

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ผลการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแล
จากสถานีสุภาพชุมชนตำบลหนองตาต อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์
The Effects of Blood Pressure Reduction in Hypertensive Patients
Receiving Care at Health Station in Nong Tat Sub district,
Muang District, Buri Ram Province

นลัท พรชัยวรรณชาติ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

วรยศ ดาราสว่าง, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา)*

Nalat Pornchaiwannachai, M.D., Diploma of Thai Board of Family Medicine*

Worrayot Darasawang, M.D., Diploma of Thai Board of Preventive Medicine (Epidemiology)*

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

*Department of Social Medicine, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000

Corresponding author, E-mail address: viannoy_mean@hotmail.com

Received: 02 Sep 2024. Revised: 11 Sep 2024. Accepted: 19 Nov 2024

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันได้ดี สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยปฏิเสธการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยปัญหาภูมิลาเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลารอคอยในการตรวจรักษานาน จึงเกิดแนวคิดการจัดตั้งสถานีสุภาพชุมชนขึ้น เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลจากสถานีสุภาพชุมชน
- วิธีการศึกษา** : การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม (Quasi-Experimental study) กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการสถานีสุภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านหนองตาตจำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มารับบริการสถานีสุภาพจำนวน 100 คน ผลการศึกษาจะแสดงเป็น p-value ที่กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
- ผลการศึกษา** : ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังใช้บริการสถานีสุภาพเป็น 134.6 mmHg ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มารับบริการสถานีสุภาพ (139.0 mmHg) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0048) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังใช้บริการสถานีสุภาพเป็น 78.8 mmHg ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มารับบริการสถานีสุภาพ (81.6 mmHg) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.024) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้บริการสถานีสุภาพสามารถป้องกันการปรับเพิ่มยาความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 84.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 0.154 (95% CI เป็น 0.035-0.664))
- สรุป** : จากการศึกษผลการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลจากสถานีสุภาพชุมชน พบว่าสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และหัวใจคลายตัวได้ดี นอกจากนั้นยังสามารถป้องกันการปรับเพิ่มยาความดันโลหิตสูงได้
- คำสำคัญ** : ความดันโลหิตสูง สถานีสุภาพ การปรับเพิ่มยาความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

- Background** : The problem of hypertensive patients being unable to effectively control their blood pressure is partly attributed to their refusal to adhere to continuous follow-up care. One contributing factor is the geographic remoteness of their residences and the long waiting times for medical consultations. As a result, the concept of establishing health stations was introduced to provide care for hypertensive patients.
- Objective** : To evaluate the effects of blood pressure reduction in hypertensive patients receiving care at health stations.
- Methodology** : This study is Quasi-Experimental study comparing two groups: one with specific factors and a control group. The sample consists of 100 participants who received services at the Nong Tat Subdistrict Health Promotion Hospital's community health station and 100 participants who did not receive services at the health station. The results will be presented as p-values, with statistical significance set at 0.05.
- Results** : The average systolic blood pressure after using the health station service was 134.6 mmHg, which was significantly lower than the group that did not use the health station service (139.0 mmHg), with a p-value of 0.0048. Similarly, the average diastolic blood pressure after using the health station service was 78.8 mmHg, which was lower than the group that did not use the service (81.6 mmHg), with a p-value of 0.024. Additionally, the use of the health station service was found to significantly reduce the need for an increase in antihypertensive medication by 84.6%, with a relative risk (RR) of 0.154 (95% CI: 0.035 - 0.664).
- Conclusion** : The study on the effects of blood pressure reduction in hypertensive patients receiving care at a community health station found that it effectively reduced both systolic and diastolic blood pressure levels. Additionally, the service was able to prevent the need for an increase in antihypertensive medication.
- Keywords** : Hypertension, Health Station, Antihypertensive Medication Adjustment.

หลักการและเหตุผล

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เผยแพร่รายงานจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

โรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าระหว่าง ปีพ.ศ. 2533 และ 2562 จาก 650 ล้านราย เป็น 1300 ล้านราย แต่กลับมีผู้ป่วยถึง 4 ใน 5 ที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ดี⁽¹⁾ จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

จากปี พ.ศ.2564 จำนวน 2 แสนคน รวมเป็นจำนวน 6.8 ล้านคน ส่วนในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 5 แสนคน⁽²⁾ ซึ่งสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดบุรีรัมย์ จากสถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ มีรายงานปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายปีดังนี้ ปี พ.ศ. 2564 พบรายงานผู้ป่วยวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 143,701 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้อยู่ 65,577 คน ในปี พ.ศ.2565 พบรายงานผู้ป่วยวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 5,593 คน รวมเป็น 149,294 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้อยู่ 69,607 คน และในปี พ.ศ. 2566 พบรายงานผู้ป่วยวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอีก 4,365 รวมเป็น 153,659 คน และเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้อยู่ 64,205 คน⁽³⁾ และจากสถิติในพื้นที่ตำบลหนองตาต อำเภอมือเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านหนองตาตจำนวน 319 คน แต่ควบคุมความดันได้ดีเพียง 159 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่รพ.สต.บ้านปึกฝายจำนวน 250 คน แต่ควบคุมความดันได้ดีเพียง 110 คน⁽³⁾ ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คุมความดันได้ไม่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและการให้ยาลดความดันโลหิต วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในการควบคุมความดันโลหิต เช่น การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มการออกกำลังกาย เป็นต้น สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน มีการติดตามผลเป็นระยะๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย⁽⁴⁾ ซึ่งสาเหตุการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี เกิดได้จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค ผู้ป่วยปฏิเสธการ

ติดตาม ความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในสถานพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิภานาที่อยู่ห่างไกลระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา จึงเกิดแนวคิดการจัดตั้งสถานีสสุขภาพในชุมชนขึ้น⁽⁴⁻⁶⁾

สถานีสสุขภาพในชุมชนจะมีอุปกรณ์เครื่องมือวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักและสื่อความรู้ด้านสุขภาพให้กับคนในชุมชน โดยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวจัดอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสามารถให้การวัดความดันโลหิตคนในชุมชนได้อย่างถูกต้องและได้มาตรฐาน รวมถึงบูรณาการระบบบริการที่เชื่อมโยงโดยใช้กลไก 3 หมอ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพเบื้องต้นได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ดังนี้ งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการควบคุมความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน วัดโดยตัวผู้ป่วย ญาติ หรืออสม. พบว่าความดันโลหิตลดลง ทั้งขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁻¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการจัดตั้งจุดบริการตรวจวัดความดันโลหิตในพื้นที่ และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องโดย อสม. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมารับบริการอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความแออัดได้⁽¹²⁾ และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตลดลง ทั้งขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว⁽¹³⁻¹⁵⁾

การศึกษาผลการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลจากสถานีสสุขภาพชุมชน ดังกล่าวในจังหวัดบุรีรัมย์ยังไม่เคยได้รับการศึกษาวิจัย ซึ่งหากได้รับการศึกษาพัฒนาสถานีสสุขภาพจะมีประโยชน์ในการเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการติดตามรักษาและจะสามารถพัฒนาเพื่อกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลจากสถานีสสุขภาพชุมชน

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม (Quasi-Experimental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านหนองตาดและบ้านปึกฝายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 และมีการบันทึกเวชระเบียนในรูปแบบแฟ้มครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาต่อเนื่องมาไม่ต่ำกว่า 1 ปี

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณด้วยโปรแกรม Open Epi ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 42 คน บวก data loss ร้อยละ 10 รวมได้ 46 คน ซึ่งผู้ทำวิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้จำนวนทั้งหมด 200 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) หลังจากนั้นผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองคือ กลุ่มที่รับบริการสถานีสุภาพของรพ.สต.บ้านหนองตาดจำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ไม่ได้มารับบริการสถานีสุภาพ จำนวน 100 คน

นิยามศัพท์

สถานีสุภาพชุมชน หมายถึง บ้านประจักษ์ อสม. หรือศาลากลางหมู่บ้าน ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการวัดความดันโลหิตโดยอสม.ที่ผ่านการฝึกอบรมให้สามารถใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตได้อย่างชำนาญ โดยจัดตั้งหมู่บ้านละ 1 จุด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนและยังเป็นสถานที่ที่ให้อสม.ให้ความรู้พูดคุยปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชนทั่วไป

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือความดัน

โลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลและสถานีสุภาพ

การปรับเพิ่มยาความดันโลหิตสูง หมายถึง การปรับเพิ่มจำนวน ชนิดของยาลดความดันโลหิตเนื่องจากจำนวน ชนิดยาลดความดันโลหิตเดิมไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของการรักษา

การไปรับบริการที่สถานีสุภาพชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไปรับบริการที่สถานีสุภาพชุมชนในการดูแลของ รพ.สต.บ้านหนองตาด สำหรับผู้ที่ไม่ได้ไปรับบริการที่สถานีสุภาพชุมชน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ไปรับบริการที่ รพ.สต.บ้านปึกฝาย

รูปแบบสถานีสุภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ รพ.สต.บ้านหนองตาด

สถานีสุภาพของรพ.สต.บ้านหนองตาดได้จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2565 โดยจัดตั้งในทุกหมู่บ้านรวม 11 หมู่บ้าน มีอุปกรณ์เครื่องมือวัดความดันโลหิต และเครื่องชั่งน้ำหนัก มีสื่อด้านสุขภาพ มีการจัดอบรม อสม.ให้สามารถบริการวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกับคนในชุมชนได้ เปิดให้บริการทุกวัน เวลาให้บริการคือ 8.00 - 17.00 น. โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านหนองตาดจะส่งรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตที่สูงกำหนดนัดรับยาให้อสม. เพื่อให้ให้อสม.ติดตามมาวัดระดับความดันโลหิตที่สถานีสุภาพ ซึ่งมีอสม.ที่ผ่านการอบรมตรวจวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยแล้วส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านหนองตาดปรึกษาแพทย์ด้วยระบบไลน์ (telemedicine) ซึ่งในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี เพื่อเป็นการลดระยะเวลาการรอคอย ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์จะสั่งยาไว้แล้วให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้ารับยาได้ในช่วงป่วย หรือสามารถให้อสม. นำส่งมอบยาให้ผู้ป่วยที่บ้านได้โดยเภสัชกรอบรมความรู้พื้นฐานในการให้ยาให้กับอสม. แต่ในผู้ป่วยรายที่ควบคุมโรคไม่ดีจะนัดผู้ป่วยเข้ารับการตรวจกับแพทย์ด้วยตนเองที่รพ.สต.บ้านหนองตาด เพื่อปรับยา สอบถามและให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การเก็บข้อมูล

ผู้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในรูปแบบแฟ้มครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft Excel เพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ตัวแปรที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพจะแสดงผลเป็นความถี่และร้อยละ สำหรับตัวแปรต่อเนื่องจะแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประสิทธิภาพของสถานีสุขาภาพจะแสดงผลเป็นผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) ของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว นอกจากนี้ยังแสดงผลของประสิทธิภาพเป็น Relative risk (RR) และ 95%CI โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้โปรแกรม Epi-info version 3.5.1 (CDC, Atlanta) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การรับรองทางจริยธรรม

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการรับรองทางจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หนังสือรับรองเลขที่ 0033.102.1.34 รับรองเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่รับบริการและไม่รับบริการสถานีสุขาภาพ

สัดส่วนของผู้ที่มารับบริการสถานีสุขาภาพเป็นเพศชาย 38 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้มารับบริการสถานีสุขาภาพที่เป็นเพศชาย 34 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 ซึ่งไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.55$) ค่าเฉลี่ยอายุในกลุ่มที่มารับและไม่มารับบริการสถานีสุขาภาพเป็น 67.5 ปี และ 66.5 ปี ตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.56$) กลุ่มที่มารับบริการสถานีสุ

ภาพมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 23.5 กิโลกรัม/เมตร² ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มารับบริการมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 24.3 กิโลกรัม/เมตร² โดยไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.27$) (ตารางที่ 1)

ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มารับและไม่มารับบริการสถานีสุขาภาพเป็น 8.3 ปีและ 8.0 ปีตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.62$) โดยมีกลุ่มผู้ที่มารับบริการสถานีสุขาภาพที่ได้รับยาความดันโลหิตสูงชนิดเดียว (Monotherapy) จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.0 ซึ่งน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่มารับบริการสถานีสุขาภาพ (ร้อยละ 59.0) แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.56$) ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวก่อนทำการศึกษาในกลุ่มที่มารับและไม่มารับบริการสถานีสุขาภาพเป็น 140.3 mmHg และ 140.0 mmHg ตามลำดับ ($p\text{-value} 0.87$) นอกจากนี้ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของทั้งกลุ่มที่มารับและไม่มารับบริการสถานีสุขาภาพ ($p\text{-value} = 0.07$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มที่มารับและไม่มารับบริการสถานีสุขภาพก่อนทำการศึกษา (n=200)

ลักษณะพื้นฐาน	กลุ่มที่มารับบริการ สถานีสุขภาพ (n = 100)(%)	กลุ่มที่ไม่มารับบริการ สถานีสุขภาพ (n = 100)(%)	p-value
เพศ			0.55
ชาย	38 (38.0%)	34 (34.0%)	
หญิง	62 (62.0%)	66 (66.0%)	
อายุ (ปี) (Mean $\pm$ SD)	67.5 $\pm$ 13.0	66.5 $\pm$ 11.5	0.56
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²) (Mean $\pm$ SD)	23.5 $\pm$ 4.5	24.3 $\pm$ 5.0	0.27
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(ปี) (Mean $\pm$ SD)	8.3 $\pm$ 4.8	8.0 $\pm$ 2.9	0.62
ยาความดันโลหิตที่ได้รับ			0.56
ชนิดเดียว	55 (55.0%)	59 (59.0%)	
หลายชนิด	45 (45.0%)	41 (41.0%)	
ความดันโลหิตขณะหัวใจหดตัว (mmHg) (Mean $\pm$ SD)	140.3 $\pm$ 12.0	140.0 $\pm$ 12.4	0.87
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (mmHg) (Mean $\pm$ SD)	84.0 $\pm$ 13.6	81.0 $\pm$ 9.7	0.07

ผลของสถานีสุขภาพต่อการลดระดับความดันโลหิตและการปรับเพิ่มยาความดันโลหิตสูง

สถานีสุขภาพของรพ.สต.บ้านหนองตาดจัดตั้งขึ้น เนื่องจากปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี

ของคนไข้เพิ่มสูงขึ้น จึงจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2565 โดยความร่วมมือของอสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านหนองตาด



ภาพที่ 1 ภาพตัวอย่างการจัดตั้งสถานีสุขภาพในชุมชน

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหลังใช้บริการสถานีสุขภาพเป็น 134.6 mmHg ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มารับบริการสถานีสุขภาพ (139.0 mmHg) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.0048) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวหลังใช้บริการสถานีสุขภาพเป็น 78.8 mmHg ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มา

รับบริการสถานีสุขภาพ (81.6 mmHg) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.024) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้บริการสถานีสุขภาพสามารถป้องกันการปรับเพิ่มยาความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 84.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 0.154 (95% CI เป็น 0.035 - 0.664) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลของสถานีสุขภาพต่อการลดระดับความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนยาความดันโลหิตสูง (n=200)

ลักษณะพื้นฐาน	กลุ่มที่มารับบริการ สถานีสุขภาพ (n = 100)(%)	กลุ่มที่ไม่มารับบริการ สถานีสุขภาพ (n = 100)(%)	RR (95%CI)	p-value
ความดันโลหิตขณะหัวใจหดตัว (mmHg) (Mean ± SD)	134.6 ± 11.2	139.0 ± 10.5	4.39*	0.0048
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (mmHg) (Mean ± SD)	78.8 ± 8.7	81.6 ± 9.0	2.83*	0.024
การปรับเปลี่ยนยาความดันโลหิตสูง				0.0015
ใช่	2 (2.0%)	13 (13.0%)	0.154 (0.035-0.662)	
ไม่ใช่	98 (98.0%)	87 (87.0%)		

*Mean difference

กลุ่มที่มารับบริการสถานีสุขภาพสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี คิดเป็นร้อยละ 63 ซึ่งมากกว่า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลของสถานีสุขภาพชุมชนต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ดี (n=200)

ลักษณะพื้นฐาน	กลุ่มที่มารับบริการสถานีสุขภาพ (n = 100)(%)	กลุ่มที่ไม่มารับบริการสถานีสุขภาพ (n = 100)(%)
ผู้ป่วยความดันโลหิตที่ควบคุมความดันได้ดี	63 (63.0%)	50 (50.0%)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการที่ รพ.สต.บ้านหนองตาต ก่อนมีการจัดตั้งสถานีสุขภาพ สามารถควบคุมความดันได้ดี คิดเป็นร้อยละ 49.0 และ

หลังจากการจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชนสามารถควบคุมความดันได้ดีเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 63.0 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลของสถานีสุขภาพชุมชนในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเทียบก่อนและหลังมีสถานีสุขภาพในกลุ่มที่มารับบริการสถานีสุขภาพ

ลักษณะพื้นฐาน	ก่อนมีบริการสถานีสุขภาพ (n)(%)	หลังมีบริการสถานีสุขภาพ (n)(%)
กลุ่มที่มารับบริการสถานีสุขภาพ		
ผู้ป่วยความดันโลหิตที่ควบคุมความดันได้ดี	156 (49.0%)	201 (63.0%)

ข้อมูลจากสถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนมีบริการสถานีสุขภาพช่วง 1 สิงหาคม 2564 - 31 กรกฎาคม 2565 และหลังมีบริการสถานีสุขภาพช่วง 1 สิงหาคม พ.ศ.2565-31 กรกฎาคม พ.ศ 2566⁽³⁾

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังใช้ บริการสถานีสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะ หัวใจบีบตัวและคลายตัว มีค่าน้อยกว่าผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการสถานีสุขภาพ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌกมน มีธรรม⁽⁷⁾ ภูณิกา สุ่มทอง⁽⁸⁾ Karen L. Margolis⁽⁹⁾ Gianfranco Parati⁽¹⁰⁾ และ Benjamin R. Fletcher⁽¹¹⁾

ที่ศึกษาผลของการควบคุมความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัด ความดันโลหิตที่บ้าน ซึ่งวัดโดยตัวผู้ป่วยเอง ญาติ หรือสม. พบว่าความดันโลหิตลดลงทั้งขณะหัวใจบีบตัว และ คลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้อง กับการศึกษาของ Lin et al⁽¹³⁾ Truncali A⁽¹⁴⁾ และ Thankappan KR⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาการจัดตั้งจุดบริการตรวจ วัดความดันโลหิตในพื้นที่และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล

ตนเองที่ถูกต้องโดย อสม. พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตลดลงทั้งขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว

นอกจากนี้ ผลของการให้บริการสถานีสุภาพที่ทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และคลายตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยังสอดคล้องกับทฤษฎี Health Belief Model ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลองค์ประกอบของทฤษฎี Health Belief Model ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) คือ การที่บุคคลเข้าใจและตระหนักถึงความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ จะส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนเกิดเป็นแรงจูงใจที่จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และการรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) จากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานีสุภาพ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากอสม. ทำให้บุคคลตระหนักถึงความเสี่ยงที่ตนเองอาจเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁽¹⁶⁾ การเข้าถึงบริการวัดความดันโลหิตที่สถานีสุภาพ สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีของ Penchansky และ Thomas⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเข้าถึง (Access) ที่ดี ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ ความสามารถในการเข้าถึง (accessibility) สถานีสุภาพมีการจัดตั้งในชุมชนครบทุกหมู่บ้านในตำบลหนองตาด จึงมีระยะทางจากจุดบริการไม่ไกลจากบ้านผู้ป่วย ความพร้อมใช้งาน (availability) สถานีสุภาพมีอุปกรณ์เครื่องมือวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักพร้อมใช้งานและมีสื่อความรู้ด้านสุขภาพให้กับคนในชุมชน ความยอมรับ (acceptability) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้จัดอบรมให้ อสม.ที่จะให้บริการวัดความดันโลหิตที่สถานีสุภาพ เพื่อให้ได้ผลอย่างถูกต้องและได้มาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นและให้การยอมรับสถานีสุภาพ ความสามารถในการจ่าย (affordability) ผู้มารับบริการที่สถานีสุภาพไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และความเหมาะสม (adequacy) ในการออกแบบ การดำเนินการ และการประเมินบริการ สถานีสุภาพมีการออกแบบ

ระบบส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านหนองตาดด้วยระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) และระบบปรึกษาแพทย์ด้วยกลไก 3 หมออย่างชัดเจนเหมาะสมกับระบบชุมชน

นอกจากการให้บริการสถานีสุภาพจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีแล้ว ยังมีการศึกษาถึงรูปแบบสถานีสุภาพในชุมชนที่ให้บริการวัดทั้งความดันโลหิต และตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วให้ผู้เข้ารับบริการ ซึ่งมีผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(12,18) และผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾

จากผลการวิจัยที่พบว่า การใช้บริการสถานีสุภาพสามารถป้องกันการปรับเพิ่มยาความดันโลหิตสูงได้ โดยป้องกันได้ร้อยละ 84.6 จะเกิดประโยชน์ดังนี้ การรักษามีความคุ้มค่า (cost-effectiveness)⁽¹⁹⁾ หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการรักษาให้ผลลัพธ์ที่ดีในด้านสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่ต้องใช้ยาในปริมาณที่สูงขึ้น หรือใช้ยาหลายชนิดเพื่อควบคุมความดันโลหิต การลดการใช้ยาไม่เพียงแต่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ยังช่วยลดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยา (drug toxicity) ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในปริมาณที่สูงขึ้น หรือเมื่อมีการใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน (polypharmacy) นอกจากนี้การลดความจำเป็นในการใช้ยาหลายชนิดช่วยลดความเสี่ยงของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างยา (drug interactions) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยาแต่ละตัว

สรุป

จากการศึกษานี้ผลการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลจากสถานีสุภาพชุมชน พบว่าสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและหัวใจคลายตัวได้ดี นอกจากนั้นยังสามารถป้องกันการปรับเพิ่มยาความดันโลหิตสูงได้

ข้อจำกัด

1. จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน มีการสูญหายของข้อมูลในบางชุดข้อมูล (Missing Value) ซึ่งแก้ไขปัญหาเหล่านี้ด้วยการแทนที่ข้อมูลสูญหาย (Imputation) ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล
2. การควบคุมปัจจัยกวนต่างๆ เช่น ความเครียด การออกกำลังกาย เป็นต้น ยังเป็นข้อจำกัดการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

การให้บริการสถานีสภาพของรพ.สต. บ้านหนองตาต ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงได้ดีในระดับชุมชน จึงควรมีการนำเสนอ เพื่อของบประมาณขยายขอบเขตการให้บริการใน ตำบลอื่นๆ ในระดับอำเภอและในระดับจังหวัดต่อไป นอกจากนี้สามารถขยายขอบเขตผู้เข้ารับบริการเป็น ผู้ป่วยโรคอ้วน โดยการติดตามควบคุมน้ำหนัก และผู้ป่วย โรคเบาหวาน โดยการติดตามควบคุมระดับน้ำตาล ปลายนิ้วต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รพ.สต.บ้านหนองตาต และ รพ.สต.บ้านปึกฝาย ที่เอื้อเฟื้อข้อมูล ทำให้วิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension [Internet]. 2023. [cited 2024 Apr 11]. Available from:URL:https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/hypertension-report.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ควบคุมความดันโลหิต ยืดชีวิตให้ยืนยาว. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 เมษายน 2567]. ค้นได้จาก:URL:https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=34117&deptcode=brc.

3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน : การเฝ้าระวังข้อมูลระดับจังหวัด. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL:https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966%20b0664b89805%20a484d7ac96c6edc48
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : ทรินธิงค์ ; 2562.
5. Elnaem MH, Mosaad M, Abdelaziz DH, Mansour NO, Usman A, Elrggal ME, et al. Disparities in Prevalence and Barriers to Hypertension Control: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 2022;19(21):14571. doi: 10.3390/ijerph192114571.
6. Dhungana RR, Pedisic Z, Pandey AR, Shrestha N, de Courten M. Barriers, Enablers and Strategies for the Treatment and Control of Hypertension in Nepal: A Systematic Review. Front Cardiovasc Med 2021;8:716080. doi: 10.3389/fcvm.2021.716080.
7. ณกมน มีธรรม. ผลของการควบคุมความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลอำเภอเมืองยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(3):452-9.
8. ปุณิกา สุ่มทอง, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปรัชพร กลีบประทุม, วาสิณี อากักดี. ผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562;2(1):1-14.

9. Margolis KL, Asche SE, Bergdall AR, Dehmer SP, Groen SE, Kadrmas HM, et al. Effect of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure control: a cluster randomized clinical trial. *JAMA* 2013;310(1):46-56. doi: 10.1001/jama.2013.6549.
10. Parati G, Lombardi C, Pengo M, Bilo G, Ochoa JE. Current challenges for hypertension management: From better hypertension diagnosis to improved patients' adherence and blood pressure control. *Int J Cardiol* 2021;331:262-9. doi: 10.1016/j.ijcard.2021.01.070.
11. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The Effect of Self-Monitoring of Blood Pressure on Medication Adherence and Lifestyle Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Hypertens* 2015; 28(10):1209-21. doi: 10.1093/ajh/hpv008.
12. บริบูรณ์ รักษาแดน, วิโรจน์ วรรณภิระ, สุนันทา กักดีอำนาจ. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชนเมือง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมหมอครอบครัว. *พุทธชินราชเวชสาร* 2565;39(1):31-45.
13. Lu CH, Tang ST, Lei YX, Zhang MQ, Lin WQ, Ding SH, et al. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health* 2015;15:33. doi: 10.1186/s12889-015-1401-6.
14. Truncali A, Dumanovsky T, Stollman H, Angell SY. Keep on track: a volunteer-run community-based intervention to lower blood pressure in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(6):1177-83. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02874.x.
15. Thankappan KR, Sivasankaran S, Mini GK, Daivadanam M, Sarma PS, Abdul Khader S. Impact of a community based intervention program on awareness, treatment and control of hypertension in a rural Panchayat, Kerala, India. *Indian Heart J* 2013;65(5):504-9. doi: 10.1016/j.ihj.2013.08.023.
16. Rosenstock IM. The Health Belief Model. [Internet]. 2021. [cited 2024 August 20]. Available from: URL: <https://psu.pb.unizin.org/kines082/chapter/the-health-belief-model/>.
17. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *J Health Serv Res Policy* 2016;21(1):36-9. doi: 10.1177/1355819615600001.
18. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สันทนาการพิมพ์ ; 2565.
19. Davari M, Sorato MM, Kebriaeezadeh A, Sarrafzadegan N. Cost-effectiveness of hypertension therapy based on 2020 International Society of Hypertension guidelines in Ethiopia from a societal perspective. *PLoS One* 2022;17(8):e0273439. doi: 10.1371/journal.pone.0273439