

รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร

ดิเรก ขำแป้น*

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบองค์รวมที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ระดับลึก, การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย, การจัดการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ, และสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใช้พื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง ได้แก่ สถานีอนามัยลำประดา, สถานีอนามัยห้วยคด และศูนย์สุขภาพชุมชนวังสำโรง. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๖๐ คนที่ไม่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดได้ และยินยอมให้ข้อมูล. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา.

การศึกษพบว่ากระบวนการหลักในการจัดการบริการคลินิกความดันโลหิตสูงทั้ง ๓ แห่ง มีความแตกต่างกันไม่มากนัก ขึ้นอยู่กับอัตรากำลังในแต่ละครั้งเป็นสำคัญ. จุดเด่นของสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ชุมชน และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการบริการ. ศูนย์สุขภาพชุมชนวังสำโรงสามารถจัดการบริการได้ตามกระบวนการหลักเพราะเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีความพร้อมทั้งด้านอัตรากำลัง, วิชาการ, อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ยา. ผู้ป่วยร้อยละ ๕๖.๖๗ ในคลินิกความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจต่อการบริการของพื้นที่วิจัยทั้ง ๓ แห่ง เพราะมีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัย, การเดินทางสะดวก และประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการไปรับบริการที่โรงพยาบาล. ด้านการรับรู้อาการ, สาเหตุการเกิดโรค, ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยจะยึดประสบการณ์ตรงของตัวเองเป็นหลัก ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล. ดังนั้นการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องคำนึงถึงความคิด, ความเชื่อของผู้ป่วย, วัฒนธรรมบริบทของชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งด้วย.

คำสำคัญ: รูปแบบบริการผู้ป่วยแบบองค์รวม, โรคความดันโลหิตสูง, จังหวัดพิจิตร

Abstract Holistic Health Care Service for Hypertensive Patients in Primary Care Units in Bangmunnak District, Pichit Province
Direk Khampaen*

*Bangmunnak Hospital, Bangmunnak District, Pichit Province

This qualitative research, conducted on 60 uncontrolled hypertensive volunteers, using in-depth interviews, participant observation, group discussion and content analysis. The aim was to study suitable forms of the holistic health-care service for hypertensive patients available in the three primary care units at Bangmunak District, Pichit Province. The objectives were to 1) Study the perception of hypertension disease and behavioral self-care, 2) Study the suitable health-care service for hypertensive patients in the primary care units, 3) synthesize the suitable health-care service for hypertensive patients.

*โรงพยาบาลบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร



The findings revealed that there was no difference in the caring process in each of the hypertension clinics of the three primary care units (Wangsamrong, Haury-kod, and Lampada), but the care delivered depended mainly on the number of health workers on duty. The prominent points of the health centers and the primary care units were the followings: participating health volunteers, the communities and the hypertensive patients. The primary care unit at Tambon Wangsamrong appeared to be a successful service with a suitable core process because it had an adequate number of health workers, knowledge, equipment, and medical supplies. Almost all (96.67%) of the hypertensive patients attending the hypertension clinic at the three health centers studied and the primary care units preferred to be cared for and treated at the primary care units than come to the hospital for the reasons of familiarity, convenience, and lower travel expenses. The perception of signs and symptoms, disease etiology, complications and severity of disease would mainly come directly from individual experiences which were related to individual behavioural self-care. In conclusion, the holistic health-care service for hypertensive patients had to recognize the behavior, culture, thinking, beliefs, community context and the primary care units.

Key words: Holistic health care, hypertensive patients

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โดยพบว่าแรงดันเลือดซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ ๑๐ มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๐ และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๕. จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗ พบอัตราชุกโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๗๐ ปี ร้อยละ ๒๓.๓ ในผู้ชาย, และร้อยละ ๒๐.๙ ในผู้หญิง^(๒), และจากการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘^(๓) คัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ ๕๕.๖๗, ๖๓.๒๗ ตามลำดับ, และพบโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ ๓.๙๖, ๗.๔๑ จากจำนวนการคัดกรองทั้งหมดในแต่ละปี. สำหรับจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ของอำเภอมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี เช่น พ.ศ. ๒๕๔๗ จำนวน ๑๑๖ ราย, พ.ศ. ๒๕๔๘ จำนวน ๒๐๑ ราย ตลอดจนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัยลำประดาและสถานีอนามัยห้วยคต เพิ่มจำนวนขึ้นตามลำดับเช่นกัน คือที่สถานีอนามัยลำประดา จากจำนวน ๙๕

ราย ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๑๙๒ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๘ และสถานีอนามัยห้วยคต จาก จำนวน ๓๐ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๕๒ ราย ใน พ.ศ. ๒๕๔๘.

การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยของสถานีอนามัยทั้ง ๒ แห่งมีผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งที่สามารถควบคุมแรงดันเลือดในระดับที่คาดหวังได้และไม่ได้ จึงเป็นประเด็นน่าสนใจว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีการรับรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร ตลอดจนกระบวนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงกระบวนการรักษาให้บริการมีประสิทธิภาพนั้นต้องจัดการอย่างไร. เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีการดำเนินของโรคนาน และมีการกำเริบของโรคเป็นระยะ ๆ การให้ผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการและดูแลผู้ป่วยได้ทั้งหมด. การศึกษาครั้งนี้จึงดำเนินการเพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ศึกษาการจัดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ. พื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกสถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน (สอ./ศสช.) ๓ แห่งที่มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ศสช.วังสำโรง (ที่เริ่มจัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูง), สอ.ลำประดา และสอ.ห้วยคต.

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เคยมารับบริการรักษาพยาบาลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศึกษา ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และยินยอมให้ข้อมูล แห่งละ ๒๐ คน, ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ศึกษา. ทำการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึก, การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษา จำนวน ๖๐ คน ร้อยละ ๘๐.๐๐ เป็นหญิง; ร้อยละ ๓๒.๒๐ พบในช่วงอายุ ๖๑ - ๗๐ ปี (มากที่สุด); ร้อยละ ๗๖.๖๖ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้ไม่ได้เรียนหนังสือเป็นหญิงทั้งหมด ๑๐ คน (ร้อยละ ๑๖.๖๖); มีอาชีพทำนาร้อยละ ๔๕ และร้อยละ ๔๐ (๒๔ คน) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหญิงสูงอายุ มีภาระรับผิดชอบงานภายในบ้านเป็นหลัก มีรายได้จากลูกหลาน ญาติพี่น้องและเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ. ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๔-๖ ปี มีมากที่สุด จำนวน ๒๓ คน (ร้อยละ ๓๘.๓๔).

การรับรู้เกี่ยวกับโรค

การรับรู้ในที่นี้หมายถึงสิ่งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษาเชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค, อาการและภาวะแทรกซ้อน ทำให้โรคมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นหรือทุเลาลง ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค. จากการศึกษารังนี้ได้

จำแนกประเภทของความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น ๔ อย่าง ได้แก่

๑. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีปัจจัยสาเหตุ ๘ อย่าง ดังนี้

๑.๑ *ความเครียด* ซึ่งเป็นความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ ๔๐ ราย (ร้อยละ ๖๖.๖๗) เป็นเพราะผู้ป่วยสังเกตตัวเองเป็นสำคัญ เมื่อใดที่เกิดภาวะเครียดด้านจิตใจจะมีอาการปวดศีรษะ และตรวจพบแรงดันเลือดสูงขึ้นด้วยเกือบทุกครั้ง. เมื่อมีอาการวิตกกังวล ทำให้นอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองพักผ่อนไม่เพียงพอ. ส่วนใหญ่เรื่องที่เกิดกังวลมักเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจที่รายได้ไม่เพียงพอกับการใช้จ่ายภายในครอบครัว ความไม่ลงรอยกับสมาชิกในครอบครัว.

๑.๒ *การบริโภคอาหาร* เช่น อาหารเค็ม อาหารหวาน อาหารที่มีไขมันจำนวน ๒๗ ราย (ร้อยละ ๔๕) ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง รวมทั้งได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ด้วย.

๑.๓ *กรรมพันธุ์* มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๕ ราย (ร้อยละ ๘.๓๓).

๑.๔ *ความอ้วน* ผู้ป่วยที่ศึกษา ๔ ราย (ร้อยละ ๖.๖๗) คิดว่าคนอ้วน คนมีน้ำหนักตัวมาก เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง และยังรับรู้สาเหตุอื่นรวมด้วย.

๑.๕ *การดื่มสุรา* มีผู้ป่วยเพียง ๓ ราย (ร้อยละ ๕) ที่คิดว่าการดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง เพราะตนเองดื่มสุรามาก.

๑.๖ *การทำงานหนัก* ผู้ป่วยที่รับรู้สาเหตุในกลุ่มนี้มีเล็กน้อยเพียง ๓ ราย โดยรับรู้ถึงสาเหตุอื่นรวมด้วย.

๑.๗ *การไม่ได้ออกกำลังกาย* เป็นอีกสาเหตุของโรคที่ผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อจากประสบการณ์ตนเองเป็นหลัก จำนวน ๒ ราย.

๑.๘ *แพ้สารเคมี* มีผู้ป่วยเพียง ๑ รายที่คิดว่าเกิดจากสารเคมีในยาฆ่าหอยเพราะมีประสบการณ์ที่ได้รับ. แต่ทั้งนี้ยังนึกถึงสาเหตุของความเครียดและอาหารร่วมด้วย.

มีผู้ป่วยสูงอายุ ๑๑ ราย (ร้อยละ ๑๘.๓๓) ที่ไม่ทราบสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง.



๒. อาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น ๕ กลุ่มอาการ ดังนี้

๒.๑ มีน้ศีรษะ เวียนศีรษะ และปวดต้นคอท้ายทอย พบมากที่สุดถึง ๕๗ ราย (ร้อยละ ๙๕.๐๐) เป็นความรู้จากผู้ป่วยสังเกตตัวเอง, คำบอกเล่าจากคนรู้จัก และคนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง. อาการปวดมีนหัว มักเป็นอาการนำไปสู่อาการอื่น ๆ ร่วมด้วย.

๒.๒ ใจสั่น เหนื่อยง่าย ๑๔ ราย (ร้อยละ ๒๓.๓๓) อาการ ดังกล่าวคล้ายจะเป็นลม ผู้ป่วยสูงอายุหลายรายจึงมักกินยาลมร่วมด้วย.

๒.๓ อาเจียน บ้านหมุน เดินเซ ๑๑ ราย (ร้อยละ ๑๘.๓๓)ซึ่งเข้าใจว่าอาการเหล่านี้เกิดจากแรงดันเลือดขึ้นสูงมาก.

๒.๔ ไม่มีอาการ ผู้ป่วย ๓ ราย (ร้อยละ ๕.๐๐) ระบุว่าอาการของโรค คือ “ไม่มีอาการอะไร” และรับรู้ว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูงจากการตรวจวัดแรงดันเลือดเมื่อคราวไปบริจาคเลือด และรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง.

๒.๕ ปากแห้ง เหนื่อยออก มีผู้ป่วย ๓ ราย (ร้อยละ ๕.๐๐).

สรุปว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการบ่งชี้ที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมักละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งผู้ที่ตรวจพบแรงดันเลือดสูงระดับน้อยที่อาจรักษาด้วยการไม่ใช้ยาในระยะเริ่มแรก และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างกินยาบำบัดโรค ซึ่งส่งผลถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพราะสังเกตตัวเองว่า “ไม่เห็นเป็นอะไร”.

๓. ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีการรับรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

๓.๑ อัมพฤกษ์/อัมพาต ผู้ป่วย ๒๔ ราย (ร้อยละ ๔๐) ระบุว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดแตก อุดตันหรือตีบ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพฤกษ์, อัมพาตหรือตายได้ จากตัวอย่างญาติพี่น้อง หรือคนรู้จักที่เจ็บป่วยและได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขด้วย.

๓.๒ โรคเบาหวาน ผู้ป่วย ๑๖ ราย (ร้อยละ ๒๖.๖๖) มีความรู้เพราะเห็นตัวอย่างการเจ็บป่วยของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนรู้จัก, และมีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข่าว

สารกันในกลุ่มเครือญาติและเพื่อนบ้าน เป็นลักษณะ “เขาวัวมา”.

๓.๓ โรคหัวใจ ๑๕ ราย (ร้อยละ ๒๕.๐๐)

๓.๔ ไตล้มเหลว ๑๑ ราย (ร้อยละ ๑๘.๓๓)

๓.๕ ภาวะแทรกซ้อนอื่น เลือกมีไขมันมากเกิน ๒ ราย (ร้อยละ ๓.๓๓), เหน็บชาและเก๊าต์ โรคละ ๑ ราย ทราบเพราะผู้ป่วยเป็นเอง.

โดยสรุปผู้ป่วยส่วนมากรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคความดันโลหิตสูงโดยเชื่อมโยงจากประสบการณ์ตรงที่เห็นญาติพี่น้อง คนรู้จัก หรือตนเองมีอาการเจ็บป่วย. อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยที่ไม่ทราบเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ถึง ๑๖ ราย (ร้อยละ ๒๖.๖๖) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ และอยู่บ้านตามลำพัง.

๔. ความร้ายแรงของโรค ผู้ป่วย ๕๔ ราย (ร้อยละ ๙๐) เชื่อว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคร้ายแรง ด้วยเหตุผลว่าจะนำไปสู่การป่วยเป็นอัมพฤกษ์/ อัมพาต ทำให้พิการและเสียชีวิตในที่สุด, นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่ต้องรักษาไปตลอด เพราะโรคอาจกำเริบ. มีผู้ป่วยที่คิดว่าโรคไม่รุนแรง ๖ ราย (ร้อยละ ๑๐.๐๐) ดูจากอาการเจ็บป่วยของตนเองที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักละเลยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง.

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเด็น ต่อไปนี้

๑. การบริโภคอาหาร

กลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับดีมาก ปฏิบัติตัวได้สม่ำเสมอ และสามารถแนะนำคนอื่นได้ มีเพียง ๕ ราย (ร้อยละ ๘.๓๓).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับดี แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ดีเท่ากลุ่มแรก มี ๒๖ ราย (ร้อยละ ๔๓.๓๓)

กลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง คือกลุ่มที่มีความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหาร และมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ๑๕ ราย (ร้อยละ ๒๕).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับพอใช้ คือ มีความรู้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ เพราะคุ้นชินกับอาหารรสเค็ม “กินไป

เหาะไป ไม่เค็ม มันไม่อร่อย” มี ๙ ราย (ร้อยละ ๑๕).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับต้องปรับปรุง คือ ไม่มีความรู้และไม่ได้ปฏิบัติ มี ๕ ราย (ร้อยละ ๘.๓๓).

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารได้ คือ

(๑) ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข.

(๒) การรับรู้ของผู้ป่วยจากแหล่งต่าง ๆ.

(๓) บทบาทของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ปรุงอาหารไม่ปรุงอาหารรสเค็มจัด และคอยตักเตือนผู้ป่วยไม่ให้กินเค็ม.

(๔) ผลการตรวจเลือดพบมีปริมาณไขมันค่อนข้างสูงในผู้ป่วยบางราย.

๒. การควบคุมน้ำหนักตัว

การศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวดีมาก คือ ผู้ป่วยรับรู้ว่าน้ำหนักตัวมีความเชื่อมโยงกับแรงดันเลือดสูงและต้องควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มมากขึ้น.

กลุ่มที่มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวดี มีผู้ป่วยที่มีความรู้และควบคุมน้ำหนักตัวได้ ๔ ราย (ร้อยละ ๖.๖๗).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวระดับปานกลางคือผู้ป่วยมีความรู้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติสม่ำเสมอ มี ๒๕ ราย (ร้อยละ ๔๑.๖๗).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวในระดับพอใช้คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ มี ๑๒ ราย (ร้อยละ ๒๐).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวที่ต้องปรับปรุงคือ กลุ่มผู้ป่วยที่คิดว่าน้ำหนักตัวไม่เกี่ยวข้องกับแรงดันเลือดสูงและไม่สนใจที่จะควบคุมน้ำหนักตัว มี ๑๙ ราย (ร้อยละ ๓๑.๖๗).

๓. การออกกำลังกาย

กลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับดีมาก คือ รู้ว่าการออกกำลังกายมีผลดีต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดและได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีเพียง ๑ ราย.

กลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับดี คือ รับ

รู้ว่าการออกกำลังกายเป็นผลดี ได้มีการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันจากการประกอบอาชีพและเพิ่มเติมด้วยการออกกำลังกายตามรูปแบบ มี ๑๔ ราย (ร้อยละ ๒๓.๓๓).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับปานกลางคือรับรู้ผลดีของการออกกำลังกาย แต่มีการออกกำลังกายเฉพาะจากการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพเท่านั้น มี ๑๕ ราย (ร้อยละ ๒๕).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับพอใช้คือ กลุ่มผู้ป่วยที่รู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ แต่ปฏิบัติได้บ้างไม่ได้บ้าง มี ๑๖ ราย (ร้อยละ ๒๖.๖๗).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับที่ต้องปรับปรุงคือกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าใจว่าการออกกำลังกายต้องเฉพาะปฏิบัติตามรูปแบบเท่านั้น จึงไม่ได้ออกกำลังกาย แม้กระทั่งการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน มี ๑๔ ราย (ร้อยละ ๒๓.๓๓).

๔. การสูบบุหรี่ / ดื่มสุรา ผู้ป่วย ๔๕ ราย (ร้อยละ ๗๕.๐๐) ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และรับรู้ว่าการดื่มสุรา/สูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง. มีผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ดื่มสุรา ๑๑ ราย (ร้อยละ ๑๘.๓๓), ที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา ๔ ราย (ร้อยละ ๖.๖๖). ผู้ที่ยังดื่มสุราให้เหตุผลว่า “ต้องเข้าสังคม”. มีผู้ป่วยบางคนคิดว่าบุหรี่เกี่ยวกับโรคปอดมากกว่าความดันโลหิตสูง.

๕. การจัดการความเครียด จำแนกพฤติกรรมจัดการความเครียดได้ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีมากคือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เครียดสามารถจัดการความเครียดและแนะนำผู้อื่นได้ มี ๑ ราย.

กลุ่มที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดในระดับดีคือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เครียดและมีวิธีผ่อนคลายความเครียดของตนเอง จนกระทั่งจัดการไม่ให้เกิดได้ มี ๒๑ ราย (ร้อยละ ๓๕).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดในระดับปานกลางคือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เครียดมีวิธีผ่อนคลาย แต่ปฏิบัติได้



บ้างไม่ได้บ้าง มี ๔ ราย (ร้อยละ ๖.๖๗).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดในระดับพอใช้ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเครียด พยายามผ่อนคลาย แต่ปฏิบัติได้ในบางครั้ง มี ๒๕ ราย (ร้อยละ ๔๑.๖๗).

กลุ่มที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดในระดับที่ต้องปรับปรุง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ มี ๑๐ ราย (ร้อยละ ๑๖.๖๗).

๖. การใช้ยาลดแรงดันเลือด

กลุ่มที่มีพฤติกรรมกินยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วย ๔๑ ราย (ร้อยละ ๖๘.๓๓) กินยาอย่างต่อเนื่อง อาจขาดบ้างในช่วง ๓ - ๔ วัน เกิดจากความไม่ตั้งใจ ได้แก่ เกาหลัด ลืมกิน หรือไปธุระ. ส่วนใหญ่กินยาต่อเนื่อง เพราะกลัวอาการของโรคกำเริบ ประกอบกับถูกกำชับจากเจ้าหน้าที่สถานเฝ้าระวังให้กินยาประจำไม่ให้ขาดยา. อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยจะกินยาอย่างสม่ำเสมอ ยังมีความไม่ถูกต้องด้วย เช่น กินยาไม่ถูกเวลา ไม่ถูกขนาด. มีผู้ป่วยที่รับเพิ่มขนาดยา หรือลดยาเองโดยดูจากอาการตนเองเป็นสำคัญ ๑๒ ราย.

กลุ่มที่มีพฤติกรรมกินยาไม่สม่ำเสมอ “ไม่มีอาการ ก็ไม่กิน” กิน ๆ หยุด ๆ ช่วงหยุดกินยาเป็นเวลานาน มากกว่า ๕ วัน มี ๑๙ ราย (ร้อยละ ๓๑.๖๗). บางรายหยุดยารักษาทั้งหมด หรือลดเพียงตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น เพราะผู้ป่วยเข้าใจว่าสามารถควบคุมแรงดันเลือดได้, ไม่มีอาการแล้วเข้าใจว่า “หายแล้ว” ไม่ใส่ใจดูแลตนเอง. อีกเหตุผลหนึ่งที่มักพบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ คือ ญาติไม่หวังที่จะพาไปสถานเฝ้าระวัง นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยครั้งมาก ในระหว่างที่กินยา HCTZ ซึ่งรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจึงงดกินยาไปเอง.

นอกเหนือจากการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้ป่วย ๑๖ คน (ร้อยละ ๒๓.๓๓) ใช้การแพทย์พื้นบ้านร่วมด้วย ได้แก่ ๑. ตำรับยาแผนโบราณ เช่น ตำรับยาคุณพระ ยาหม้อวัดโพธิ์แดน ซึ่งผู้ป่วยมักใช้ควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน เพราะเป็นตำรับยาที่ใช้สืบทอดกันมานาน มีแหล่งที่มาชัดเจน ดูน่าเชื่อถือ, ๒. พืชสมุนไพร เช่น ต้นเอื้องใบบัวบก กาฝากมะม่วง อังกาบ และกำแพงเมืองจีน นำมาต้ม

น้ำดื่มมักเป็นลักษณะการทดลองตามคำบอกเล่าต่อ ๆ กันมา. ส่วนใหญ่ทดลองใช้เมื่อแรงดันเลือดไม่ลด จะเปลี่ยนชนิดไปเรื่อย ๆ หรือเลิกไปในที่สุด, และ ๓. อาหารเสริมสุขภาพ เช่น เห็ดหลินจือ.

บริการผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูง

สถานเฝ้าระวังลำประดาจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูงมา ๗ ปีแล้ว, สถานเฝ้าระวังห้วยคต ๕ ปี, ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนวังสำโรง เริ่มมีบริการคลินิกความดันโลหิตสูงภายหลังปรับเป็นศสช. บริการของคลินิกความดันโลหิตสูงในพื้นที่ทั้ง ๓ แห่ง มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๑.

โดยสรุปพื้นที่วิจัยทั้ง ๓ แห่งได้ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องตามบริบทของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนอัตรากำลังในแต่ละครั้งที่จัดบริการเป็นสำคัญ เช่น ศสช.วังสำโรง มีอัตรากำลัง ๓ คน ทำให้สามารถจัดทำกิจกรรมกลุ่มได้ ส่วน สอ.ลำประดาและ สอ.ห้วยคต มีอัตรากำลังเพียง ๒ คนไม่สามารถจัดทำกิจกรรมกลุ่มได้ต่อเนื่อง จึงใช้วิธีให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล. อย่างไรก็ตาม ทีมสุขภาพได้ร่วมตกลงบริการกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนจัดระบบงานให้อื้อต่อการให้และรับบริการ. ผู้ป่วยร้อยละ ๘๖.๖๗ ในคลินิกความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจต่อการบริการของพื้นที่วิจัยทั้ง ๓ แห่ง.

รูปแบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

พื้นที่วิจัยทั้ง ๓ แห่ง มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานทั้งการรักษา ส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และติดตามต่อเนื่องแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามบทบาทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ต้องการให้การดูแลริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพราะอยู่ใกล้ชิด ใกล้บ้าน เดินทางมาใช้บริการสะดวก รวมทั้งมีพื้นความเข้าใจสภาพความเป็นอยู่สามารถประยุกต์การดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี^(๔)

ตารางที่ ๑ การจัดบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ปฏิบัติการ	สอ.ลำประดา	สอ.ห้วยคต	ศสข.วังลำโรง
บันทึกข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้สมุดประจำตัวผู้สูงอายุ - โปรแกรมฐานข้อมูล THO 	<ul style="list-style-type: none"> - สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงของ สคร. ๘ จ. นครสวรรค์ - โปรแกรมฐานข้อมูล THO 	<ul style="list-style-type: none"> - สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงของ สคร. ๘ จ. นครสวรรค์ - แฟ้มอนามัยครอบครัว - โปรแกรมฐานข้อมูล THO
บริการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สอ.ซักประวัติ คัดกรอง ตรวจรักษา ให้ความเห็น และคำแนะนำเป็นภาพรวมกลุ่ม - จัดบริการครั้งเดียวจบ - บริการตามคิวก่อน - หลัง - ลูกจ้างทำความสะอาด และอสม. วัดแรงดันเลือดใช้เครื่องวัดแบบดิจิตอล - จนท.สอ.ซักประวัติ คัดกรองตรวจรักษา ให้ความเห็นและคำแนะนำเป็นภาพรวมกลุ่ม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของเครือข่ายบริการสุขภาพบางมูลนาก - ดงเจริญ - จัดยาลดแรงดันเลือดไว้ล่วงหน้า ๑ วัน - จัดบริการบริการครั้งเดียวจบ - บริการตามบัตรคิว - ลูกจ้างทำความสะอาดวัดแรงดันเลือด โดยใช้เครื่องวัดแบบดิจิตอล - เจ้าหน้าที่สอ. ซักประวัติ คัดกรอง ตรวจรักษา ให้ความเห็นและคำแนะนำ เป็นรายบุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของเครือข่ายบริการสุขภาพบางมูลนาก - ดงเจริญ - ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจัดเตรียมแฟ้มอนามัยครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อน ๑ วัน - จัดบริการครั้งเดียวจบ - บริการตามบัตรคิว - ผู้ช่วยเหลือวัดแรงดันเลือดผู้ป่วย ใช้เครื่องวัดแบบดิจิตอล มีลูกจ้างทำความสะอาด อสม.ช่วยบริการในบางครั้ง - มีการตรวจสอบแรงดันเลือดในรายที่สูงมากจากเจ้าหน้าที่สอ.ด้วยเครื่องวัดแรงดันเลือดแบบปรอท - พยาบาลวิชาชีพสอบถามประวัติ / ประเมินอาการ / ตรวจร่างกายเบื้องต้นและบันทึกการจ่ายยาในแฟ้มอนามัยครอบครัว - บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม THO จ่ายยาตามคิวพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยา การดูแลตนเอง - ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือไม่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดได้นัดพบแพทย์วันที่มาปฏิบัติงานใน ศสข.
บริการส่งเสริมสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมกลุ่มช่วงรอรับยา โดยการนำของ จนท.สอ.เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และสวดมนต์ไหว้พระ 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้สุศึกษา รายบุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติ และอธิบายการใช้ประโยชน์ของสมุดประจำตัวผู้ป่วย



ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ปฏิบัติการ	สอ.ลำพระดา	สอ.ห้วยคต	ศสข.วังสำโรง
	- จุดเด่นบริการในคลินิก คือ ชุมชนมีส่วนร่วมจัดอาหารมื้อกลางวัน		
บริการให้คำปรึกษา	- รูปแบบบริการไม่ชัดเจน	- รูปแบบบริการไม่ชัดเจน	- นัดพบเภสัชกรในกรณีมีปัญหาเรื่องการใช้ยา
บริการก่อนกลับบ้าน	- รูปแบบบริการไม่ชัดเจน	- รูปแบบบริการไม่ชัดเจน	- รูปแบบบริการไม่ชัดเจน
บริการส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน	- เภมฑ์ในการส่งต่อเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแรงดันเลือดสูง >๑๘๐/๑๑๐ มม.ปรอท - เจ้าหน้าที่สอ.ติดตามเยี่ยมผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือรายที่ไม่สามารถควบคุมแรงดันเลือดได้ - อาสาสมัครประจำละแวก/ชมรมผู้สูง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและองค์การบริหารส่วนตำบลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเฉพาะรายที่ขึ้นทะเบียนผู้ด้อยโอกาส	- เภมฑ์ส่งต่อตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของเครือข่ายบริการสุขภาพบางมูลนาก - ดงเจริญ - ระบบติดตามเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจน - ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ใช้วิธี สอบถามข้อมูลจากญาติ หรือ อสม.	- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือไม่สามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดได้ นัดพบแพทย์ วันที่มาปฏิบัติงานใน ศสข. - เจ้าหน้าที่สอ.วางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน - ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ใช้วิธีสอบถามข้อมูลจากญาติ หรือ อสม.
การประชุมทีมสุขภาพ	- แบบไม่เป็นทางการ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. ที่ให้บริการ และแม่บ้านที่เตรียมอาหาร	- แบบไม่เป็นทางการโดย ประธาน ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อปรับปรุงบริการในคลินิก	- ประชุมทีมสุขภาพภายในศสข.ทุกเดือนเพื่อชี้แจงและ ประสานการทำงาน - ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพของรพ.บางมูลนาก
กิจกรรมในชุมชน	- บริการคัดกรองเบาหวาน /ตรวจวัดแรงดันเลือด โดยอาสาสมัคร และชมรมผู้สูงอายุปีละ ๑ ครั้ง - จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย ตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง	- บริการคัดกรองเบาหวาน / ตรวจวัดแรงดันเลือดโดย อสม. ปีละ ๑ ครั้ง - จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง	- บริการคัดกรองเบาหวาน / ตรวจวัดแรงดันเลือด โดยอสม. ปีละ ๑ ครั้ง - จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย ตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง

วิจารณ์

การศึกษาพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดบริการของสถานอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน มีผลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดังนี้

๑. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม คือ การรับรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ที่คิดว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องปรากฏอาการ เมื่อไม่มีอาการผิดปกติอะไรแสดงว่าสามารถควบคุมระดับแรงดันเลือดได้ และคิดว่าสาเหตุของโรคเกิดจากความเครียดมากที่สุด.

การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมองสาเหตุ และอาการของโรคตามที่กล่าวข้างต้น ซึ่งตามแนวคิดแบบจำลองการอธิบายการเจ็บป่วยของอาร์เธอร์ โคลน์แมน^(๕) ที่กล่าวว่าวัฒนธรรมสุขภาพมีใช้เป็นเพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการสร้าง "ความเป็นจริง" ที่ทำให้โลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรมต่างกัน. บุคคลแต่ละคนจะมีการอธิบายโรคโดยเฉพาะ ผู้ให้บริการรักษามีพื้นฐานความจริงทางเวชกรรม ในขณะที่ผู้ป่วยมีพื้นฐานของความจริงทางสังคม ทำให้การอธิบายโรคแตกต่างกัน^(๖) และมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการประเภทต่าง ๆ ตามมา เช่น การใช้ตำรับยาพื้นบ้าน, พืชสมุนไพร ส่งผลให้ผู้ป่วยละเลยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ยังคุ่นชินกับอาหารเค็ม และใช้ผงชูรสปรุงอาหาร, การหยุดใช้ยาลดความดันโลหิตสูงบางตัวเพราะรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน^(๗). ขณะเดียวกันการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เป็นเพียงการเคลื่อนไหวร่างกายจากการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยสูงอายุมีสภาพร่างกายไม่เอื้อต่อการออกกำลังกายตามรูปแบบ. ดังนั้นรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมจึงต้องคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้ด้วย.

๒. ปัจจัยทางด้านระบบบริการของสถานพยาบาล การบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของสถานอนามัยยังมีจุด

อ่อนในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ไม่ว่าจะเป็นระบบส่งต่อ, ระบบติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องในรายผิคนัด รายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพียงพอ ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงการรับรู้ของตนเองเข้ากับความรู้ทางการแพทย์ที่ถูกต้องเพื่อที่จะนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับตนเองได้. ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน.

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องเข้าใจความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลสอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น.

บทเรียนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งในชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่การคัดกรองโรค ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรค การสร้างความเข้มแข็ง เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ สอดคล้องกับบริบทของชุมชน บริการให้คำปรึกษา และการตรวจภาวะสุขภาพเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน. จากการทบทวนลักษณะบริการในระดับปฐมภูมิที่ผ่านมา ผู้วิจัยคิดว่าบริการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชน ต้องมีการดูแลต่อเนื่อง ประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับชุมชน สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน, และโรงพยาบาล เพราะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนและเจ้าหน้าที่สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้ง ๓ แห่ง ได้ให้ความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ดร.ปรียากมล ข่าน (ประธานคณะกรรมการบริหารมูลนิธิสุขภาพสยาม) และดร.จิระภา ขำพิสุทธ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้กรุณาให้คำแนะนำ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้.



เอกสารอ้างอิง

๑. กษมา สุนทรสุริยวงศ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๔.
๒. เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๔๕.
๓. รายงานการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. ๒๕๔๗ - ๒๕๔๘. เอกสารอัดสำเนา.
๔. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทศนีย์ สุรกิจโกศล. เวชปฏิบัติครอบครัวยุทธศาสตร์สุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; มปท. ๒๕๔๒.
๕. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ. วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา; ๒๕๕๐.
๖. Kliemman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, Ca: Univ of California Press; 1980.
๗. เสาวนีย์ ศรีศิริกุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณิ ธีรากุล, โปยม บัลลังโพธิ์, อุษา เกานิบล. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ๒๕๔๒; ๒๕๑:๕๑-๗.