

## การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลชุมชน

เสาวนีย์ ไกรอ่อน พย.ม.\*

สาริณี วอนแก่น้อย พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 14 คน ผู้ดูแลหลัก 11 คน อสม. 15 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพ 10 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประเมินสภาพปัญหา แบบสอบถามผู้สูงอายุเรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายฯ เครื่องมือตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เก็บรวบรวมข้อมูล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพปัญหา โดยการสนทนากลุ่มตัวอย่าง 2) การวางแผน นำปัญหาที่ได้มาประชุมระดมสมองเพื่อออกแบบระบบการดูแลตามสภาพปัญหา 3) นำการพัฒนาระบบไปปฏิบัติ 4) การประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังมีการพัฒนาการให้คำปรึกษารายกลุ่ม การใช้แถบสีแบ่งระดับความดันโลหิต การสอนการเยี่ยมบ้านและการออกกำลังกายแก่ อสม. การให้บริการอาหารเฉพาะโรค และการส่งต่อเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ส่วนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. ทุก 1 เดือน ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุดต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การทำงานรูปแบบเครือข่ายจึงเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

---

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเนินสง่า

## **The Development Network System of Intervention for Older Persons with Hypertension from Hospital to Community**

*Saowanee Kraioon MSN*

*Sarinee Vonkaonoy BSN*

### **Abstract**

The purpose of this action research was to develop network system of intervention for older persons with hypertension from hospital to community. The samples selected by the purposive sampling were 14 older persons with hypertension, 11 caregivers, 15 village health volunteers, and 10 healthcare providers. The instruments of this study composed of an interview guideline for problem evaluation, the questionnaire for older person's knowledge concerning hypertension disease, the opinion questionnaire of sample. The content validity of questionnaires was evaluated by 5 experts then bring adjusted. The study was conducted in four phases. The first phase was assessed current situation and problems for the sampling. The second phase was planned with review of related literature and research then problems bring discussion for designed the system care. The third phase bring system was developed to practice. The fourth was evaluated. The percentage, mean, and standard deviation were used to analyze the data.

The result of this research showed that the system for intervention care in non-communicable disease clinic was group consult, color strips to split hypertension levels, training village health volunteer for visiting home leaning and exercise, service diet specific of disease and transition system for home visit. In community, the researcher team had set up the club of elders with hypertension and monthly home visiting by village health volunteers. The point mean after learning was higher than before learning. The sample had very satisfied with the developed network system of intervention for older person. Therefore, the work as the model of network system will benefit to older persons.

**Keywords:** older person, hypertension

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีถึง 1,560 ล้านคนทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2025 โดยที่ 2 ใน 3 ของจำนวนนี้จะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) จากข้อมูลพบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปใน พ.ศ. 2551-2552 มีความชุกโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.4 และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในช่วง พ.ศ. 2548-2551 เพิ่มขึ้น 1.2-1.6 เท่าเป็น 1,149 ต่อแสนประชากร หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการและเสียชีวิต ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามอย่างมหาศาล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555)

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป และมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 ส่งผลให้ปัจจุบัน พ.ศ. 2553 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 13.0 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 ในพ.ศ. 2563 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) ขณะเดียวกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทย มีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญต่อการทำนายการต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุไทย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพควรมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุขภายใต้การเกื้อหนุนของเครือข่ายในชุมชนและการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงแหวดวงของ

การสาธารณสุขเท่านั้นไม่เพียงพอ การรวมเครือข่ายของผู้ที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุและทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ นับเป็นมิติที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อวางระบบที่ดีในการรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคต เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุนระดับชุมชน (Community-based approach) จะมีบทบาทมากขึ้นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งประกอบด้วย ทั้งครอบครัว เครือญาติเพื่อน/เพื่อนบ้าน รวมทั้งผู้นำชุมชนและนักวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ และเครือข่ายที่เป็นทางการ (formal Network) เช่น บุคลากรเยี่ยมบ้าน แพทย์ พยาบาล เป็นต้น (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552)

คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเนินสง่า ในปี พ.ศ. 2555 โรคความดันโลหิตสูงมีผู้มารับบริการมากเป็นอันดับ 1 จำนวน 1,679 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ถึง 1,662 คน คิดเป็นร้อยละ 98.98 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเนินสง่าได้แก่ หมู่ 5,6,9,12,14 ต.หนองจิม และ หมู่ 10 ต.กะฮาด พบว่า หมู่ 6 บ้านบะเสี้ยว มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 61 คน ในจำนวนนี้เป็นวัยสูงอายุมากที่สุดจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 77.04 มีโรคแทรกซ้อนได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.25 โรคไต 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.12 โรคหลอดเลือดหัวใจ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.12 ผู้สูงอายุขาดยา 10 คน คิดเป็นร้อยละ 21.27 ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง 2 คนคิดเป็นร้อยละ 4.25 การบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลเนินสง่า ยังไม่ครอบคลุมในด้านโภชนาการ ระบบการส่งต่อเยี่ยมบ้าน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และการพัฒนาด้านการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ถูกต้อง ดังนั้นหากมีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

จะส่งผลดีต่อผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากที่สุด อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะโรคประจำตัวได้อย่างมีความสุข

### วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลชุมชน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (action research) เริ่มดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2556 มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่

#### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพปัญหา

ผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพปัญหาการให้บริการของคลินิกโรคเรื้อรัง โดยการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาจากกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์ที่ประยุกต์มาจากการศึกษาของ ทัทสันี สรรค์นิกิต (2553)

#### ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน

ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วนำปัญหาที่ได้และวรรณกรรมที่สืบค้นมา นำมาประชุมระดมสมองในทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดทำร่างการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้ระบบการพัฒนาระบบการดูแลในคลินิกโรคเรื้อรัง และระบบการดูแลในชุมชน

#### ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ

นำการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### ระบบการพัฒนาระบบการดูแลในคลินิกโรคเรื้อรัง

ได้แก่

1. ผู้สูงอายุได้รับการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพและสื่อแผ่นพับ ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ เรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูงประยุกต์จากการศึกษาของ สุภารัตน์ คลื่นแก้ว (2552)

2. ผู้สูงอายุได้รับการแบ่งระดับความดันโลหิตสูงโดยการให้แถบสีในสมุดบันทึก สุขภาพผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงเพื่อเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตในครั้งต่อไป

3. ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ได้แก่ ให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุก 1 เดือนทุกราย ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ทุก 2 สัปดาห์

4. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับประทานข้าวต้มที่มีการจำกัดเกลือในอาหาร โดยนักโภชนาการ

5. มีการเพิ่มศักยภาพกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยการสอนการเยี่ยมบ้าน และการเป็นแกนนำออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ

### ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1. อสม. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบทุก 1 เดือนทุกรายโดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้าน และส่งผลการเยี่ยมกลับมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง

2. มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ อสม.ได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุก 1 เดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้ และมี อสม. เป็นแกนนำออกกำลังกาย

#### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ประเมินผลหลังดำเนินการพัฒนาระบบไปใช้ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถาม ความรู้ผู้สูงอายุเรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบติดตามเยี่ยมบ้าน และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ต่อ การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านบะเสี้ยว หมู่ที่ 6 ตำบลหนองจิม อำเภอนีนสง่า จังหวัดชัยภูมิ และทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลนีนสง่า จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 คน
2. ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุประกอบด้วยญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 11 คน
3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมโครงการ จำนวน 15 คน
4. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 10 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรัง 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน 1 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน พยาบาลงานสุขภาพจิต 1 คน นักโภชนาการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน

#### การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการดำเนินงานในด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ ชย 0027.102/32

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างโดยการแจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษาให้รับทราบ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาพปัญหาเป็นแบบสอบถามสัมภาษณ์ปลายเปิดประยุกต์จากการศึกษาของ ทักษิณี สรรค์นิก (2553) ใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่มตัวอย่าง นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ปรับแก้แหล่งที่ศึกษาจากศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นโรงพยาบาลนีนสง่าและในชุมชนเพิ่มเติมข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม อสม. แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

เครื่องมือสำหรับการประเมินการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

**แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง** เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ “ถูก” “ผิด” “ไม่ทราบ” ข้อคำถามมีคละทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเรื่องโรค 15 ข้อ การใช้ยา 15 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของ สุภารัตน์ คลื่นแก้ว (2552) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามวิธีของคูเลอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97

**แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายฯ** เป็นแบบการจัดลำดับทัศนคติ (Likert Scale) มี 4 ข้อคำถาม ให้สเกลคำตอบ 5 ระดับ คือ 5 = เห็นด้วยมากที่สุด 4 = เห็นด้วยมาก 3 = ปานกลาง 2 = เห็นด้วยน้อย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด ผู้ศึกษาได้สร้าง

ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 8 คน (57.14%) เพศชาย จำนวน 6 คน (42.85%) การศึกษาระดับประถมศึกษาทั้งหมดจำนวน 14 คน (100%) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เพศหญิงจำนวน 8 คน (53.33%) รองลงมาเพศชาย จำนวน 7 คน (46.66%) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดจำนวน 11 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 10 คน (90.91%) รองลงมาเพศชาย 1 คน (9.09%) ทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน (90%) รองลงมาเพศชายจำนวน 1 คน (10%)

### ผลการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินสภาพปัญหา

ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่ม อสม. เพื่อประเมินสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้บริการของคลินิกโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน

การสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเอง ยังไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม เติมเครื่องปรุงอาหารเพิ่ม ซื้ออาหารจากรับประทาน อาหารที่รับประทานเป็นประจำเป็นอาหารรสเค็ม เช่น ปลา ร้า บอง มีการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายในที่นอนยกแขนยกขา ไม่ถึง 30 นาที มีบางส่วนที่

ไม่ออกกำลังกายเลย ผู้สูงอายุยังไม่ทราบวิธีผ่อนคลายความเครียดและผู้สูงอายุมีปัญหาอยากทราบว่าหากลืมหินยาจะอย่างไร ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการจากคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุอยากได้รับการบริการที่รวดเร็ว และต้องการให้เจ้าหน้าที่และ อสม. ให้บริการเยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง เพื่อแนะนำการรับประทาน อาหารและยา ความรู้เกี่ยวกับการรักษา การตรวจติดตามระดับความดันโลหิต และการส่งเสริมออกกำลังกายในชุมชน เช่น บริเวณกองทุนหมู่บ้านบะเสี้ยว (SML)

การสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ถูกต้อง แต่ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ยังไม่ถูกต้อง ควรจะได้รับความรู้เพิ่มเติมในส่วนนี้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการจากคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลฯ ต้องการให้คลินิกฯ จัดอาหารที่มีเกลือ น้อยให้ผู้สูงอายุขณะรอรับการตรวจ และมีเสียงตามสายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ความต้องการบริการจากชุมชน คนในชุมชนควรมีการรวมกลุ่มกันเพื่อช่วยเหลือการเดินทางมารับยา ร่วมกันส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผ่านทางวิทยุชุมชน รวมถึงการจัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน เช่น จัดหาสถานที่ออกกำลังกาย อุปกรณ์เปิดเพลง บุคลากรให้คำแนะนำด้านสุขภาพ

การสนทนากลุ่ม อสม. พบว่า กลุ่ม อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แต่บางส่วนยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนความต้องการบริการจากคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่ม อสม. ต้องการมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำเรื่องการบริหารโรคอาหารที่ถูกต้อง การพูดคุยให้กำลังใจ การส่งเสริมการออกกำลังกาย สำหรับการ

บริการในชุมชน ควรจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้านเดือนละครั้งโดย พยาบาล แพทย์ เภสัชกร มีการสร้างกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ในวันที่ผู้สูงอายุมารับเบี้ยยังชีพ (วันที่ 9 ของทุกเดือน เวลา 10.00 น. เป็นต้นไป)

**การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า** ทีมสหสาขาวิชาชีพ บางส่วนยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้ระบบการให้บริการและนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาในการดูแลมีความแตกต่างกันแต่ละวิชาชีพ มีข้อเสนอแนะที่คล้ายคลึงกันคือ ควรมีการทำงานประสานกับชุมชนและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งในเรื่องการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล การประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฯ และ อสม. นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนเพื่อจัดรถรับส่งมาโรงพยาบาลร่วมกัน ในการมารับยา ส่วนแนวทางพัฒนาบริการของโรงพยาบาล ทีมเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลควรเสนอปัญหาที่พบเจอในผู้ป่วย หรือปัญหาสุขภาพในชุมชน กับทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางปรับปรุงบริการต่อไป

### **การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**

ทีมผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุฯ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเนินสง่า มาเสนอกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประชุมระดมสมองในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จากการประชุมได้ข้อสรุปและระบบการให้บริการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดังนี้

#### **การพัฒนาระบบบริการในคลินิก**

1. ผู้สูงอายุได้รับการให้คำปรึกษารายกลุ่มได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพและสื่อแผ่นพับ
2. ผู้สูงอายุได้รับการแบ่งระดับความดันโลหิตสูงโดยการให้แถบสีในสมุดบันทึกสุขภาพของ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตในครั้งต่อไป

3. ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ โดย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุก 1 เดือนทุกราย ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ทุก 2 สัปดาห์

4. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับประทานอาหารที่จำกัดเกลือในอาหาร ภายใต้การดูแลของนักโภชนาการ

5. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน และการเป็นแกนนำออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ

### **การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน**

ผู้วิจัยได้จัดทำชุมชนต้นแบบที่หมู่บ้านบะเสี้ยวตำบลหนองจิม อำเภอนีนสง่า จังหวัดชัยภูมิ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รายละเอียดระบบบริการมีดังนี้

1. อสม.เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบทุก 1 เดือนทุกรายโดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านและส่งผลการเยี่ยมกลับมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง

2. จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ อสม. ได้เข้าร่วม ชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุก 1 เดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และ มี อสม. เป็นแกนนำออกกำลังกาย

### **การประเมินระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน**

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังให้ความรู้กลุ่มผู้สูงอายุฯ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนได้รับความรู้ ( $\bar{X} = 25.78$ ,  $SD = 2.80$  และ  $\bar{X} = 24.50$ ,  $SD = 3.50$  ตามลำดับ) ดังแสดงตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังให้ความรู้กลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง  
(n= 14)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังให้ความรู้	ระดับคะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ก่อนได้รับความรู้	24.50	3.50
- หลังได้รับความรู้	25.78	2.80

การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบ  
เครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบ  
ว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้สูงอายุฯ กลุ่ม อสม. และทีม  
สหสาขาวิชาชีพเห็นด้วยมากที่สุด ที่คลินิกโรคเรื้อรัง  
ควรกำหนดให้มีการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแล  
ผู้สูงอายุฯ การพัฒนาระบบเครือข่ายฯ เพื่อเพิ่มศักยภาพ  
การดูแลผู้สูงอายุฯ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฯ สามารถดูแล  
ตนเองได้ และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบ  
เครือข่าย

ส่วนความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ ต่อการ  
พัฒนาระบบเครือข่ายฯ พบว่า จำนวนเกือบครึ่ง เห็น  
ด้วยอย่างมากที่สุด ที่ให้มีการพัฒนาระบบเครือข่าย  
และการพัฒนาระบบเครือข่ายนี้จะช่วยเพิ่มศักยภาพ  
ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และส่วนใหญ่ของกลุ่ม  
ดูแลผู้สูงอายุฯ เห็นด้วยอย่างมาก ที่ผู้สูงอายุฯ จะได้รับ  
ประโยชน์จากการพัฒนาระบบเครือข่ายนี้ และโดยภาพ  
รวมมีความพึงพอใจเช่นกัน ดังแสดงตารางที่ 2



**ตารางที่ 2** แสดงร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ต่อ การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (N = 50)

ความคิดเห็นต่อ การพัฒนาระบบเครือข่าย เพื่อดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง จากโรงพยาบาลชุมชน	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n=14)					กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (n=15)					กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง (n=11)					กลุ่มสหสาขาวิชาชีพ (n=10)				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย ที่สุด	น้อย	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก	มาก ที่สุด	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มาก	มาก ที่สุด	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1. คัดนิกรเครื่องจักร กำหนดให้มีการพัฒนา ระบบเครือข่ายเพื่อดูแล ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงจากโรงพยาบาล ชุมชน	64.29	35.71	0	0	0	66.7	33.3	0	0	45.45	54.55	0	0	100	0	0	0	0	0	
2. การพัฒนาระบบเครือ ข่ายฯสามารถช่วยเพิ่ม ศักยภาพของเครือข่ายการ ดูแลผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง	64.29	35.71	0	0	0	80	20	0	0	45.45	54.55	0	0	90	10	0	0	0	0	
3. การพัฒนาระบบเครือ ข่ายฯ ผู้ป่วยสูงอายุโรค ความดันโลหิตสูงจะได้รับ ประโยชน์ และสามารถ ดูแลตนเองได้	71.43	28.57	0	0	0	80	20	0	0	81.82	18.18	0	0	70	30	0	0	0	0	
4. ความพึงพอใจต่อการ พัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อ ดูแลผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงจากโรงพยาบาล ชุมชนที่พัฒนาขึ้น	92.86	7.14	0	0	0	86.7	13.3	0	0	81.82	18.18	0	0	60	40	0	0	0	0	

## อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบออกเป็นสองส่วนคือระบบการดูแลผู้สูงอายุฯ ที่โรงพยาบาลและพัฒนาระบบต่อยอดถึงการดูแลต่อในชุมชน จากระบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยไว้ดังนี้

### ระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล (คลินิกโรคเรื้อรัง)

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุนั้น ได้จัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การให้คำปรึกษาผู้สูงอายุ การแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามระดับความดันโลหิต การส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลด้านโภชนาการ การพัฒนาศักยภาพของ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเหล่านี้ถูกจัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการให้บริการที่ผ่านมาและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ถูกจัดขึ้นด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

การให้คำปรึกษารายกลุ่มได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพและสื่อแผ่นพับ จากปัญหาที่ได้สนทนากลุ่ม นำมาแก้ไขปัญหาด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้สูงอายุยังขาดอยู่ การให้คำปรึกษารายกลุ่มและการให้ความรู้มาใช้ น่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น การได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้นจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่องได้ที่บ้านและชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยา จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น (สุภารัตน์ คลื่นแก้ว, 2552; อริธดา ลาดลา, 2554)

ผู้สูงอายุได้รับการแบ่งระดับความดันโลหิต โดยการให้แถบสีในสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตในครั้งต่อไป การนำแถบสีมาใช้ น่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึง

การเฝ้าระวังระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับ กองสุศึกษา (2556) ได้มีนโยบายการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวทางการดำเนินงานที่มีชื่อว่า “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นการสร้างสุขภาพ กลุ่มป่วย (สีเหลือง สีส้ม สีแดง)

ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์จากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยากให้เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ออกเยี่ยมบ้าน เพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุและให้มีความรู้เพิ่มขึ้น การส่งต่อเยี่ยมบ้านเป็นการจัดให้มีการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่อง (Continuity of care) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา ทีคำ (2552) ที่พัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีลักษณะเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้ สัมพันธ์กับการศึกษาของ Sorocco, Bratkovich, Wingo, Qureshi, and Mason (2013) ได้ศึกษาเรื่อง การประสานการดูแลร่วมกันระหว่างระบบให้การดูแลที่บ้านและการดูแลโดยใช้บ้านเป็นฐานในเขตชนบทของโอคลาโฮมา สมาชิกจะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยระบบให้การดูแลที่บ้าน มีความพึงพอใจ ความเป็นไปได้ และคุ้มค่าคุ้มทุนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับประทานอาหาร เช่น ข้าวต้มที่มีการจำกัดเกลือในอาหารโดยนักโภชนาการ จากการสนทนากลุ่มผู้ดูแลพบปัญหาว่าอยากให้คลินิกโรคเรื้อรังปรับปรุงรสชาติข้าวต้มที่ไม่เค็มให้ผู้สูงอายุรับประทาน ซึ่งการรับประทานอาหารรสเค็มเป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้ระดับความดันโลหิตสูงได้ และการปรับปรุงข้าวต้มโดยการจำกัดเกลือเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk

factor) สอดคล้องกับการศึกษาของสารภี แสงเดช และ เพชรไสว ลีมิตรตระกูล (2555) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีปัจจัยเสี่ยงสนับสนุนต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่รับประทานอาหารรสเค็มอาหารไขมันสูงออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

การเพิ่มศักยภาพกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)โดยการสอนการเยี่ยมบ้าน และการเป็นแกนนำออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ จากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลยากให้ อสม. เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง แต่จากการสนทนากลุ่มอสม. ยังพบปัญหาเรื่องขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จึงควรมีการเพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ขาดและวิธีการเยี่ยมบ้านที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส อนันตา และ จริญญา ทองอเนก (2555) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาวอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของอสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

#### ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนบ้านบะเสี้ยว

การพัฒนากระบวนการบริการในชุมชน ผู้วิจัยได้พัฒนาการให้บริการต่อเนื้อที่บ้าน โดย อสม. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบทุก 1 เดือนทุกราย โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านและส่งผลการเยี่ยมกลับมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึงพอใจมากที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ เจ้าหน้าที่ได้ทราบปัญหาพื้นฐานการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดโรคแล้ว การเยี่ยมบ้านยังมีส่วนให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและชุมชนด้วย สอดคล้อง

กับการศึกษาของ Honorato dos santos de carvalho, Rossato, Fuchs, Havzheim, and Fuchs (2013) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินการยอมรับบริการสาธารณสุขมูลฐาน ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่า การดูแลภาวะสุขภาพโดยการสาธารณสุขมูลฐาน สำเร็จมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจคะแนนสูงขึ้น

นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลได้เข้าร่วม ชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุก 1 เดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้ และมีแกนนำออกกำลังกายโดย อสม. และผู้สูงอายุ กิจกรรมในชมรมได้รับความสนใจอย่างมาก สังเกตได้จากจำนวนคน และความสนใจตั้งใจทำตามกิจกรรมต่างๆ สีนัยเยี่ยมเยียนสนุกสนานผ่อนคลาย สอดคล้องกับการศึกษาของบุญนาค ปัตถานัง และวิยุทธ จัรัสพันธ์ุ (2556) เรื่องระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังพลัง ในเขตตำบลโนนอุดมอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระบบการส่งเสริมสุขภาพซึ่งให้ประชาชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและเป็นผู้สูงอายุที่มีพลังพลัง

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. ควรศึกษาพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. ควรมีการศึกษาเพื่อปรับปรุงการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อนำไปใช้ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3 อ. 2 ส.) ของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]
- ทัศนีย์ สรรค์นิกร. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยยาง ตำบลทุ่งโป่ง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญนาค ปัตถานัง, และวิญทธิ์ จำรัสพันธ์. (2556). *ระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดี ในเขตตำบลโนนอุดมอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา*. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาส อนันตา, และจรัญญู ทองอนง. (2555). ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้าน ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 20(1), 1-8.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร : ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- สารทิ แสงเดช, และเพชรไสว ลีมิตรกุล. (2555). *แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 39-47.
- สุภารัตน์ คลื่นแก้ว. (2552). *ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. (2552). *การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ในการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่อง การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ (หน้า 15-161)*. กรุงเทพมหานคร : สหพัฒนไพศาล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพมหานคร : การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อริศดา ลาดลา. (2554). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้ความรู้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อาทิตยา ทีคำ . (2552). *การให้บริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Honorato dos Santos de Carvalho, V.C., Rossato, S.L., Fuchs, F.D., Harzheim, E., & Fuchs, S.C. (2013). Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(13), 605-610.

Sorocco, K.H., Bratkovich, K.L., Wingo, R., Qureshi, S.M., & Mason, P.J. (2013). Integrating care coordination home telehealth and home based primary care in rural Oklahoma: a pilot study. *Psychological Services*, 10(3), 350-2