathic hypertension) หรือโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถอธิบายกลไกได้ชัดเจน ซึ่งพบได้ 90-95% ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด เชื่อว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน กินอาหารเค็มมาก ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เครียด เป็นต้น

2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ เป็นผลมาจากโรคอื่นที่เป็นอยู่ก่อนและแก้ไขได้ ซึ่งต้องรักษาโรคที่เป็นสาเหตุด้วยได้แก่ เนื้องอกที่ต่อมหมวกไต หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบในส่วนของช่วงอก รวมถึงผู้ป่วยที่ใช้ยาสเตียรอยด์เป็นประจำ ความดันโลหิตสูงชนิดนี้ ซึ่งพบได้ 5-10% ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และมีอาการความดันโลหิตสูงมาก อาจได้ยินเสียงbruit ในช่องท้อง ใกล้ๆ renal artery มีประวัติหัวใจเต้น (tachycardia) และมีประวัติว่าครอบครัวเป็นโรคไต

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

อาการของความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ มักตรวจพบโดยบังเอิญขณะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาปัญหาอื่นๆ ส่วนน้อยอาจมีอาการปวดศีรษะท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ วิงเวียน มักจะเป็นเวลาตื่นนอนใหม่ๆ พอตอนสายจะทุเลาไปเอง บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตุบๆ แบบไม่เกรนได้ ในรายที่เป็นมานาน ๆ หรือความดันโลหิตสูงมากๆ อาจมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ มือเท้าชา ตามัว มีเลือดกำเดาไหล เมื่อปล่อยทิ้งนานๆ โดยไม่ได้รับการรักษาก็อาจแสดงของอาการแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก บวม หอบเหนื่อย แขนขาเป็นอัมพาต เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553, หน้า 680-691)

การจำแนกระดับความดันโลหิต

มีการพัฒนาการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จากหลายองค์กร ทำให้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงหลายเกณฑ์ แต่ก็มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเหมือนกัน สถาบันสุขภาพแห่งชาติ อเมริกา (National Institute of Health and Human Services, 2003, p.12) ได้จัดทำ Joint National Committee 7: JNC 7 โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิต ดังนี้

ตาราง 1 การแบ่งระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่ โดย JNC 7

ประเภท	ความดันช่วงหัวใจบีบ	ความดันช่วงหัวใจคลาย
	(Systolic pressure; SBP)	(Diastolic pressure; SBP)
	มม.ปรอท (mmHg)	มม.ปรอท (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre-hypertension	120-139	80-89
Grade 1 Hypertension	140-159	90-99
Grade 2 Hypertension	≥ 160	≥ 100

สำหรับประเทศไทย ใช้เกณฑ์ของแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งใช้กับคนปกติทั่วไปผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 3) ดังนี้

ตาราง 2 ระดับความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

ระดับความดันโลหิต	ค่าความดันที่คลินิกหรือโรงพยาบาล		ค่าความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (มม.ปรอท)
	ค่าความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	
ความดันโลหิตที่เหมาะสม (optimal)	< 120 และ < 80		
ความดันโลหิตปกติ (normal)	120-129 และ/หรือ	80-84	ความดันโลหิตปกติ (135/85)
ความดันโลหิตเริ่มสูงกว่าปกติ (High normal)	130-139 และ/หรือ	85-89	
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (mild hypertension)	140-159 และ/หรือ	90-99	135-149/85-94
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (moderate hypertension)	160-179 และ/หรือ	100-109	ความดันโลหิตสูงระดับ 2 ขึ้นไป $\geq 150/95$
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (severe hypertension)	> 180 และ/หรือ	> 110	
ความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าตัวบน	> 140 และ	> 90	

หมายเหตุ:

- เมื่อค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์
- ความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าตัวบนก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยให้เฉพาะค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเป็นเกณฑ์ ในผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 80 ปี ค่าความดันโลหิตวัดที่บ้านช่วง daytime (08.00-22.00น.) ที่จัดว่าเป็นความดันโลหิตสูงคือ $\geq 145/85$ มม.ปรอท (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555, หน้า 3)

เป้าหมายของการลดความดันโลหิต

สำหรับระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555, หน้า 9) ดังนี้

1. ในผู้ป่วยทั่วไปให้ BP < 140/90 มม.ปรอท
2. ในผู้ป่วยอายุน้อยผู้เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตให้ BP < 130/80 มม.ปรอท
3. ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปีให้ BP < 150/90 มม.ปรอท

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อหัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวและถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ ความดันโลหิตสูงอยู่นานๆ มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญเช่น หัวใจ สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกาย เสื่อม เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างไม่ได้ ภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553, หน้า 680-691) ได้แก่

โรคหัวใจ หัวใจทำงานหนักทำให้หัวใจโตจนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวายได้ นอกจากนี้ อาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบตันกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และถึงขั้นรุนแรงจนเกิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด

1. โรคหลอดเลือดในสมอง อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันและแตก กลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในรายที่มีเส้นโลหิตฝอยในสมอง ส่วนสำคัญแตกก็อาจตายได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเป็นเรื้อรังบางคนอาจกลายเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการชัก หรือหมดสติได้

2. โรคไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรังเนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ในภาวะไตวายยังจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น กลายเป็นวงจรที่เลวร้าย นำไปสู่การคั่งของสารพิษ ในร่างกาย อาจถึงตายได้

3. ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่จอตาทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอด

4. หลอดเลือดแดงใหญ่ และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หลอดเลือดแดงใหญ่เกิดภาวะ หลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และภาวะเลือดเจาะผนัง หลอดเลือดแดงใหญ่ซึ่งอาจเกิดภาวะอันตรายถึงตายได้ นอกจากนี้ หลอดหลอดเลือดแดงส่วนที่ ไปหล่อเลี้ยงขาและปลายเท้าอาจเกิดภาวะแข็งหรือตีบได้

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นการลดอัตราการเป็นโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรคและหลอดเลือดในระยะยาวให้ได้ผลมากที่สุด (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553, หน้า 139-159; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 15-20; จิตตวดี กมลพุทฺธ และคณะ, 2550, หน้า 612-636) ดังนี้

กลุ่มยา	ชื่อยา
Calcium channel blockers เป็นยา ยับยั้งแคลเซียมเข้าเซลล์ กล้ามเนื้อในผนังหลอดเลือดแดง	แอมโลดิปีน (amlodipine) ไดไฮโดรไพริดีน (dihydropyridine) ดิลติอะซิม (diltiazem) ฟีโลดิปีน (felodipine) อิสราดิปีน (isradipine) นิฟิดิปีน (nifedipine) นิโมดิปีน (nimodipine) ไนเทรนดิปีน (nitrendipine) เวอราปามิล (verapamil)
Beta blocker เป็นยายับยั้งผลของการกระตุ้น ของ Adrenalin หรือ Norepinephrine	อะทีโนลอล (atenolol) มีโทโพรลอล (metoprolol) ออกฟีโนลอล (oxprenolol) พินโดลอล (pindolol) โพรพรานอลอล (propranolol)
ACE (ACE inhibitors) เป็นยาตัว ยับยั้ง แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ในการสร้างสารที่ทำให้ เส้นเลือดหด	แคปโตพริล (captopril) อีนาลาพริล (enalapril) ลิสิโนพริล (lisinopril) รามิพริล (ramipril) เพอรินโดพริล (perindopril)
Angiotensin II receptor antagonist เป็นยา ลดการกระตุ้น angiotensin II ช่วยขยายหลอดเลือด และลดการทำงานของหัวใจ	อิรเบสซาร์แทน (irbesartan) โลซาร์แทน (losartan) เทลมิซาร์แทน (telmisartan) วัลซาร์แทน (valsartan)
Combined alpha and beta blockers ใช้ขยายหลอดเลือดม ใช้ กระตุ้นหัวใจในรายที่มี heart	Carvedilol, nodolol, propranolol, pindolol, timolol

1. การรักษาความดันโลหิตด้วยยาลดความดันโลหิต

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาอาจเริ่มด้วยยาลดความดันชนิดเดียว ซึ่งมักจะให้ในขนาดต่ำ หากคุมความดันโลหิตไม่ได้ อาจเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนเป็นยากลุ่มอื่น ซึ่งควรเริ่มในขนาดต่ำเช่นกันแล้วค่อยเพิ่มขนาดในภายหลัง มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนกลุ่มยาเมื่อยาบางชนิดไม่ได้ผลในการลดความดันโลหิตเลยหรือทำให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ การใช้ยาลดความดันโลหิตควรให้ทีละชนิด (Sequential monotherapy) จะทำให้สามารถหาหาซึ่งตอบสนองที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในแง่ของประสิทธิภาพและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่นิยมใช้ทั่วโลก มี 7 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยาในกลุ่มนี้ เช่น Thiazide ออกฤทธิ์ช่วยไตให้ทำการขับ sodium และน้ำออกจากร่างกาย เป็นเหตุให้ปริมาณของเลือดในร่างกายลดลง ทำให้หัวใจบีบตัวแต่ละครั้ง เพื่อปั๊มเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้น้อยลง จึงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง แต่มีอาการข้างเคียง คือทำให้มีความผิดปกติของของอิเล็กโตรไลต์ เกิดโปตัสเซียมแมกนีเซียม โซเดียมในโลหิตต่ำ และแคลเซียมในโลหิตสูง มีความผิดปกติในการเผาผลาญไขมันทำให้เกิดไขมันในโลหิตสูง ความผิดปกติในการเผาผลาญกลูโคส ทำให้เกิดน้ำตาลในโลหิตสูง มีโอกาสเกิดเก๊าท์ได้เนื่องจากมียูริกสูงในโลหิต นอกจากนี้ยังทำให้มีความผิดปกติในเรื่องเพศสัมพันธ์ (sexual dysfunction) และทำให้อ่อนเพลีย

1.2 ยาต้านเบต้า (Beta-adrenergic receptor blockers) สามารถลดการทำงานของซิมพาเธติก จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง อาการข้างเคียงที่พบได้คือหอบหืดลมตีบจากการหดรัศทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถ้ามีภาวะหัวใจวายอยู่ด้วย เมื่อใช้ยานี้ภาวะหัวใจวายจะรุนแรงขึ้น ทำให้มีน้ำตาลในโลหิตสูง จึงต้องระวังในผู้ป่วยที่ใช้อินซูลินอยู่ด้วย ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในโลหิตสูง ลดไขมัน high-density lipoprotein cholesterol และผู้ป่วยที่ใช้ยากันเบต้า มักจะทนต่อการออกกำลังกายได้น้อย

1.3 ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบ เรนินแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme inhibitor หรือ ACE inhibitor) เป็นยายับยั้งการทำงานของระบบ เรนินแองจิโอเทนซิน จึงทำให้หลอดเลือดที่ขยาย และความดันโลหิตลดลง แต่ทำให้มีอาการไอ ผื่นขึ้น และเกิดโปตัสเซียมในโลหิตสูงได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไตทำหน้าที่บกพร่อง

1.4 ยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonist) ทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายขยายตัว รวมทั้ง coronary artery ด้วย ทำให้ความดันโลหิตลดลง ตัวอย่างเช่น nifedipine แต่ต้องระวังการให้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยหัวใจวาย และอาจทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิตมีอาการรุนแรงขึ้น ยาด้านแคลเซียมพวก Diltiazem และ Verapam ทำให้มีอาการ

ปวดศีรษะ มึนงง gingival hyperplasia และท้องผูกโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้ verapamil อาจมีอาการ atrioventricular block และหัวใจเต้นช้า จึงต้องใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีหัวใจวาย และห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มี heart block ระดับ 2 หรือ หรือระดับ 3 หรือมี sick sinus syndrome

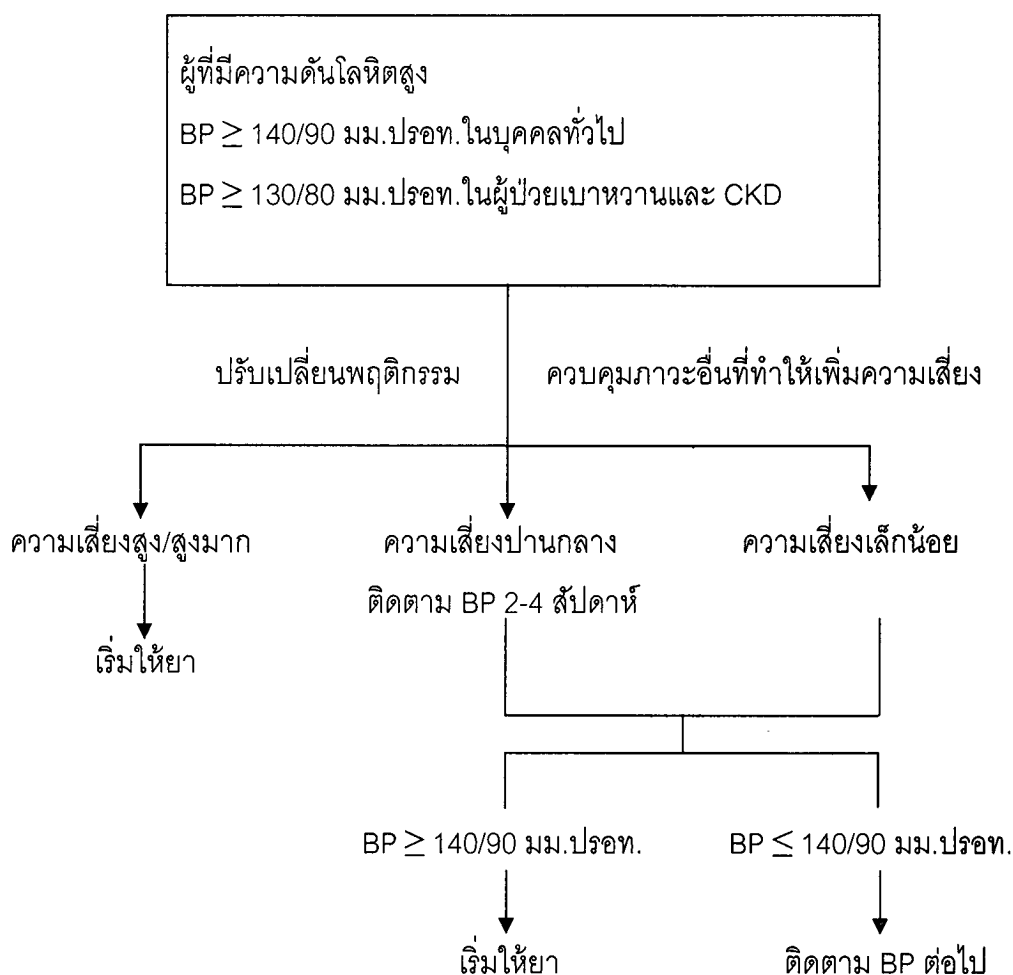
1.5 กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า ได้แก่ ยาอะทีโนลอล (atenolol) ยาโปรปราโนลอล (propranolol) ยาเมโตโพรลอล (metoprolol) เป็นต้น ยาจะปิดกั้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ชีพจรช้าลง แล้วเกิดความดันโลหิตลดลงตามมา ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่พบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนเพลียซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงแรกที่ได้รับประทานยาแต่อาการจะลดลงเมื่อรับประทานอย่างต่อเนื่องประมาณ 1-2 สัปดาห์ อาการข้างเคียงอื่นๆ ที่อาจพบได้คือ อาการซึมเศร้า ฝันร้าย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ยากลุ่มนี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด หรือ เป็นโรคถุงลมโป่งพอง เพราะอาจทำให้อาการของโรคปอดดังกล่าวกำเริบได้ง่ายขึ้น

1.6 กลุ่มยาปิดกั้นแอลฟา ได้แก่ ยาปราโซซิน (prazosin) ยาโดกซาโซซิน (doxazosin) เป็นต้น ยา กลุ่มนี้จะปิดกั้นระบบประสาทอัตโนมัติที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และเป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยากลุ่มนี้คือ ความดันต่ำเวลาเปลี่ยนท่าซึ่งอาจทำให้เกิดอาการหน้ามืดได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ควรระมัดระวังการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างทันทีทันใดเช่น หากต้องการลุกขึ้นยืนเมื่ออยู่ในท่านอนมานานๆ ควรเปลี่ยนเป็นท่านั่งก่อน แทนที่จะลุกขึ้นยืนจากท่านอนทันที อาการข้างเคียงอื่นๆ ที่อาจพบ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น อ่อนแรง

1.7 กลุ่มยาขยายเส้นเลือดแดง ได้แก่ ยาไฮดราลาซีน (hydralazine) ยาไมนออกซีดิล (minoxidil) เป็นต้น ยามีฤทธิ์ขยายเส้นเลือดโดยตรง ให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ หน้าแดง ใจสั่น ปวดหัว เป็นต้น

โดยทั่วไปแพทย์จะให้ยาลดความดันโลหิตเพียงขนานเดียวก่อน หากยังไม่สามารถลดความดันโลหิตได้จึงจะให้ยาหลายขนานร่วมกัน แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่ายาใดเหมาะสม โดยมักจะเลือกให้ยาที่มีผลในการลดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมง ให้รับประทานเพียงวันละครั้ง เพื่อความสะดวก และสามารถควบคุมความดันโลหิตไม่ให้แกว่งมากในระหว่างวัน ดังนี้

การพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต มีแนวทางการพิจารณาเมื่อผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 แนวทางการพิจารณาเริ่มให้ยารักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ที่มา: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555, หน้า 9

2. การรักษาความดันโลหิตด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทุกรายแม้ในรายที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือผู้ป่วยที่ต้องให้ยาลดความดันโลหิตควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทุกรายที่ได้รับวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดความดันโลหิตได้บ้าง ทำให้สามารถลดปริมาณและขนาดของการให้ยาลดความดันโลหิตลดลง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555, หน้า 102-128)

ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยกล่าว ประโยชน์ของ การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ว่าสามารถนำมาใช้ทั้งในราย ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ซึ่งจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง ลดปริมาณการใช้ยาลง และยัง สามารถใช้ในรายที่ยังไม่ได้เป็นโรค ซึ่งสามารถป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ รายละเอียดของข้อแนะนำการปรับพฤติกรรม มีวิธีการ ได้แก่ การลดน้ำหนัก การใช้ DASH diet การจำกัดเกลือ การออกกำลังกาย และการลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์ ดังตาราง

ตาราง 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของ การลด SBP
การลดน้ำหนัก	ให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index) = 18.5-24.9 กก./ตร.ม.	5-20 มม.ปรอท ต่อการ ลดน้ำหนักตัว 10 กก.
ใช้ DASH diet (Dietary Approach to Stop Hypertension)	ให้รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัดให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหารโดยเฉพาะไขมัน อิ่มตัว	8-14 มม. ปรอท
จำกัดเกลือในอาหาร	ให้ลดการรับประทานเกลือโซเดียมต้องน้อย กว่า 100 mmol ต่อวัน (2.4 กรัม โซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์)	2-8 มม.ปรอท
การออกกำลังกาย	ควรออกกำลังกายชนิด aerobic อย่าง สม่ำเสมอเช่น การเดินเร็วๆ (อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน)	4-9 มม.ปรอท
งดหรือลดการดื่ม แอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 drinks/วันในผู้ชาย (ethanol 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มล., ไวน์ 300 มล) และไม่เกิน 1 drink/วัน ในผู้หญิง	2-4 มม.ปรอท
งดบุหรี่		ช่วยลดปัจจัยเสริมใน การลดการเกิดโรค Atherosclerosis ในอวัยวะต่างๆ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) สามารถลดความดันโลหิตได้มีวิธีการ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2555, หน้า 102-128) ดังนี้

การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน โดยมี BMI > 25 มม.ปรอท. การลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม ลดความดันโลหิต Systolic ได้ 5-20 มม.ปรอท.

1. DASH diet (Dietary approach to stop hypertension) ให้รับประทานผัก ผลไม้ นมพร่องมันเนย เลี่ยงไขมันจากสัตว์บกและสัตว์น้ำบางชนิด เช่น หอยนางรม และปลาหมึกสด อาหารที่มีแต่โปแตสเซียม แคลเซียม สามารถลดความดันโลหิต systolic ได้ 8-14 มม.ปรอท

2. งดอาหารเค็ม ควรรับประทานอาหารรสจืด คือรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัม อาหารที่มีโซเดียมสูงได้แก่

2.1 อาหารที่มีเกลือมาก เช่น ซอส น้ำปลา กะปิ เต้าเจี้ยว อาหารหมักดอง ฯลฯ

2.2 อาหารพวกผงชูรส หรือผงปรุงรสต่างๆ ได้แก่ ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด

2.3 ขนมกรุบกรอบที่มีเกลืออยู่เป็นจำนวนมาก

2.4 อาหารแปรรูป ได้แก่ ไส้กรอก กุนเชียง แหนม อาหารทะเลทำเค็ม ฯลฯ

2.5 สารกันบูด หลายชนิดมีโซเดียมประกอบอยู่ เช่น โซเดียมเบนโซเอต และโซเดียมโปรพิโอเนตใช้ป้องกันเชื้อราในขนมปังปอนด์

2.6 ควรเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง หรือรับประทานแต่น้อย ได้แก่ เครื่องในสัตว์ เช่น ตับ หัวใจ ปอด ไส้ กระเพาะ ไข่แดง ไข่ปลา ปลาหมึก หอยนางรม มันกุ้ง มันปู เนยหรือครีม เนยแข็ง ขนมอบต่างๆ ครีมน้ำแข็ง ไอศกรีม พาย ฯลฯ อาหารฟาสฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า

3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นพื้นฐานของการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยทุกรายควรปฏิบัติ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การเดินบนพื้นราบ การวิ่ง ปั่นจักรยาน เป็นต้น ในการออกกำลังกายครั้งแรกเดินช้าๆ 3 - 5 นาที พัก 3 - 5 นาที แล้วเดินอีก 2 - 3 รอบแล้วจึงค่อยๆ ปรับเพิ่มระยะเวลาการเดินในแต่ละช่วงให้นานขึ้นเรื่อยๆ จนสามารถทำต่อเนื่องได้ 10 - 15 นาที ก่อนปรับเพิ่มพลังของการออกกำลังกายระยะในช่วงออกกำลังกาย (conditioning) เวลา 30 - 60 นาที ความถี่ของการออกกำลังกาย 3 - 5 วัน ต่อสัปดาห์ ในกรณีที่ออกกำลังกายไม่หนักมากสามารถทำได้ทุกวัน การออกกำลังกายในที่นี้ไม่ได้หมายถึงแต่การออกกำลังกายชนิด aerobic เท่านั้นแต่ยังหมายถึงการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันของไ้ทำงาน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระฉับกระเฉงอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ เดินขึ้นบันได เดินในที่ทำงาน เดินในตลาด/ห้างสรรพสินค้า ทำงานบ้าน (พรวนดิน รดน้ำต้นไม้ พาสุนัขไปเดิน) หรืองานอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน สำหรับผู้ที่ไม่มีเวลาในการ

ออกกำลังกายก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายได้เช่นกัน (วิศาล ชันธรัตน์กุล, 2553 อ้างอิงใน นงนุช โอบะ, 2555, หน้า 162) การออกกำลังกายช่วยให้บุคคลมีความสมดุลของสรีระร่างกาย ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด ลดปริมาณไขมัน คอเลสเตอรอล ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มประสิทธิภาพระบบไหลเวียนเลือด เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และยังช่วยลดความดันโลหิตสูง ลดความเสี่ยงต่อภาวะเครียด ความเครียดและความกดดันทางจิตใจต่างๆ มักจะมีมาร่วมกันกับการตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ถูกกระตุ้นนาน ก็จะทำให้เกิดความตึงและล้า ดังนั้นความตึงเครียดของร่างกายทั้งระบบจึงทำให้กล้ามเนื้อตึงแข็ง ล้าและปวดเมื่อย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ คอ ศีรษะ อาการตึงเครียดที่เกิดขึ้นนี้ หากไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไป อาการตึงเครียดนี้จะค่อยๆ เพิ่มพูนมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553, หน้า 146-178)

3. งดดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ดื่มไม่เกินปริมาณขนาดกลาง (moderation of alcohol consumption) จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 drinks/วันในผู้ชาย (ethanol 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มล., ไวน์ 300 มล) และไม่เกิน 1 drink/วัน ในผู้หญิง จะลดความดันโลหิต systolic ได้ 2-4 มม.ปรอท.

4. งดสูบบุหรี่ สารกระตุ้น และสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ

5. ฝึกอารมณ์ ควบคุมความเครียด หลีกเลี่ยงการอดนอน ในปัจจุบันมีวิธีที่ได้รับความนิยม และมีการศึกษาถึงประสิทธิผลหลายวิธี อย่างเช่น การผ่อนคลาย มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยผ่านการควบคุมกล้ามเนื้อหรือการหายใจ เช่น การผ่อนคลายโดยการคลายกล้ามเนื้อเมื่อเครียด เมื่อรู้สึกถึงความแตกต่างของความตึง-คลายแล้ว เมื่อมีความเครียด จะมีกล้ามเนื้อบางส่วนเกร็งโดยอัตโนมัติ (เช่นที่คอ และไหล่) ทันทิที่รู้สึกถึงความตึงให้ค่อยๆ คลายกล้ามเนื้อส่วนนั้น หากทำไม่ได้ให้ลองเกร็งให้มากขึ้น แล้วค่อยๆ คลาย หรือการทำสมาธิ ฝึกควบคุมการหายใจ หายใจออกยาวๆ จากนั้นหายใจเข้าลึกๆ โดยพยายามให้ท้องป่องออก กลั้นหายใจเล็กน้อย แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก สังเกตว่าท้องจะยุบลง เมื่อหายใจออกจนหมด กลั้นหายใจเล็กน้อย แล้วสูดหายใจเข้าอีกครั้ง ช่วงแรกทำ 3-5 ครั้ง จากนั้นฝึกทีละ 10 ครั้ง และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจร และความตึงของกล้ามเนื้อก่อนทำ และหลังทำ

การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลมโหสถ

การบริการโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลมโหสถ แบ่งเป็น 2 ประเภท (Sombandith, 2014) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ และแบบทุติยภูมิ

1. โรคความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบมากที่สุดร้อยละ 95 ซึ่งเกิดจาก ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม อายุ (> 55 ปี สำหรับผู้ชาย และ > 65 ปีสำหรับผู้หญิง) โรคอ้วน ไขมันในหลอดเลือดสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ ไม่ได้ออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานอาหารเค็ม

2. โรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 5 ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ มักมีสาเหตุจากภาวะอื่นที่มีผลต่อไต หลอดเลือดแดง หัวใจ หรือระบบต่อมไร้ท่อ

หลักการรักษา หลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลมโหสถ (Sombandith, 2014) มีดังนี้

1. การปรับพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งต้องทำในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และมีความสำคัญในการรักษาด้วย เพราะทำให้สามารถลดจำนวนและขนาดยาลงได้ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไม่ควรเสียเวลากับการปรับพฤติกรรมก่อนการให้ยาลดความดันโลหิต แต่ควรทำไปพร้อมกับการให้ยา นอกเหนือจากการปรับพฤติกรรมจะมีผลต่อความดันโลหิต ยังมีผลให้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของ CVD และภาวะทางคลินิกอื่นๆ ได้ การให้คำแนะนำในเรื่องการจำกัดการรับประทานเกลือ การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ควรหยุดสูบบุหรี่

2. การให้ยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแพทย์สามารถเลือกการเริ่มยารักษาเดี่ยว หรือให้ยาร่วมกันตามความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย สามารถปรับยาหากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และการพิจารณาเลือกชนิดของยาโดยใช้หลักการเลือกใช้ชนิดของยาร่วมด้วย ซึ่งแพทย์ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับคือ น้อย ปานกลาง สูง และสูงมาก ดังนี้

2.1 ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูง และสูงมาก แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาทันที ร่วมกับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการปรับพฤติกรรม

2.2 ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง แพทย์จะให้เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงติดตามดู 3-6 เดือน ถ้าพบว่าระดับความดันโลหิต $< 140/90$ มม.ปรอท ก็จะเริ่มให้ยา แต่ถ้า $> 140/90$ มม.ปรอท ก็จะให้เฝ้าระวังต่อไป

2.3 ถ้าพบว่ามียาปัจจัยเสี่ยงน้อย ให้การเฝ้าระวัง 6-12 เดือน ถ้าพบว่าระดับความดันโลหิต $\geq 150/95$ มม.ปรอท จะให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต แต่ถ้าความดันโลหิต $< 150/95$ มม.ปรอท ก็จะเฝ้าระวังต่อ

ในการเฝ้าระวังความดันโลหิตขึ้นอยู่กับแพทย์ ซึ่งก่อนที่แพทย์จะตัดสินใจให้การรักษาแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะมีการประเมินในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนและการถูกทำลายของอวัยวะต่างๆของร่างกายจากโรคความดันโลหิตสูง อาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วย เช่น ยา สังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติ และศาสนา การประเมินปัจจัยเสี่ยงดังตาราง

ตาราง 4 การประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)		
	ระดับที่ 1 (BP 140-159/90-99)	ระดับที่ 2 (BP 160-179/100-109)	ระดับที่ 3 (BP $\geq 180/110$)
ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	เพิ่มเล็กน้อย	เพิ่มปานกลาง	เพิ่มสูง
มี 1-2 ปัจจัยเสี่ยง	เพิ่มปานกลาง	เพิ่มปานกลาง	เพิ่มสูงมาก
มี 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป	เพิ่มสูง	เพิ่มสูง	เพิ่มสูงมาก
เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	เพิ่มสูงมาก	เพิ่มสูงมาก	เพิ่มสูงมาก

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลมโหสถ สปป.ลาว มีทั้งการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา

ทฤษฎีการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองตามระบบของโอเร็ม มองว่าเป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ ส่งเสริมการเจริญเติบโต ป้องกันควบคุม รักษาภาวะไร้สมรรถภาพ ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุก (Orem, 1991, p.167 อ้างอิงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 27-30; จันทรเพ็ญ สันตวาจา และคณะ, 2548, หน้า 71-82) โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisite) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ได้แก่

1.1 คงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องของร่างกาย

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ จัดให้มีการขับถ่ายสิ่งปฏิกูล สุขวิทยา และสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและทำหน้าที่เป็นไปตามปกติ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย ตอบสนองอารมณ์ สติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมรับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อน ใช้กฎเกณฑ์ทางขนธรรมนิยมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการทำกิจกรรม

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คงไว้ซึ่งคุณภาพ และความสมดุลที่จำเป็น ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับคนรอบข้าง ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ สนใจและรับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จัดการป้องกัน หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเอง ควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบของสังคมและความสามารถของของตนเองพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งมโนทัศน์ กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ สนใจค้นหาความผิดปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisite) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในแต่ละระยะของมนุษย์ เช่น เหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการได้แก่ การตั้งครมภ์ การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา กระบวนการพัฒนาได้แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ 1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา 2) ดูแลและป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ป่วยอยู่ในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisite) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็น ประกอบด้วย

3.1 การแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือโรคที่เป็นอยู่ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของชีวิต

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือป้องกันผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency: SCA) ของบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถ ซึ่งในที่นี้หมายถึง ความสามารถ พลังที่เอื้ออำนวย ต่อการประกอบกิจกรรมในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 34-36) ความสามารถนี้ ประกอบด้วย

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

1.1 ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถในการที่จะรู้คิดเกี่ยวกับความหมายและความจำเป็นของการกระทำโดยสามารถรู้ปัจจัยภายในและภายนอก (เงื่อนไข) ที่สำคัญต่อการดูแลตนเอง รู้ความหมายของเงื่อนไข ปัจจัยและการควบคุมเงื่อนไขปัจจัยเหล่านั้น

1.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นการสะท้อนถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ควรปฏิบัติ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย การเตรียมเพื่อการดูแลตนเอง โดยการเตรียมตัวเอง วัตถุประสงค์ของละสิ่งแวดล้อม และการลงมือปฏิบัติดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวก็คือความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นคุณลักษณะที่จำเป็น และเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำที่จิตใจเพื่อการดูแลตนเอง กล่าวคือบุคคลต้องการพลังความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและความเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเองรับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและความเอาใจใส่สภาพแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหว ที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้สมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำ มีเป้าหมายของการดูแลตนเองสอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำ อย่างจริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป กล่าวคือเป็นการกระทำที่ไม่เฉพาะเจาะจง ในเรื่องสุขภาพเท่านั้น ซึ่งแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (การรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ การจำ และการวางแผนให้เหมาะสม) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.1 หน้าที่ของประสาทรับรู้เกี่ยวกับการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.2 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.4 นิสัยประจำตัว

3.5 ความตั้งใจ

3.6 ความเข้าใจในตนเอง

3.7 ความหวังในตนเอง

3.8 ความยอมรับในตนเอง

3.9 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.10 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

จะเห็นได้ว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ย่อมขาดความสามารถในการทำกิจกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือทั้งขาดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง ดังนั้นการประเมินการดูแลตนเองจะต้องประเมินความสามารถที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อตัดสินความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ระบบการพยาบาล

โอเร็ม กล่าวว่า ระบบการพยาบาล เป็นระบบที่ได้มาจากความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับรับบริการ ระบบการพยาบาลเป็นระบบ

ของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยแบ่งระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 37-47) ได้แก่

1. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้นำ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลนี้ได้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจได้ ไม่ว่าในรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือท่าทางของตนเองได้ ผู้ที่รับรู้หรืออาจสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ แต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหว หรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ห้ามทำกิจกรรม และผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง ได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

2. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory nursing system) ในระบบนี้พยาบาลกับผู้ป่วยร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ความมากน้อยของการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย พยาบาลและผู้ป่วยจะมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยพยาบาลจะช่วยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ ในขณะที่ผู้ป่วยอาจปฏิบัติกิจกรรมในบางส่วนที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ในระบบนี้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาลในการปฏิบัติดูแลตนเอง การสอนจะต้องรวมผู้ป่วย และครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย บทบาทของพยาบาล คือ นอกจากการสอน ชี้นำ สนับสนุนแล้วยังต้องดูในเรื่องของสภาพสิ่งแวดล้อม และคอยกระตุ้น ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง มีดังนี้

3.1 การสอน (Teaching) วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ ในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนผู้ป่วย จึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง หลักในการสอนผู้ป่วยประกอบด้วย

3.1.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้ การดูแลตนเองในบางส่วนมาแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ การสอนจึงอาจเริ่มในสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการ เช่น การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.1.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิม ของ ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผน ดำเนินการสอน เพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

3.1.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ผู้ป่วยต้อง ไม่อ่อนเพลียหรือเครียดมากเกินไป การสอนจะต้องสอนให้ชัดเจน เฉพาะเจาะจง ใช้เวลาสั้นๆ และ จะต้องจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพัก และมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้

3.1.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วม และการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งจะกระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัด การกระทำต่างๆ ในการดูแลตนเอง และควรให้ผู้ป่วย หรือญาติผู้รับผิดชอบได้เริ่ม และ มีส่วนร่วม เมื่อพยาบาลกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้กับผู้ป่วย พยาบาลไม่เพียงแต่สอนหลักการ ให้ผู้ป่วย แต่ต้องให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องทำอะไร ให้โอกาสผู้ป่วยได้ฝึกและเรียนรู้จาก ความผิดพลาด การลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตรายจะเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และ จำได้แม่นยำมากขึ้น

3.1.5 การประเมิน โดยการไต่ถามผู้ป่วยในการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรม พยาบาลต้องประเมินถึง ความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและ ให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจงและแก้ไขหลีกเลี่ยงไม่ตีเถินหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือ ลงโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจและความเป็นมิตร

3.1.6 เนื้อหาและวิธีการสอน จะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ ของ ผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน

3.1.7 การมีสิ่งรบกวน โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหรือคลินิกตรวจผู้ป่วยจะขัดขวาง ต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้

3.1.8 สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร ผู้ที่จะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกวันหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.1.9 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยายามกับผู้ป่วย มีการติดต่อวางแผนเป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

กล่าวโดยสรุป การที่ผู้ป่วยได้รับการสอนในลักษณะที่พยาบาลต้องให้เกียรติและยอมรับผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีทัศนคติ และความเชื่อที่แตกต่างไปจากพยาบาล การที่ให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในเรื่องของโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จะช่วยลดจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อันจะเป็นการส่งผลดีต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและของประเทศชาติ และยังส่งผลให้ผู้รับบริการมีเจตคติที่ดีต่อระบบบริการของโรงพยาบาลและสถาบัน

3.2 การชี้แนะ (Guiding) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีนี้ผู้ป่วย หรือ ผู้ให้บริการ สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา พยาบาลและ ผู้รับการช่วยเหลือ จะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3.3 การสนับสนุน (Supporting) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การสนับสนุน อาจเป็นคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การมอง การสัมผัส กิริยาท่าทางของพยาบาลต้องให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล

3.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคล ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Providing appropriate environmental conditions) เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ในการวางแผนที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมาย สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ และติดต่อกับตนเอง และบุคคลอื่น เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อที่จะให้คำแนะนำ และสนับสนุน และวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ

โอเร็มได้ให้ข้อคิดว่า การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็น และควรจะใช้ในการดูแลครอบครัว สถาบันเลี้ยงดูเด็ก สถานพยาบาล โรงเรียนและโรงพยาบาล ซึ่งมีคนอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ประสิทธิภาพของการใช้วิธีนี้ขึ้นอยู่กับความสร้างสรรค์ ความรู้ เจตคติ และการนับถือบุคคลอื่นของพยาบาล หรือผู้ให้ความช่วยเหลือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาการมักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ด้วย

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และระบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใน สปป. ลาว คือ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นโปรแกรมการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. การสอน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ทำการสอนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นการสอนเป็นรายกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการบรรยายเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การงดหรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจัดการยัดเยียดกล้ามเนื้อ การจัดการกับความเครียด

2. การชี้แนะ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แนะ โดยการแนะนำการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยยังเป็นปัญหาในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

3. การสนับสนุน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ให้การสนับสนุนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และพยาบาลช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเอง โดยการให้กำลังใจ และใช้วิธีการสนับสนุนทางโทรศัพท์ เป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้วิธีการการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน ส่งเสริมการดูแลช่วยเหลือการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และนอกบ้าน ให้มีความเหมาะสมในการออกกำลังกาย การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน มีการเรียนรู้จากบุคคลอื่นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้พยาบาลยังได้ดูความเหมาะสมในการจัดเตรียมอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน และเป็นการติดตามชี้แนะในสิ่งที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยาบาลชุมชนมีการปฏิบัติงานหลากหลายบทบาท ด้วยทักษะความรู้ในระดับพื้นฐาน (Generalist) และในระดับสูง (Specialist) (ศิริพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพฑูริย์กิจ, 2555, หน้า 37-38; คณะกรรมการฝึกอบรมและการสอนความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการนวดกระดูกสันหลังการพยาบาล, 2551, หน้า 123-127) บทบาทที่สำคัญ มีดังนี้

1. ผู้ดูแล (Care provider/Clinical Role) ให้บริการแบบผสมผสานแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงหรือเปราะบางทางสุขภาพ
2. ผู้ให้ความรู้ (Educator/Health Teacher Role) เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง ในด้านสุขภาพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ตลอดจนพัฒนาการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น พัฒนาการดูแลสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น
3. ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ (Advocate Role) โดยให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับทางเลือกในการ ให้บริการสุขภาพ และพัฒนาการให้มีคุณภาพ เสมอภาพและเป็นธรรม
4. ผู้จัดการ (Manager Role) โดยจัดการระบบบริการในชุมชน ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน การวางแผนดำเนินการแก้ไข ควบคุมกำกับ นิเทศงาน และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
5. ผู้ประสานงาน (Co-ordination Collaborator Role) โดยปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพ ทีมพัฒนาชุมชนด้านอื่นๆ เช่น สังคมสงเคราะห์ การศึกษา การเกษตร องค์กร เอกชน และองค์กร ชุมชน ประสานงานและให้ความร่วมมือการปฏิบัติงานเพื่อให้บริการอย่างมีคุณภาพ
6. ผู้นำ (Leader Role) ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาสุขภาพประชาชนสนับสนุน ให้มีการจัดตั้งองค์กรในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาโดยชุมชน รวมทั้งเป็นแบบอย่างของผู้มีสุขภาพดี
7. ผู้วิจัย (Researcher Role) ค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำผลมาแก้ปัญหาทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นผู้วิจัยหรือร่วมทำงานวิจัยก็ได้

การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นการให้บริการด้านแรกที่ประชาชนจะสามารถเข้ารับ บริการได้สะดวก บริการสุขภาพในทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มโรค ตามปัญหาสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ผสมผสานและสอดคล้อง เชื่อมประสานกับบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่มีความซับซ้อน มีบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ให้บริการตามมาตรฐาน ให้บริการฉุกเฉินและ อุบัติเหตุ และรับส่งผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารจากระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีการกำกับและพัฒนา คุณภาพที่ต่อเนื่อง โดยบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะเป็นไปตาม มาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิดังนั้นบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ จึงสอดคล้องกับมาตรฐานการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ศิริพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555, หน้า 38-39) ดังนี้

1. ให้บริการผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ให้ความรู้ ติดตาม เยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัว ทุกกลุ่มอายุในสถานบริการสุขภาพและชุมชน โดยให้บริการตั้งแต่ก้าวแรกที่มีผู้มา

ให้บริการและดูแลอย่างต่อเนื่อง คำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ คุณภาพ และมาตรฐานของการบริการ ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ

2. จัดการบริการในเชิงรุก ทั้งในด้านการบริหารบุคคล บริหารทรัพยากร และงบประมาณ และคำนึงถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนของการจัดบริการ สนับสนุนการพึ่งพาตนเองของประชาชนและชุมชน

3. นำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและชุมชน รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของชุมชนและสังคมสิ่งแวดล้อมในชุมชน

4. ให้ข้อมูล ความรู้ คำปรึกษาแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนทุกกลุ่มเป้าหมาย

5. ประสานงานและเชื่อมต่อระบบที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับเดียวกันและระดับสูงขึ้น เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้รับบริการ และผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

6. เป็นทีมงานกับเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ องค์การบริการส่วนท้องถิ่นและประชาชน โดยอาศัยความมีทัศนคติ บุคลิกภาพ และมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

7. เป็นนักวิจัยหรือนำผลการวิจัยไปพัฒนาการบริการ หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

8. ควบคุมและพัฒนาคุณภาพของการบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบการประเมินผลการบริการทั้งจากผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้อง โดยกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพอย่างชัดเจน ตรวจสอบได้

พยาบาลชุมชนมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพในพื้นฐานทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล และชุมชน เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพและก่อให้เกิดผลลัพธ์คือ ประชาชนในชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพได้

ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2549 อ้างอิงใน สุกัญญา มัลย์มาต, 2554, หน้า 42-44) ประกอบด้วย

1. มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ

2. มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct Care)
3. มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)
4. มีความสามารถในการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)
5. มีความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (Consultation)
6. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)
7. มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)
8. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)
9. มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากขอบเขตและสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ต้องดูแล จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ผู้วิจัยจึงจัดทำเป็นโปรแกรมการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังรายละเอียด ดังนี้

1. การสอน เป็นการสร้างศักยภาพในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพจะ สร้างศักยภาพในการเข้าถึงปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ (วรรณภา ศิริธัญรัตน์ ผ่องพรรณ และคณะ, 2555, หน้า 36) การสอนทางสุขภาพ มี 3 ประเภท ตามจำนวนของกลุ่มเป้าหมาย (ภัททรา เล็กวิจิตรธาดา และอัจฉรา จินายน , 2553, หน้า 74-81) ดังนี้

1.1 การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว ทำให้ผู้ที่ได้รับการสอนเกิดความรู้ และมีความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ เช่น การสอนในคลินิก เป็นการสอนผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับบริการในสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องสามารถพึ่งพาตนเองได้

1.2 การสอนเป็นรายกลุ่ม เป็นการสอนผู้เรียนตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ในการสอนจะเกิดมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนและระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ขนาดของกลุ่มที่สอน ถ้ากลุ่มเล็กคือ 5-10 คน และกลุ่มใหญ่คือ 30-60 คน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการสอน ซึ่งในการการสอนแบบรายกลุ่มนี้ก็จะมีการสอนแบบบรรยาย การสอนแบบสาธิต การสอนแบบอภิปรายกลุ่ม และการสอบแบบบทบาทสมมติ เป็นต้น

1.3 การสอนสุขศึกษา เป็นการสอนความรู้จากข้อเท็จจริง ท้นเหตุการณ์ สามารถกระตุ้นให้ประชาชนสนใจปัญหาสุขภาพ และคิดแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

2. การชี้แนะ เป็นการให้คำปรึกษาโดยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา โดยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป คือ ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้ เข้าใจปัญหาของตนเอง ตลอดจนสามารถปรับตัว จัดการกับปัญหา ตัดสินใจแก้ไข ปัญหา และพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถมีสุขได้สูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2553, หน้า 4)

3. การใช้เทคโนโลยี การสื่อสารด้วยโทรศัพท์ปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีทางการสื่อสารมาช่วยในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเช่น โทรศัพท์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งใช้ในการนัดหมายเพื่อเยี่ยมบ้านการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด หรือการให้ความรู้หรือคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ที่บ้าน จึงทำให้สามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวก และรวดเร็วรวมทั้งค่าบริการถูก ส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มความคล่องตัวมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (ณัฐริกา ปรุสสาทแก้ว และคณะ, 2555, หน้า 1)

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน มุ่งจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพโดยให้บริการผสมผสานเป็นองค์รวมด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการตามแผนการดูแลเหมาะสมกับความต้องการสามารถดูแลตนเองให้เกิดสุขภาวะได้ โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2556, หน้า 33-34) ดังนี้

4.1 วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

4.1.1 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความพร้อมผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินการวางแผนจำหน่ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยเกี่ยวข้องที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลปรับแผนการพยาบาลเพิ่มเติมจากปัญหาที่พบที่บ้าน

4.1.2 เพื่อให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสมสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง

4.1.3 เพื่อให้บริการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้

4.1.4 เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องลดอาการรุนแรงเจ็บปวดของภาวะการเจ็บป่วยและพิการ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

4.1.5 เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2 กระบวนการเยี่ยมบ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรอง, 2549, หน้า 76-78) พยาบาลควรดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 การติดต่อ โดยการโทรศัพท์ติดต่อล่วงหน้าเป็นการขออนุญาตเข้าเยี่ยม การติดต่อเป็นการแจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยม และกำหนดการเยี่ยม

4.2.2 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัย ผู้ให้บริการและครอบครัวแนะนำตนเองต่อกัน แจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยม สร้างความไว้วางใจแก่ครอบครัวและดำรงสัมพันธภาพที่ดี จะช่วยให้การเยี่ยมและปฏิบัติการพยาบาลประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี

4.2.3 การเข้าถึงครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นคือ การเข้าถึงครอบครัวในกระบวนการเยี่ยมบ้าน และการเข้าถึงสถานการณ์ชีวิตของครอบครัว แต่ก่อนอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือข้อจำกัดของครอบครัวนั้นๆ

4.2.4 การดำเนินการเยี่ยม เป็นระยะที่ผู้วิจัยให้บริการพยาบาลขณะเยี่ยมสังเกตสถานการณ์ของครอบครัว จัดทำแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับครอบครัว และปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4.2.5 ขั้นสิ้นสุดการเยี่ยม ผู้วิจัยทบทวนคำแนะนำ และกิจกรรมการดูแลซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องปฏิบัติเองก่อนสิ้นสุดการเยี่ยม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และคณะ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในญาติของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่เป็นญาติสายตรงของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 42 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

ประจวบ สุขสัมพันธ์ และคณะ (2549) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโรค หิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำหลายครั้งกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ ชี้นำ สนับสนุน สร้างสิ่งแวดล้อม ให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การงดหรือลดดื่มสุรา สูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองทันทีหลังการทดลอง 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต และคณะ (2550) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ภายใน 1 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุชาติดา อุปพัทธวานิชย์ (2550) ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ก่อนได้รับการดูแลตนเองที่บ้านและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนค่าความดันโลหิตกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม มีค่าความดันโลหิตทั้งช่วงบนและช่วงล่าง ต่ำกว่า

ก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปิยมาลัย อาสาสมัคร และคณะ (2551) ศึกษา ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการรักษาจากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทั้งในสถานบริการและที่บ้านของผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี หลังการทดลองของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่ต่ำกว่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชนนาค วรรณพรศิริ และวนิดา มาด้วง (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยต้องซัง ทัศนสถานหญิงพิษณุโลก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองฯ ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการชี้แนะความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมด้วยคู่มือส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล โดยการสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมกับหุ่นสาธิตและทักษะการจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ต้องซังที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพหลังสิ้นสุดการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพหลังสิ้นสุดการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมใจ ราชวง (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การรับรู้ความสามารถ

ของการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ระหว่างกลุ่มการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันทางสถิติ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระหว่างกลุ่มค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ราชินี ใจคำสืบ และคณะ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับการเดินออกกำลังกายต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้เคมีบำบัด กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เสาวณีย์ ขวานเพชร และคณะ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคพลังงานรวม ไขมันรวม ไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอล และโซเดียม หลังทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีการบริโภคไขมันรวม ไขมันอิ่มตัว ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองบริโภคโพแทสเซียมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีแนวโน้มลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

สมฤดี เลิศงามมงคลกุล และคณะ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

เจ็บป่วยระบบหายใจซึ่งรับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 47 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 23 ราย ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 24 ราย ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยผู้วิจัยพบกับการดาวันละครั้ง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกันนาน 2 วัน มอบคู่มือการดูแลบุตรโรคติดเชื้อเจ็บป่วยระบบหายใจและโทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการ 1 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดา พบว่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.13, p < .001$)

อมรรัตน์ สมมิตร และคณะ (2554) ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กาญจนา นิมิตร และคณะ (2555) ศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 26 ราย โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุน ประกอบด้วย การสอน การสร้างสิ่งแวดล้อม การชี้แนะและการสนับสนุน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาการปวดหลังหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

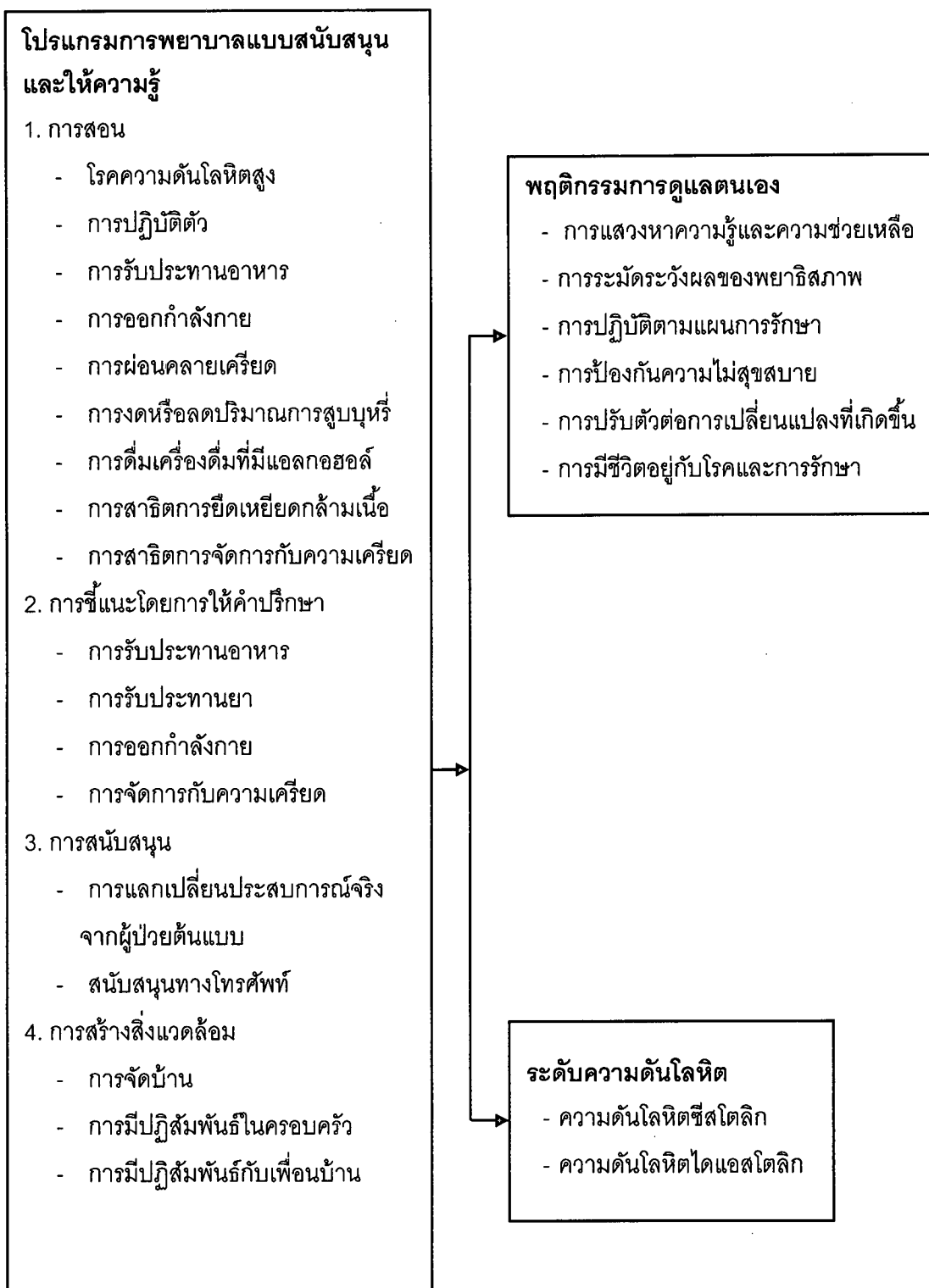
ธนพร วรรณกุล และคณะ (2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โปรแกรมการสุขศึกษา ประกอบด้วย การศึกษาเรื่องความดันโลหิตสูงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้

ในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การงดหรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการตรวจตามนัด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฐิติพร ถนอมบุญ และคณะ (2555) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม ร่วมกับการจัดการรายกรณีในการป้องกันการเกิดซ้ำของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาพักรักษาด้วยเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระดับความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยภายหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลลดลงต่ำกว่าก่อนการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระดับความพึงพอใจในการให้การพยาบาล มีคะแนนอยู่ในระดับดีมากในทุกขั้นตอนการดูแล

ณัฐริรา ประสาทแก้ว และคณะ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิต ซิสโตลิกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้มีการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย