

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านแบบ Home Ward
อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
Effectiveness of the Home Ward Model for Hypertensive Patient Care
in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province

อรทัย ญาติปราโมทย์*
Orathai Yatpramot*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านแบบ Home Ward และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการดูแลแบบ Home Ward กับการดูแลตามปกติ ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบ Home Ward และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 ราย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง ดำเนินการติดตามผลลัพธ์เป็นระยะเวลา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกการรับประทานยา และเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired Samples t-test และ Independent Samples t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 15.88 mmHg และไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 9.10 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยร้อยละ 73.3 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม (5.00 เทียบกับ 3.97; $p < .001$) และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับดีอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการจัดการความเครียด ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญในด้านใด

ผลการวิจัยสนับสนุนให้นำรูปแบบ Home Ward ไปขยายผลในพื้นที่ชนบทอื่นๆ และพัฒนาเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : Home Ward, ความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา, ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a Home Ward care model for hypertensive patients and to compare outcomes between the Home Ward group and a standard care group in Phayakkhaphumhisai District, Mahasarakham Province. A total of 60 hypertensive patients were recruited through purposive sampling and allocated equally into an experimental group receiving Home Ward care (n = 30) and a control group receiving standard care (n = 30). The study period spanned 6 months. Data collection instruments included a general information questionnaire, a self-care behavior assessment scale, a medication adherence record, and a standardized digital blood pressure monitor. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired Samples t-test, and Independent Samples t-test.

Results revealed that the experimental group demonstrated statistically significant reductions in systolic blood pressure (mean decrease : 15.88 mmHg) and diastolic blood pressure (mean decrease : 9.10 mmHg) compared to baseline ($p < .001$). Moreover, 73.3% of the experimental group achieved target blood pressure control (BP < 140/90 mmHg), significantly higher than the control group ($p < .001$). Medication adherence scores were markedly superior in the experimental group (5.00 vs. 3.97; $p < .001$). Self-care behavior scores improved significantly across all four domains: dietary control, physical activity, sleep and rest, and stress management, shifting from a moderate to a good level ($p < .001$), while the control group showed no significant changes in any domain.

These findings provide empirical evidence supporting the expansion of the Home Ward model as a sustainable community-based strategy for chronic disease management in rural Thailand.

Keywords : Home Ward, hypertension, self-care behavior, medication adherence, Orem's Self-Care Deficit Theory

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรทั่วโลก เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.13 พันล้านคน และ 1 ใน 5 คนของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้⁽¹⁾ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562 - 2563) พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน⁽²⁾ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม มีความรุนแรงในหลายมิติ ในด้านสุขภาพ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และความผิดปกติของจอประสาทตา ซึ่งนำไปสู่ความพิการและการสูญเสียคุณภาพชีวิตในระยะยาว⁽³⁾ ข้อมูลจาก NCD-RisC พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ 30 - 79 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในช่วงปี ค.ศ. 1990 - 2019 โดยเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 331 ล้านคน เป็น 626 ล้านคน และเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 317 ล้านคน เป็น 625 ล้านคน ที่น่าเป็นห่วงคือมีเพียง ร้อยละ 59 ของเพศหญิง และร้อยละ 49 ของเพศชายเท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัย และมีเพียง ร้อยละ 47 และ ร้อยละ 38 ตามลำดับที่ได้รับการรักษา⁽¹³⁾ สาเหตุสำคัญที่ทำให้การควบคุมโรคไม่ประสบผลสำเร็จมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วนลงพุง และภาวะเครียดสะสม ประกอบกับอายุที่มากขึ้น ส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องรองรับภาระผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความแออัดของโรงพยาบาล จำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอ และงบประมาณด้านสุขภาพที่สูงขึ้นทุกปี

ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า สถิติผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,570.60 เป็น 2,245.09 ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2566 ประเทศไทย ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษา ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁴⁾

อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 8,154, 8,573 และ 8,883 ราย ในปี 2565 - 2567 ตามลำดับ⁽³⁾ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยได้จัดบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านแบบ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม มีการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงกันยายน 2568 (ระยะติดตามมาราคม - มิถุนายน 2568) ณ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย อายุ 35 ปีขึ้นไป ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจาก

สูตรของ Cohen J⁽⁵⁾ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ กำลังการทดสอบ = 0.80 และขนาดอิทธิพล = 0.5 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน บวกเพิ่ม 10% สำหรับการสูญหายของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Home Ward) 30 คน และกลุ่มควบคุม (การดูแลปกติ) 30 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์คัดเข้า : อายุ ≥ 35 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอพยุหะภูมิพิสัย สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
เกณฑ์คัดออก : ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีโรคเรื้อรังร่วมที่ควบคุมไม่ได้

แนวทางการดูแลแบบ Home Ward

ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เกษัตริกร นักโภชนาการ และ อสม. ดำเนินการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ : เดือนที่ 1 - 2 เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ (4 ครั้ง), เดือนที่ 3 - 4 เยี่ยมทุก 3 สัปดาห์ (3 ครั้ง), เดือนที่ 5 - 6 เยี่ยมเดือนละครั้ง (2 ครั้ง) รวม 9 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน ครั้งละ 45 - 60 นาที นอกจากนี้ยังมีการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1 - 2 สัปดาห์ ในช่วงที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน โดยการดูแลในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิ และน้ำหนัก ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อน ตรวจสอบการรับประทานยาโดยดูยาคงเหลือและตรวจสอบจากแบบบันทึก รวมถึงประเมินปัญหาสุขภาพเฉพาะบุคคลในแต่ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และคำแนะนำรายบุคคล เนื้อหาปรับตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร เน้นการลดโซเดียมไม่เกิน

2,000 มก./วัน การอ่านฉลากโภชนาการ การปรุงอาหารแบบลดเค็มลดไขมัน และการเพิ่มผักผลไม้ วันละ 5 ส่วน ด้านการออกกำลังกาย แนะนำการเดินเร็วหรือกิจกรรมแอโรบิกระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาที จำนวน 5 วัน/สัปดาห์ ด้านการรับประทานยา ให้ความรู้เรื่องวิธีรับประทานยา ที่ถูกต้อง การจัดการเมื่อลืมรับประทานยา และอาการไม่พึงประสงค์ที่ควรสังเกต ด้านการจัดการความเครียดและการพักผ่อน ฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกและสมาธิ รวมถึงการนอนหลับให้เพียงพอ 7 - 8 ชั่วโมง/วัน

ขั้นตอนที่ 3 การให้คำปรึกษา แก่ผู้ดูแล ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สอนการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring) การสังเกตอาการเตือนที่ต้องรีบพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเตรียมอาหาร เตือนรับประทานยา และสนับสนุนการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนร่วมกัน ตั้งเป้าหมายระยะสั้น 2 - 4 สัปดาห์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ กำหนดกิจกรรมที่จะปฏิบัติ เช่น ลดเค็ม เดินวันละ 30 นาที นัดหมายครั้งต่อไป และมอบเอกสารประกอบความรู้พร้อมสมุดบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้รับเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล แผนพับความรู้ ตารางบันทึกการรับประทานยา และคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พร้อมตัวอย่างเมนู รวมทั้งมีกลุ่มไลน์ (LINE Group) สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อสอบถามและแชร์ประสบการณ์ตลอดระยะเวลาโครงการ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาล คือ นัดตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรังทุก 1 - 3 เดือน โดยไม่มีการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากแบบสอบถามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด รวม 8 ข้อ ครอบคลุมข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบความแตกต่างพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดัดแปลงจากแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกรมควบคุมโรคและแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีจำนวน 12 ข้อ คำถาม ครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 4 ข้อ (การลดเค็ม งดอาหารแปรรูป การบริโภคผักผลไม้ และการลดอาหารหวาน) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย 3 ข้อ (การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และความสม่ำเสมอของการเคลื่อนไหว) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 2 ข้อ (การนอนหลับเพียงพอและการไม่มีปัญหาอนอนไม่หลับ) และด้านการรับประทานยา 3 ข้อ (การรับประทานยาตรงเวลา ความต่อเนื่อง และความถูกต้องตามแพทย์สั่ง) ผู้ตอบให้คะแนนด้วยมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยปฏิบัติเลย) ถึง 5 (ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด) แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.01 - 5.00) ระดับปานกลาง (3.01 - 4.00) และระดับน้อย (< 3.00) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (CVI \geq 0.80) และทดสอบความเชื่อมั่น

ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha = 0.85)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการรับประทานยา (Medication Adherence Record) เป็นแบบบันทึกประจำวันของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยบันทึกเวลาและปริมาณยาที่รับประทานในแต่ละวัน รวมทั้งปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการรับประทานยา เช่น การเดินทางหรืออาการไม่สบาย ข้อมูลที่บันทึกถูกตรวจสอบและยืนยันโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบโครงการทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5 รับประทานยาตรงเวลาและครบทุกครั้ง คะแนน 4 รับประทานยาครบแต่ไม่ตรงเวลาเป็นบางครั้ง คะแนน 3 ลืมรับประทานยา 1 - 2 ครั้ง/เดือน คะแนน 2 ลืมรับประทานยา 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ และคะแนน 1 ลืมรับประทานยามากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือหยุดยาเอง

ส่วนที่ 4 เครื่องวัดความดันโลหิตระบบอิเล็กทรอนิกส์ชนิดดิจิทัล (Automatic Digital Blood Pressure Monitor) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ก่อนนำไปใช้จริงผู้วิจัยได้สอบเทียบ (Calibration) ความแม่นยำกับเครื่องวัดมาตรฐานของโรงพยาบาล และอบรมผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการวัดที่ถูกต้อง เช่น การนั่งพักก่อนวัด การเลือกขนาดผ้าพันแขนที่เหมาะสม และการวัดในเวลาเดียวกันทุกวัน บันทึกทั้งค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Paired Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าก่อน

และหลังภายในกลุ่ม และ Independent Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย ใบรับรองเลขที่ 19/2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.7 มีอายุเฉลี่ยประมาณ

62 - 63 ปี โดยกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงสุดในทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.0 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 25.0 การทดสอบ ทางสถิติยืนยันว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรพื้นฐาน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
อายุ (ปี) $\bar{X} \pm SD$	62.5 \pm 9.4	63.1 \pm 8.8	0.789
เพศหญิง จำนวน (%)	18 (60.0)	19 (63.3)	0.791
SBP (mmHg) $\bar{X} \pm SD$	148.73 \pm 10.24	147.12 \pm 9.96	0.543
DBP (mmHg) $\bar{X} \pm SD$	92.50 \pm 7.80	91.83 \pm 7.25	0.728
พฤติกรรมสุขภาพรวม $\bar{X} \pm SD$	3.28 \pm 0.58	3.28 \pm 0.60	1.000

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต

หลังการดำเนินโครงการ Home Ward เป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย SBP ลดลงจาก 148.73 เป็น 132.85 mmHg คิดเป็นการลดลงเฉลี่ย 15.88 mmHg (95% CI [12.62, 19.14]; $t = 6.21$, $p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ย DBP ลดลงจาก 92.50 เป็น 83.40 mmHg คิดเป็นการลดลงเฉลี่ย 9.10 mmHg (95% CI [5.95, 12.25]; $t = 5.84$, $p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการ

เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยและไม่มีความสำคัญทางสถิติ (SBP ลดลง 1.24 mmHg, $p = .456$; DBP ลดลง 1.23 mmHg, $p = .417$) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (BP < 140/90 mmHg) ถึงร้อยละ 73.3 เทียบกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 26.7 ($\chi^2 = 13.07$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการดูแลแบบ Home Ward

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนการดูแล $\bar{X} \pm SD$	หลังการดูแล $\bar{X} \pm SD$	Δ (ก่อน-หลัง)	p-value
SBP (mmHg)	ทดลอง	148.73 \pm 10.24	132.85 \pm 8.97	-15.88	< 0.001*
	ควบคุม	147.12 \pm 9.96	145.88 \pm 9.42	-1.24	0.456
DBP (mmHg)	ทดลอง	92.50 \pm 7.80	83.40 \pm 6.35	-9.10	< 0.001*
	ควบคุม	91.83 \pm 7.25	90.60 \pm 6.98	-1.23	0.417

*p < .001

3. ผลการเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเท่ากับ 5.00 (SD = 0.00) แสดงว่าผู้ป่วยทุกรายในกลุ่มทดลองสามารถ

รับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอและครบถ้วน ทุกครั้งตลอดระยะเวลา 6 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (SD = 0.48; 95% CI [3.80, 4.14]) ความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.19, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลอง

กลุ่ม	$\bar{X} \pm SD$	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	5.00 \pm 0.00	[5.00, 5.00]	< 0.001*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	3.97 \pm 0.48	[3.80, 4.14]	

* p < .001

4. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.28 เป็น 4.35 (เพิ่มขึ้น 1.07 คะแนน, t = 9.18, p < .001) ซึ่งบ่งชี้ว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนจากระดับปานกลางสู่ระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การควบคุมอาหารมีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด (เพิ่มขึ้น 1.27

คะแนน, t = 8.63) รองลงมาคือการออกกำลังกาย (เพิ่มขึ้น 1.20 คะแนน, t = 6.47) การจัดการความเครียด (เพิ่มขึ้น 1.06 คะแนน, t = 7.12) และการนอนหลับพักผ่อน (เพิ่มขึ้น 0.75 คะแนน, t = 4.95) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน (p > .05) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการดูแลแบบ Home Ward จำแนกรายด้าน

ด้าน	กลุ่ม	ก่อน $\bar{x} \pm SD$	หลัง $\bar{x} \pm SD$	t	p-value
การควบคุมอาหาร	ทดลอง (n = 30)	3.24 ± 0.65	4.51 ± 0.49	8.63	<.001*
	ควบคุม (n = 30)	3.18 ± 0.59	3.26 ± 0.57	0.62	0.538
การออกกำลังกาย	ทดลอง (n = 30)	3.05 ± 0.68	4.25 ± 0.54	6.47	<.001*
	ควบคุม (n = 30)	3.12 ± 0.66	3.20 ± 0.63	0.47	0.642
การนอนหลับ	ทดลอง (n = 30)	3.68 ± 0.63	4.43 ± 0.52	4.95	<.001*
	ควบคุม (n = 30)	3.74 ± 0.61	3.79 ± 0.59	0.38	0.705
การจัดการ	ทดลอง (n = 30)	3.14 ± 0.75	4.20 ± 0.60	7.12	<.001*
	ควบคุม (n = 30)	3.08 ± 0.72	3.18 ± 0.70	0.41	0.684
รวมทุกด้าน	ทดลอง (n = 30)	3.28 ± 0.58	4.35 ± 0.47	9.18	<.001*
	ควบคุม (n = 30)	3.28 ± 0.60	3.36 ± 0.58	0.52	0.607

* p < .001

วิจารณ์

1. ประสิทธิภาพของ Home Ward ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 15.88 mmHg และไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 9.10 mmHg ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cicolini et al.⁽⁶⁾ ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงเฉลี่ย 15.8/8.6 mmHg และงานวิจัยของจิตติมา อินทรปาน และคณะ⁽⁷⁾ ที่รายงานการลดลงของ SBP เฉลี่ย 19.4 mmHg ในจังหวัดอุบลราชธานี กลไกสำคัญที่อธิบายประสิทธิภาพดังกล่าว ได้แก่ การติดตามประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้เฉพาะบุคคลในบริบทของบ้าน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง

เมื่อพิจารณาในมิติของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem DE⁽⁸⁾ พบว่าการดูแลแบบ Home Ward ทำหน้าที่เป็นระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System) ที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรสุขภาพเพิ่มเติม

ช่องว่างของการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ที่ลดน้อยลงอย่างเป็นระบบ จนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

2. ประสิทธิภาพของ Home Ward ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

กลุ่มทดลองมีคะแนนความสม่ำเสมอสูงสุดที่ 5.00 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (t = 5.19, p < .001) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผล ได้แก่ การตรวจสอบยาคงเหลือทุกครั้ง ที่เยี่ยมบ้าน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว ระบบกลุ่มไลน์สำหรับการสอบถาม และการให้ความรู้รายบุคคลโดยเภสัชกร ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Vrijens et al.⁽⁹⁾ ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ (≥ 80% ของเวลา) มีโอกาสควบคุมความดันโลหิตได้สูงกว่าถึง 3.4 เท่า

3. ประสิทธิภาพของ Home Ward ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง

สู่ระดับดี สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea E. Orem⁽⁸⁾ ด้านการควบคุมอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด โดยเฉพาะการลดการบริโภคอาหารรสเค็ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณี ใจดี⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การให้ความรู้และสาธิตการปรุงอาหารส่งผลให้ผู้ป่วยลดการบริโภคโซเดียมลงเฉลี่ยร้อยละ 42 ด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 1.20 คะแนน สอดคล้องกับ Cornelissen & Smart⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำเร็จของโปรแกรมในด้านนี้ เกิดจากการบูรณาการการให้ความรู้เฉพาะบุคคล ในบริบทจริงของบ้านผู้ป่วย การสาธิตทักษะในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ Warren-Findlow et al.⁽¹²⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อยุติ

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านแบบ Home Ward ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีประสิทธิผลสูงกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติที่ประเมิน โดยร้อยละ 73.3 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ภายใน 6 เดือน ผลการวิจัยสนับสนุนการขยายผลแนวทาง Home Ward ในพื้นที่ชนบทที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก และควรพัฒนาเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Guideline for the Pharmacological Treatment of Hypertension in Adults. Geneva: WHO; 2021.
2. วิชัย เอกพลากร และคณะ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2566. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. Cohen J. A power primer. Psychol Bull 1992; 112(1): 9-155.
6. Cicolini G, et al. Efficacy of nurse-led telephone follow-up for patients with hypertension: A randomised controlled trial. J Adv Nurs 2014; 70(11): 61-2550.
7. จิตติมา อินทรปาน, วิภา ลาภเจริญ และสุรัชย์ คำมุงคุณ. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหวิชาชีพแบบ Home Ward ในเขตชนบทจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564; 39(3): 25-112.
8. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
9. Vrijens B, et al. Current situation of medication adherence in hypertension. Front Pharmacol 2017; 8: 100.

10. ปราณีย์ ใจดี. ผลของการให้ความรู้และการ
สาธิตการปรุงอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภค
อาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.
วารสารโภชนาการ 2563; 28(2): 15-201.
11. Cornelissen VA, Smart NA. Exercise
training for blood pressure: A systematic
review and meta-analysis. *J Am Heart
Assoc* 2013; 2(1): e004473.
12. Warren-Findlow J, et al. A systematic
review of interventions to improve
blood pressure control among African
Americans. *Ethn Dis* 2017; 27(3): 86-279.
13. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-
RisC). Worldwide trends in hypertension
prevalence and progress in treatment
and control from 1990 to 2019: a
pooled analysis of 1201 population-
representative studies with 104
million participants. *Lancet* 2021;
398(10304): 957-980.