

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

อติญาณ์ ศรเกษตรริน* กศ.ด. (การอุดมศึกษา)

ชวลีพร เอกรัตน์** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ชไมพร จินตคณาพันธ์*** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อรวรรณ สัมภวามนะ**** กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาการศึกษา)

บทคัดย่อ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชุมชนบางไผ่ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คู่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 ราย อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 ราย และผู้นำชุมชน จำนวน 1 ราย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) การวางแผนกิจกรรมร่วมกัน 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) ดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ 4) ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อร่วมพิจารณาสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม และ 5) ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สามารถพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแล การดูแล โรคความดันโลหิตสูง ชุมชน

*อาจารย์พยาบาล รองผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

**Corresponding author, อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี, E-mail: jajaann@hotmail.com

***อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

****อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับประชาชนเป็นจำนวนมาก และเป็น 1 ในสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรทั่วโลกกว่า 1.56 พันล้านคนจะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าประชาชนในวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย มีภาวะความดันโลหิตสูงและเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2011)

จากข้อมูลสถิติ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2554) พบอัตราผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุข เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2543 และปี พ.ศ. 2553 เพิ่มสูงขึ้น 5.21 เท่าจาก 259.02 ต่อประชากรแสนคน เป็น 1,349.39 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษา และความสามารถในการดูแลตนเอง หากประชาชนไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง หรือเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญกับ หัวใจ ตา ไต และสมอง (สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ, และสุกัญญา เลหารัตนหิรัญ, 2555)

ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ครอบครัวยึดเป็นสถาบันหลักในการดูแลสุขภาพ (สุภาณี ยอดสิน และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2555) เพราะครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายที่เหมาะสม ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเผชิญปัญหาและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (เพ็ญศิริ สิริกุล, ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม, และเสริม ทศศรี, 2553)

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน ถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพ ผลลัพธ์ตามมาที่จะเกิดกับผู้ป่วย คือ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ, 2557) รวมทั้งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดียิ่งขึ้น

ชุมชนบางไผ่ อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี เป็นชุมชนกึ่งเมืองที่มีประชากรอยู่อาศัยจำนวน 2,381 คน ประชาชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดขึ้นเป็นอันดับ 1 ในชุมชนบางไผ่ จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดจำนวน 461 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 54.66 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2555) ผู้ดูแลมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน การดูแลเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และความพยายามอย่างต่อเนื่อง เช่น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยา และอาการข้างเคียงต่างๆ ผู้ดูแลจะต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง หากไม่สามารถปรับบทบาทหรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2554)

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยการนำทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลที่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน มาร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการดำเนินการ การสรุบบทเรียน รวมทั้งคิดหาวัตกรรมการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนจนเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบางไผ่ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ในการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบางไผ่ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี โดยดึงศักยภาพของชุมชนมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย โดยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้ใหญ่บ้าน เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อระบุปัญหาและวางแผนกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมที่ได้กำหนดร่วมกัน โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้ใหญ่บ้าน เพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้

4. การมีส่วนร่วมในการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อพิจารณาสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อพิจารณาปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินกิจกรรมเพื่อหาแนวทางแก้ไขพัฒนากิจกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ดำเนินการวิจัยในระหว่าง 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึง 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 โดยคัดเลือกหมู่บ้านจากการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน จำนวน 5 หมู่บ้าน พบว่าหมู่บ้านที่มีความพร้อมและยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการคือ หมู่ 3 ตำบลบางไผ่ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต อยู่ในพื้นที่หมู่ 3 ตำบลบางไผ่ 2) รับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ ไตวาย เป็นต้น 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ไม่มีปัญหาการสื่อสารภาษาไทย และ 5) สัมผัสใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ใช้เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาการสื่อสารภาษาไทย และ 3) สัมผัสใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

3. ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ จำนวน 2 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพ

4. ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ราย อยู่ในพื้นที่หมู่ 3 ตำบลบางไผ่

5. ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 3 ตำบลบางไผ่ จำนวน 1 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อใช้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้ใหญ่บ้าน เกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความต้องการช่วยเหลือในการดูแลจากชุมชน

1.2 แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยอสม. ทำการบันทึกในรายงานการติดตามเยี่ยมในประเด็นความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

1.3 การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการสนทนาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ใช้ในขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้ การวิเคราะห์สถานการณ์ 1 ครั้ง การวางแผนกำหนดกิจกรรม 1 ครั้ง การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม 2 ครั้ง และการประเมินผล 1 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความรู้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาใช้วัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ใช้ประเมินก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกคือ ถูก ผิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 6-11 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 12-17 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 18-23 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับดี

คะแนน 24-30 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับดีมาก

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้ในการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 15 ข้อ ถามเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ได้แก่ มากที่สุด = 5 จนถึงน้อยที่สุด = 1 แปลผลโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ราย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ และแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญด้านโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาแบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .80 และ .79 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้ได้ .89 และแบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เลขที่ 2012-20 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมวิจัยทุกราย โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย ด้วยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาขณะดำเนินการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งผู้วิจัย และนำเสนอผลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาค้นคว้าและความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 35 คู่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย อสม. 10 ราย และผู้ใหญ่บ้าน 1 ราย โดยจัดการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 2 ขั้นวางแผนกิจกรรม โดยจัดการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 2 ชั่วโมงกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 35 คู่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย อสม. 10 ราย และผู้ใหญ่บ้าน 1 ราย พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เสนอแผนกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ แผนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแผนการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 3 ขั้นดำเนินงานตามแผน โดยผู้รับผิดชอบกิจกรรมและดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 แผนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 ราย อสม. จำนวน 10 ราย มีกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 1 วัน เพื่อฝึกทักษะการประเมินสุขภาพ การรับฟังการบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การฝึกระวังภาวะแทรกซ้อน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3.2 แผนการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโป้จำนวน 2 ราย อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำนวน 2 ราย และอสม. จำนวน 10 ราย ติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแผนกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการโดยการสนทนากลุ่ม เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง หลังจากการติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง

ขั้นที่ 5 ขั้นประเมินผล เพื่อประเมินการดำเนินกิจกรรมตามแผนและสรุปบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน โดยการสนทนากลุ่ม จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยสรุปประเด็นและสังเคราะห์ความรู้ที่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามกิจกรรมของการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ การศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง ใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 35 คู่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย อสม. 10 ราย และผู้ใหญ่บ้าน 1 ราย ผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยทราบว่าโรคความดันโลหิตสูง ต้องดูแลให้มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ลดอาหารประเภทเค็ม แต่ส่วนใหญ่จะทำอาหารรับประทานร่วมกันทั้งครอบครัว จึงเป็นรสชาติอาหารเดียวกัน ไม่ทราบว่าควรทำอาหารเฉพาะของผู้ป่วย การรับประทานยาทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงจะควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แต่ไม่ทราบว่ายาประเภทไหนรับประทานได้บ้าง ซึ่งส่วนใหญ่จะซื้อยาชุดลดปวดเมื่อย ลดปวดศีรษะให้ผู้ป่วยรับประทาน เพราะได้ผลดี ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องการให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสังเกตภาวะแทรกซ้อน และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เพราะบางครั้งก็รู้สึกเหนื่อยและท้อแท้ในการดูแล

2. ขั้นวางแผนกิจกรรม

2.1 การกำหนดแผนและกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดเกณฑ์และขั้นตอนการพัฒนา โดยมีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 35 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย อสม. 10 ราย และผู้ใหญ่บ้าน 1 ราย เพื่อนำผลการศึกษาในขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหามาใช้เพื่อร่วมกำหนดเป้าหมายและกลวิธีของการดำเนินงานซึ่งเป็นจุดสำคัญที่ก่อให้เกิดความตระหนักในการมีส่วนร่วมของกลุ่ม เพราะทุกคนได้ร่วมกันรับรู้ปัญหา ร่วมคิดวิเคราะห์และประเมินปัญหา เกิดความรู้สึกต้องการแก้ไขปัญหาร่วมกันคิดหาวิธีวางแผนแก้ปัญหาให้ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลปัญหาความต้องการ

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

และกระตุ้นให้มีส่วนร่วมทุกคนคิด ได้ข้อสรุปสู่แนวทางการพัฒนา คือ

2.1.1 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ให้กับผู้ดูแล ทีมผู้วิจัยได้เชิญพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คนมาให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยา และการประเมินสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 ราย และ อสม. 10 ราย

2.1.2 การติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการดูแล สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวโดยจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ จำนวน 2 ราย อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำนวน 2 ราย และ อสม.จำนวน 10 ราย ติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการรับประทานยา การรับประทานยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง

3. ขั้นตอนดำเนินงานตามแผน

การดำเนินงานตามแผนเพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ดังนี้

1. กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้คือ มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะเวลา 1 วัน

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (n = 45)

คะแนนเฉลี่ยความรู้	n	Mean	SD	df	t-test	p value
ก่อนอบรม	45	18.65	6.63	44	9.34	.001
หลังอบรม	45	26.22	2.25			

กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมครบทุกคน

2. กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ในแต่ละครั้งของการนัดหมาย ทีมติดตามเยี่ยมมีการเปลี่ยนแปลงวันในการติดตามเยี่ยมบ่อยครั้ง เนื่องจากมีการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน และทีมติดตามเยี่ยมยังไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง จึงต้องมีการประสานความร่วมมือกับทีมติดตามเยี่ยมล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และทบทวนบทบาทในทีมทุกครั้งที่ติดตามเยี่ยมบ้าน

4. ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่กำหนดและนำผลการดำเนินงานมาร่วมประชุมปรึกษาในทีมเพื่อประเมินผลและปรับแผนการดำเนินงาน มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะการประเมินสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับฟังการบรรยาย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 ราย อสม. จำนวน 10 ราย เข้าร่วมกิจกรรม การประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการอบรมผู้ดูแล และ อสม. มีความรู้อยู่ในระดับดี ภายหลังการอบรมมีระดับความรู้สูงขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงทดสอบด้วยสถิติที่พบว่าความรู้ภายหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.34, p = .001$) (ตารางที่ 1)

4.2 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และคณะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย อาจารย์ นักศึกษาในวิทยาลัย บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ต.บางไผ่ และ อสม. โดยติดตามเยี่ยมและประเมินความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยใช้แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย อสม. ในประเด็นการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของผู้ดูแลด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถให้การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับประทาน

ยา การสังเกตอาการผิดปกติได้ จากการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกดีใจที่มีคนมาติดตามเยี่ยม ผู้ดูแลสนใจผู้ป่วยมากขึ้นจากการสอบถามผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.59 (SD = 0.62) และมีความพึงพอใจด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านความตั้งใจในการดำเนินงานของการจัดโครงการ ค่าเฉลี่ย 4.18 (SD = 0.79) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 35)

ลำดับ	รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1.	ดำเนินงานตรงตามวัตถุประสงค์	4.53	0.50	มากที่สุด
2.	ความตั้งใจในการดำเนินงาน	4.18	0.79	มาก
3.	ความสม่ำเสมอในการดำเนินงาน	4.24	0.62	มาก
4.	มีการร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน	4.68	0.47	มากที่สุด
5.	มีการแบ่งปัน ความรู้ และประสบการณ์	4.32	0.74	มาก
6.	มีสัมพันธภาพที่ดี เคารพให้เกียรติกัน	4.29	0.78	มาก
7.	ความรู้ความเข้าใจหลังเข้าร่วมโครงการ	4.38	0.62	มาก
8.	มีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	4.53	0.50	มากที่สุด
9.	มีการใช้งบประมาณอย่างเหมาะสม	4.50	0.62	มาก
10.	การอำนวยความสะดวกให้ผู้เข้าร่วมโครงการ	4.53	0.50	มากที่สุด
11.	ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ประโยชน์	4.59	0.62	มากที่สุด
12.	ผู้ดูแลมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง	4.53	0.50	มากที่สุด
13.	ได้ประสบการณ์ที่ระหว่างการเข้าร่วมโครงการ	4.56	0.62	มากที่สุด
14.	เกิดความเข้มแข็งในชุมชน และมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง	4.47	0.62	มาก
15.	ความพึงพอใจของผู้ร่วมโครงการ	4.59	0.62	มากที่สุด

5. **ขั้นประเมินผล** ก่อนการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นหลัก หลังการดำเนินกิจกรรมโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ได้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล โดย การมีส่วนร่วมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และทีมผู้วิจัย โดยมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นวางแผนปฏิบัติ ขั้นดำเนินการ ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ และขั้นประเมินผล ผลลัพธ์ของการพัฒนา ศักยภาพพบว่า มีทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เคยมีโครงการลักษณะนี้ในชุมชนบางใบไม้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการเอาใจใส่จากญาติที่ดูแลดีขึ้น เข้าใจมากขึ้น ได้รับความรู้และสดชื่น เวลามีคนมาเยี่ยมที่บ้าน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องการให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องการให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนกิจกรรม การดำเนินงานตามแผน การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม และการประเมินผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ

ผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เกิดกิจกรรมการให้ความรู้พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ซึ่งพบว่า ก่อนการจัดกิจกรรมผู้ดูแลมีความรู้ในระดับดี หลังการจัดกิจกรรมผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา สันภัย และพรทิพย์ คำพอ (2556) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า หลังจากการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทำให้อสม.มีความรู้และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถให้การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติได้ จากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกดีใจที่มีคนมาติดตามเยี่ยม ผู้ดูแลสนใจผู้ป่วยมากขึ้น จะเห็นได้ว่ากิจกรรมเยี่ยมบ้าน มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ดังเช่นในการศึกษาของณัฐริรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ธีระทองคำ, และวันทนา มณีศรี-วงศ์กุล (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มเป้าหมายภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

นอกจากนี้การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดผลดีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิราพร เอี่ยมสะอาด (2552) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล อสม. และสมาชิกในครอบครัวโดยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ การดำเนินการ การตรวจสอบและติดตามผล การรับประโยชน์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการปฏิบัติโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้ จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากที่สุด คือด้านความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ซึ่งอธิบายได้ว่า ผลการศึกษานี้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการกระทำนำไปสู่การเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในชุมชนของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงฤดี ลาคุชะ (2554) ในการพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากระบวนการเรียนรู้ที่มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของชุมชนนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ทำให้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน และผู้ดูแลมีความพึงพอใจด้านที่น้อยที่สุด คือด้านความตั้งใจในการดำเนินงานของการจัดโครงการซึ่งพบอุปสรรคของการประสานความร่วมมือกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ซึ่งต้องใช้การสื่อสารที่ตรงกันและกำหนดบทบาทหน้าที่ในโครงการให้มีความชัดเจน เพื่อการดำเนินโครงการได้อย่างราบรื่น

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบางใบไม้ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้เพราะมีความเข้มแข็งเกิดขึ้นในชุมชนจากผู้นำชุมชน ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนให้ความร่วมมือ ในกิจกรรม

ของโครงการ เมื่อการดำเนินโครงการสิ้นสุดลง บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ต.บางใบไม้ และ อสม. ยังคงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางใบไม้ พยายามผลักดันกิจกรรมนี้ ขยายผลในหมู่บ้านต่างๆ ของชุมชนบางใบไม้ต่อไป โดยหวังว่าจะมีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจารย์ นักศึกษาในวิทยาลัยตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน และอสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาให้ชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ปัญหาและอุปสรรคในการศึกษาครั้งนี้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการยังขาดความชัดเจน การสื่อสารที่ไม่ตรงกัน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวัน และเวลาในการจัดทำโครงการ จึงต้องมีการประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และอาจใช้เป็นแนวทางในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านแก่ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้บรรลุผล ด้วยการสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางใบไม้ สำหรับการประสานงานและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เอกสารอ้างอิง

จิราพร เขี่ยมสะอาด. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสมาชิกในครอบครัวในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ณัฐริรา ประสาทแก้ว, แสงทอง อีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(3), 19-31.

ดวงฤดี ลาสุขะ, ทศพร คำผลศิริ, กนกพร สุคำวัง, และโรจน์จินตนาวัฒน์. (2554). การพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(พิเศษ), 59-68.

เพ็ญศิริ สิริกุล, ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม, และเสริม ทัดศรี. (2553). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 2(3), 34 - 48.

รัชณี สรรเสริญ, สมสมัย รัตนกรัทกุล, วรณรัตน์ ลาวัณ, อโนชา ทัศนารณชัย, ชัยัญญากร วิริยะ, ทรรคนีย์ ไส้จรรย์มกุล, และคณะ. (2554). สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 2-16.

วิทยา สันภัย, และพรทิพย์ คำพอ. (2556). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านนาजू หมู่ที่ 1,7 ตำบลนาजू อำเภอสังขุม จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 85-91.

สุกิจ ทองพิลา, นิตติยาน้อยสีภูมิ, และสุกัญญา เลหารัตนหิรัญ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(2), 75-84.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.

สุภาณี ยอดสิน, และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวในเขตตำบลบ้านม่วง อำเภอสังขุม จังหวัดหนองคาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(4), 83-89.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2555). *ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2555, จาก http://122.154.46.165/provis/ncd/index_ncd.php

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell: Cornell University.

World Health Organization. (2011). *Hypertension fact sheet*. Retrieved March 10, 2012, from http://search.who.int/search?q=Hypertension&ie=utf8&site=default_collection&client=_en&proxystylesheet=_en&output=xml_no_dtd&oe=utf8

Competency Development of Community in Caring for Persons with Hypertension: A Case Study in Surathani Province

Atiya Sarakshetrin* Ph.D. (Higher Education)

Chuleeporn Ekkarat** M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Chamaiporn Chinkhanaphan*** M.N.S. (Adult Nursing)

Orawan Samphawamana* ***Ph.D. (Research and Development in Education)

Abstract: This participatory action research aims to improve the competency of community in caring for persons with hypertension at Bang Bai Mai community, Surathani Province. The participants in this study consisted of 35 pairs of persons with hypertension and caregivers, two health workers, 10 volunteers from the villages and one community leader. All stages of community participation were employed, including 1) analysis of the health problems and the care needs of patients with hypertension, 2) planning the activities including activities for competency development for caregivers and home visits for the care of patients with hypertension, 3) implementation of the plan, 4) reflection on the implemented practice, and 5) evaluation. Data were collected using the Knowledge Questionnaire, the Participant Satisfaction Questionnaire, the focus group, and interview. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis. Results showed that caregivers' knowledge and awareness of their roles as caregivers were improved. In addition, the ability to coordinate with health care teams was also improved. Furthermore, results revealed that the persons with hypertension were continuously home visited for health assessment and follow up for surveillance of complications.

Keywords: Competency development, Caregiver, Caring, Hypertension, Community

*Lecturer, Deputy Director of Research and Academic Service, Boromarajonani College of Nursing Surathani

**Lecturer, Department of Community, Boromarajonani College of Nursing Surathani

***Lecturer, Department of Community, Boromarajonani College of Nursing Surathani

****Lecturer, Department of Community, Boromarajonani College of Nursing Surathani