



การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

Development Practice Guideline of Hypertension Patients for Chronic Kidney Disease Prevention in a Community in Nongdaeng Subdistrict, Si Chomphu District, Khon Kaen Province

Received: August 16, 2021

Revised: October 05, 2021

Accepted: October 06, 2021

มัทธริกา พงษ์บุตดี¹, วิลาวรรณ ชมนิรัตน์²

Muntharika Pangbuddee¹, Wilawan Chomniratt²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 48 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัยระยะศึกษาสถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ท้วม-อ้วน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นประจำ การให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางเฉพาะ ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่เกี่ยวข้องประชุมระดมสมองร่วมกันวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์ พบว่า ได้แนวทางการให้บริการในคลินิกและการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงชุมชน ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ ทำให้ค่าการทำงานของไตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 และลดลงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, การป้องกันโรคไตเรื้อรัง

¹ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Master Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.



Abstract

This collaborative action research aims to analyze the situations and development practice guideline of hypertension patients for chronic kidney disease prevention in a community in Nongdaeng Subdistrict, Si Chomphu District, Khon Kaen Province using the conceptual framework of the Expanded Chronic Care Model. Key informants, totally 48 persons, were purposively selected including hypertensive patients with uncomplicated renal conditions, caregivers and stakeholders. The data were collected through an interview, focus group discussion and observation. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics. While content analysis was used for the qualitative data. This research was performed during August 2020 - April 2021.

The results of the situational study revealed that most of the patients had a BMI considered to be chubby-obese, inappropriate health behaviors as well as regularly consumed high-sodium foods. The specific guideline was not found in the community health care. Also, the individuals in the community were not found participative in the patient care. Later, the participating stakeholders involved in a brainstorming session to create the development practice guideline of hypertensive patients for chronic kidney disease prevention in a community. The evaluation results showed that obtaining clear clinical services and follow-up home visits, up-to-date database connecting a community and family and community-based participation in the care of hypertensive patients could improve self-care and management in normal blood pressure control as seen in 3 (17.65%) kidney disease patients with increased glomerular filtration and 14 (82.85%) kidney disease patients with reduced glomerular filtration.

Key words: Development Practice Guideline of Hypertension patients, Chronic kidney disease prevention

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและระดับโลก ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต สถานการณ์ทั่วโลกพบโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุมากกว่า 25 ปี ประมาณหนึ่งพันล้านคน เสียชีวิตปีละ 9.4 ล้านคน⁽¹⁾ คาดการณ์ว่าอัตราความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี 2568 โดย 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา⁽²⁾ ประเทศไทยพบ

อุบัติการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ 2559-2561 คือ 1,189.84, 1,348.52 และ 1,371.26 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽³⁾ และถ้าหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้



เกิดการเสื่อมหน้าที่ของไตเร็วขึ้น⁽⁴⁾ และจากผลการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย Thai SEEK เป็นระยะเวลาการติดตามที่ประมาณ 8 ปี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 28 โดยส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ในระยะที่ 1 และความผิดปกติของไตส่วนใหญ่คือ การรั่วของโปรตีนอัลบูมิน สาเหตุหลักครึ่งหนึ่งของโรคไตเรื้อรังที่วินิจฉัยโดยอายุรแพทย์โรคไต เกิดจากความดันโลหิตสูง⁽⁵⁾ แนวทางการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือ การลดปัจจัยเสี่ยงและการค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะแรก⁽⁶⁾ จึงถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนที่ต้องให้การสนับสนุนหรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และคอยกระตุ้นผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม จะช่วยลดความก้าวหน้าและคงไว้ซึ่งการทำงานของไตที่เหลืออยู่อย่างมีประสิทธิภาพ^(7,8)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded Chronic care model) ที่พัฒนาโดย Barr et al⁽⁹⁾ พบว่าเป็นแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังที่ช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ และมีความต่อเนื่อง โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ มีเป้าประสงค์ของการจัดการดูแลที่ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนร่วมกันออกแบบแนวทางหรือกิจกรรมใน

การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงต้องให้ความสนใจกับทุนทางสังคมในชุมชน การประเมินความต้องการของชุมชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างหรือออกแบบนโยบายสาธารณะ ผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันของสมาชิกในชุมชน มีความเข้าใจลักษณะพื้นฐานที่เป็นบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ วิถีชีวิต และทุนทางสังคมของชุมชนตนเอง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารชุมชน และเป็นเจ้าของร่วมกันในการออกแบบแนวทางและกิจกรรม เพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อัตราการครองชีพอยู่ในภาวะปกติ จึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน เนื่องจากหากเกิดการเสื่อมของไตเข้าสู่ระยะที่ 3 แล้วเป็นเรื้อรังยากที่ผู้ป่วยจะฟื้นฟูสมรรถภาพไตให้กลับมาอยู่ในระยะที่ 2 และระยะที่ 1 ได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาร่วมกันคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาหรือความต้องการ การวางแผนดำเนินการ การปฏิบัติตามแผน การสะท้อนคิดและการประเมินผล เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงประเด็น และเกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพอันเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมให้บริการสุขภาพและชุมชน ร่วมกันทุกกระบวนการ เกิดเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชนสามารถเชื่อมโยง



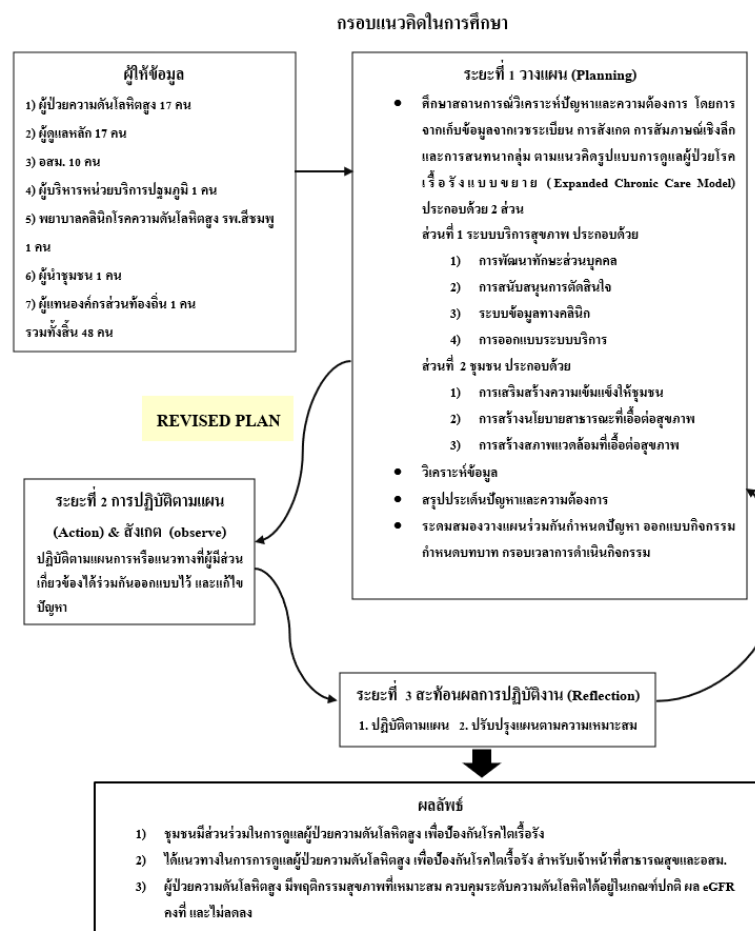
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลลัพธ์ในการควบคุม
ป้องกันโรคไคเรื้อรังในชุมชนให้ลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการดูแล
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรค
ไคเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง
อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูง ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรังแบบขยาย เพื่อป้องกันโรคไคเรื้อรัง
ในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู
จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาใช้กรอบแนวคิดตามแนวคิด
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย
(Expanded Chronic Care Model) ที่พัฒนาโดย Barr
et al⁽⁹⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์
ข้อมูล สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการ
ประชุมระดมสมองวางแผนร่วมกันกำหนดปัญหา
ออกแบบแนวทางหรือกิจกรรม ใช้วิจัยเชิง
ปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc
Taggart⁽¹⁰⁾ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการใน
การพัฒนา (ภาพที่ 1) และมีการดำเนินการระหว่าง
เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึง เมษายน พ.ศ. 2564



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual Collaboration Approach) กระบวนการศึกษาเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ทอง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังของรพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมประชุมระดมสมอง เพื่อวางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยมีบทบาทกระตุ้นให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตระหนักในปัญหาาร่วมกัน ร่วมกันคิดวิเคราะห์ กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) มากกว่าหรือเท่ากับ $90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาศัยหรือปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่วิจัย และยินดีให้ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และการวางแผน จำนวน 48 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 17 คน ผู้ดูแลหลัก

จำนวน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ทอง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสีชมพู จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน ในส่วนของระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนและสังเกตการณ์ และระยะที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน จำนวน 47 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 17 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ทอง จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 6 เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหลัก
4. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสีชมพู
5. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



6. แนวคำถามการสนทนากลุ่มอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และ
ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงทางด้านเนื้อหา (content validity) เฉพาะเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .92 และหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .828 และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลผู้ให้บริการสุขภาพ และแนวคำถามการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นข้อคำถามเชิงคุณภาพ จึงมีการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของข้อคำถามภายหลังได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นเมื่อผู้วิจัยได้นำไปใช้จริงก็มีการปรับตามความเหมาะสมแต่ละบุคคลอีกครั้ง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ใช้วิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการเลขที่ HE 632091 รับรอง ณ วันที่ 5 พฤษภาคม 2563

การดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วางแผนคือการศึกษาด้านการณ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ดำเนินการเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 48 คน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ สรุปประเด็นปัญหา และประชุมระดมสมองร่วมกันออกแบบแนวทางหรือกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้ 1) แนวทางการจัดประชาคมร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน 2) แนวทางการพัฒนาบริการในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของรพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง 3) แนวทางการเสริมสร้างความรู้ และการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4) แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน 5) แนวทางการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเชื่อมสู่ชุมชน และ 6) แนวทางการเสริมสร้างความรู้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ซึ่งมีการดำเนินการระหว่าง เดือน สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน และสังเกตการณ์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันปฏิบัติตาม



แผนการดำเนินงาน โดยมีการปฏิบัติตามแผน
บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนเอง

ระยะที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน คือ
การประเมินผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาบรรลุตาม
วัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนการปฏิบัติ ดังนี้
1) แนวทางการจัดประชาคมร่วมกันกำหนดนโยบาย
สาธารณะ สะท้อนผลพบประเด็นคือ ร้านค้าขายของ
ชำที่เข้าร่วมโครงการ ต้องการป้ายสื่อให้ความรู้เรื่อง
ประเภทของยาแต่ละชนิด และยาสามัญประจำบ้าน
ที่จำหน่ายได้ เพื่อใช้เป็นสื่อประชาสัมพันธ์ใน
ร้านค้าแก่คนในชุมชน 2) แนวทางการพัฒนาบริการ
ในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของรพ.สต.บ้าน
โพธิ์ทอง ปรับระบบบริการโดยจัดแยกกลุ่มผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานให้บริการคน
ละวัน จัดระบบนัดเป็นรายหมู่บ้าน สะท้อนผลพบ
ประเด็นคือ ผู้ป่วยต้องการให้จัดบริการแบบการ
บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop service) ปรับ
ขั้นตอนบริการ 3) แนวทางการเสริมสร้างความรู้
และการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย โดยการให้ความรู้
เป็นรายกลุ่มทุกครั้งที่มาใช้บริการในคลินิกความ
ดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง
ผู้ป่วยด้วยกันเอง แบ่งปันประสบการณ์ในการ
ดูแลตนเองช่วยให้คำแนะนำ หรือซักเตือนพร้อมให้
กำลังใจเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง 4) แนวทางติดตาม
เยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน มี
แผนงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและเกณฑ์ในการ
ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สะท้อนผลพบประเด็นคือ
การกำหนดจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก
รายมีความถี่ทุกสองเดือน จึงได้ปรับแนวทางและ

แผนการเยี่ยมบ้านเพิ่มเติม 5) แนวทางการส่งต่อ
ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเชื่อมสู่
ชุมชน และ 6) แนวทางการเสริมสร้างความรู้การ
ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ดูแล
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำ
ชุมชน พบว่าผู้เข้าอบรมมีความวิตกกังวลและไม่
เข้าใจในการคำนวณปริมาณโซเดียม ได้มีการปรับ
แผนการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ
โดยการปฏิบัติตามแผนและการสะท้อนผลการ
ปฏิบัติงานระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง
มีนาคม พ.ศ. 2564 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และการ
ประเมินผลลัพธ์ด้านการบริการของรพ.สต.บ้าน
โพธิ์ทอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลัง
การดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนา ในสัปดาห์ที่ 1
เดือน เมษายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย ผลการวิจัยแบ่งเป็น

1) สถานการณ์แนวทางการดูแลผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน
พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 70.60 มีความรู้ไม่เพียงพอต่อ
การจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อ
ป้องกันการเสื่อมของไต ผู้ดูแล อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ร้อยละ
67.85 ไม่ทราบสถานการณ์แนวโน้มการเกิดโรค
ไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชุมชนไม่พบ
การจัดทำแผนงานโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง
รพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง ไม่มีแผนและแนวทางในการ
ติดตามเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่มีการ
เชื่อมสู่ชุมชน



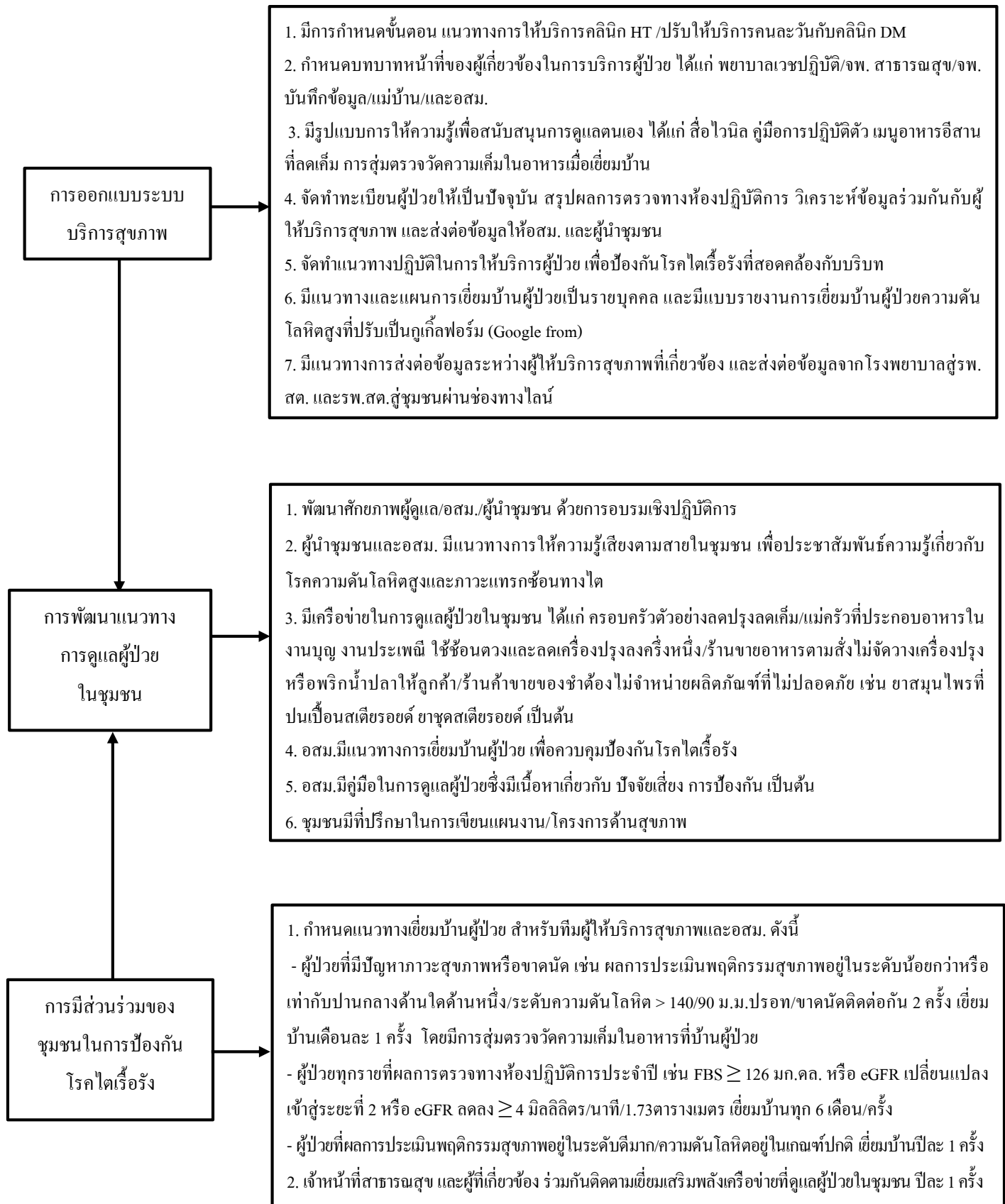
2) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 14 คน ร้อยละ 82.40 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คน ร้อยละ 52.95 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 41.20 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตรอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 7 คน ร้อยละ 41.20 ระดับความดันโลหิตได้มากกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 5 คน ร้อยละ 29.40

3) พฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและเผ็ดจัด ใส่น้ำปลาร้า ใส่น้ำปลา และใส่ผงชูรสหรือซูปก้อนในการปรุงอาหาร จำนวน 12 คน ร้อยละ 70.60 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาพบว่าผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพร (ยาน้ำกษัยเส้นและยาสมุนไพรเม็ดเคี้ยวชูลงเช้า) จำนวน 4 คน ร้อยละ 23.50 และใช้ยาชุดสเตียรอยด์ จำนวน 1 คน ร้อยละ 5.90 และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.88$, $S.D = .084$) (ตารางที่ 1)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้ร่วมกันออกแบบแนวทาง โดยได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนา 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องชุมชนในการดูแลผู้ป่วย 2) การร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ ข้อตกลงในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง 3) การออกแบบระบบบริการ 4) การสนับสนุนการตัดสินใจโดยการจัดทำแนวทางและการวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 5) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเชื่อมสู่ชุมชน และ 6) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันไตเรื้อรัง ($N = 17$)

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($N = 17$)					
	ก่อน			หลัง		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
1.ด้านการรับประทานอาหาร	3.41	.756	ดีมาก	3.81	.269	ดีมาก
2.ด้านการออกกำลังกาย	2.88	.084	ปานกลาง	4.00	.000	ดีมาก
3.ด้านการจัดการกับความเครียด	3.67	.205	ดีมาก	3.99	.325	ดีมาก
4.ด้านการรับประทานยา	4.24	1.147	ดีมากที่สุด	4.29	1.159	ดีมากที่สุด
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	3.55	.564	ดีมาก	4.02	.501	ดีมาก



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ของรพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง



ผลลัพธ์ด้านการบริการของหน่วยบริการสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังการดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนา พบว่ามีแนวทางในการให้บริการที่ชัดเจนและให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพ

โดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.02$, $SD = .501$) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการประเมินอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 และลดลงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 โดยผู้ป่วยมีผลอัตราการกรองของไตคงที่อยู่ในระยะที่ 1 จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันไตเรื้อรัง ($N = 17$)

ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ml/min/1.73 m ²	17	100	11	64.70

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น การศึกษาครั้งนี้ บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในตำบลหนองแดง โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่ ภายหลังจากพัฒนา พบว่า หน่วยบริการสุขภาพมีแนวทางให้บริการที่ชัดเจน และให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับ

ดีมาก ($M = 4.02$, $SD = .501$) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อยู่ในเกณฑ์ปกติและคงที่ ผลการประเมินอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 และลดลงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 โดยผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไตลดลงไม่เกิน 4 ml/min/1.73 m² และคงที่ในระยะที่ 1 จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์จิรา วาจามัน⁽¹¹⁾ ที่อธิบายว่า การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1-2 ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน และ 5) การ



ให้ชุมชนมีส่วนร่วมด้วยการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ร้อยละ 50.00 ผู้ดูแลหลักลดการใช้เครื่องปรุงในการปรุงอาหาร ร้อยละ 35.70 ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ร้อยละ 21.40 ระดับน้ำตาลสะสมดีขึ้น ร้อยละ 28.60 ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร้อยละ 64.20 อัตราการครองชีพของไตที่ร้อยละ 85.70 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยรัตน์ กันหาชิน⁽¹²⁾ ที่อธิบายว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนประกอบด้วย 1) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล จัดอบรมเชิงปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) ปรับการให้บริการคลินิกเบาหวานผู้ป่วยเบาหวาน 3) พัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย 4) จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง 21 ราย ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน มีแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Hypertension League. Hypertension is a global epidemic [Internet]. South Carolina. UpToDate; 2017. [cited 2019 April 25]. Available from: <http://www.whleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชนในครั้งนี้ สามารถเกิดผลลัพธ์ ในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ โดยควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และทำการศึกษาติดตามผลในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความรู้ คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน และฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้



2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. WHO Report. Geneva: WHO; 2018.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
4. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในโรคไตวายเรื้อรัง. ว. กรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2562]; 22: 36-47. เข้าถึงได้จาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpageJDMS_30/demo/data/2558/2558-05/no.5_04.pdf
5. อติพร อิงค์สาธิต, และคณะ. การศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK Progression and outcomes of CKD in Thai SEEK Population [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2562], เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4768/hs2353.pdf>
6. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
7. จิตนธิ ริชชี, สุภาภรณ์ จอคำอาจ, พิรณัฐ ลาเซอร์. การพัฒนาแผนการดูแลเพื่อควบคุมโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ว. พยาบาลทหารบก 2561;19:230-38.
8. อัมพรพรรณ ชีรานุต, และคณะ. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมแพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2564], เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5262/hs2596.pdf>
9. Barr et al. The Expanded Chronic Care Model: an Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly 2002;7:73-82.
10. Kemmis S, Mc Taggart R. Participatory Action Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), Strategies of Qualitative Inquiry (3ed). Thousand Oaks, CA: Sage; 2007: 271-326.
11. จันทร์จิรา วาจามั่น. การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1-2 ของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.



12. หทัยรัตน์ กันหาจีน. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบล
แห่งหนึ่ง อำเภอบึงลักษ์ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.