

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี*

สมสมัย รัตนกริธากุล Dr.P.H.** อโนชา ทศนาธชัย พย.ม.***
ชรัญญากร วิริยะ พย.ม.*** พรเพ็ญ ภัทรากร พย.ม.****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บูรณาการกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบ ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การอบรมเชิงปฏิบัติการ และ 3) ติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ดูแล 200 ครอบครัว และเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบ เป็นผู้ป่วย 37 คน ผู้ดูแล 16 คน และแกนนำชุมชน 19 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Dependent t-test และวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.50) อายุเฉลี่ย 65.17 (SD=10.79) ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.93 (SD=5.72) ปี ร้อยละ 68.0 ไม่สามารถควบคุมความดันให้อยู่ในระดับปกติได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคหัวใจ (ร้อยละ 10.0) ภาวะเส้นเลือดสมองตีบ (ร้อยละ 9.0) โรคไต (ร้อยละ 6.5) กระบวนการพัฒนารูปแบบ มี 3 ระยะ คือ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน 2) การพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 3) การสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผลของการพัฒนารูปแบบ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบสูงขึ้น เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Dependent t-test พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 4.148, p < .001$) ผลของการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและริเริ่มการสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มี อสม.เป็นผู้ประสานงานกับพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยพบว่า พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำกลวิธีและกระบวนการพัฒนารูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนได้

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ โรคความดันโลหิตสูง คุณภาพชีวิต การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

* หน่วยงานที่สนับสนุนทุนการวิจัย : ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาลเมืองบ้านบึง

Development Model of Quality of Life for Hypertension Patients on the basis of Family and Community Participation at Banbung Municipality, Chon-Buri Province*

Somsamai Rattanaagreeethakul Dr.P.H.** Charunyakorn Viriya M.N.Sc.***
Anocha Tassanatanachai M.N.Sc.*** Pornpen Patarakorn M.N.Sc.****

Abstract

The purpose of this community-based action research and innovative care for chronic conditions (ICCC) framework were used to develop the quality of life for hypertension patients' model on the basis of family and community participation at Banbung Municipality, Chon-buri province. Three steps of research process included 1) situational analysis 2) model development applied A-I-C technique, and 3) evaluated the effects of model development. The participants in the first step were 200 families and 40 families including 37 hypertension patients' with complications, 16 caregivers, and 19 community leaders were involved into the model development. Interviewing, focus group, in-depth interview, participatory and non-participatory observation methods were used to collect data. Descriptive statistics, dependent t-test, and content analysis were performed to analyze the data.

The finding of the study revealed that the majority of patients were female (60.50%) with an average of 65.17 (SD=10.79) years in age and an average of 7.93 (SD=5.72) years with hypertension illness. Sixty eight percents could not control blood pressure, and the most common complications were heart disease (10.0%), stroke (9.0%), and renal failure (6.5%). The process of model development was composed of 1) forming the participants readiness 2) model development including initiated strategic plan, strengthen patients and caregivers' capacities, and self help group, and 3) forming network. The effects of model development could improve patients' knowledge, self care skills and increased the overall quality of life. Dependent t-test indicated that the model significantly affected patients quality of life ($t=4.148$, $p<.001$). In addition, the model could initiate networking by the community leaders collaborated to community nurses and local government supporting. The findings suggest that community nurse could applied the process and strategies of the model to improve quality of life for hypertension patients and others chronic conditions on the basis of family and community participation accordingly to their contexts.

Keywords : Model Development Hypertension Quality of Life Action Research
Family and Community Participation

* Research grants : Faculty of Nursing, Burapha University

** Assistant Professor, Community Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University

*** Instructor, Community Nursing Division, Faculty of Nursing, Burapha University

**** Advanced Practice Nursing, Community Nurse Practitioner, Ban Bueng Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ของประเทศทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นวิถีการดำเนินชีวิตที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยพิการและเสียชีวิต ดังจะเห็นได้จากรายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2551-2553 พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการสำรวจเมื่อครั้งก่อน โดยพบ ร้อยละ 21.4 และ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้¹ สอดคล้องกับสถานการณ์อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซึ่งพบว่าเป็นการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็น 1,149 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราผู้ป่วยนอกคิดเป็น 14,328 ต่อประชากรแสนคน จะเห็นได้ว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของภาครัฐในปัจจุบันและในอนาคต²

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีลักษณะการเจ็บป่วยเฉพา เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิ์ สรรเสริฐ และคณะ³ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้และประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น เป็นภารกิจยาวนานที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบ เป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ และ

ทักษะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาว หากไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากการศึกษทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติดูแลให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น³⁻⁴

เทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลตามพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งเมื่อ พ.ศ.2544 มีพื้นที่ 8.02 ตารางกิโลเมตร อยู่ห่างจากตัวเมืองชลบุรีประมาณ 15 กิโลเมตร มีจำนวนครัวเรือน 7,816 ครัวเรือน ประชากรนับถึงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 18,606 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยประมาณ 150,000 บาทต่อปี ประชาชนอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นชุมชนโดยมีสภาพพื้นที่หรือภูมิศาสตร์ร่วมกัน เช่น ถนน ตรอก ซอย ห้องแถว และบ้านจัดสรร จำนวน 59 ชุมชน แต่ละชุมชนบริหารงานโดยคณะกรรมการชุมชน⁵ มีศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลเมืองบ้านบึงให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน และเป็นพื้นที่สำคัญในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จากผลการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในชุมชน พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ปัญหาภาวะโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชน 4 แห่ง ของอำเภอบ้านบึง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งสิ้น 3,672 ราย เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,533 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.9 ของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด³

จากรายงานการศึกษาของ รัชนี้ สรรเสริฐ และคณะ³ ที่ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรีใน ปี พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 อยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.6) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 53.1 รับรู้และประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 11.9 ต้องการพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนในบางส่วนหรือต้องการการพึ่งพาทั้งหมด อีกทั้งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอกจากการปฏิบัติหรือปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแล ครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554–2563 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ² ที่กำหนดให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข้ปัญหา โดยสร้างการมีส่วนร่วมในระดับครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนดำเนินการอย่างบูรณาการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ลดการตาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคอื่นร่วม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในเขตอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในเขตอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในชุมชน (Community-based Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างบูรณาการโดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) ขององค์การอนามัยโลก⁶ ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการร่วมกันระหว่างนักวิจัย ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตามกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting spiral) ของการมองปัญหา (Look) การคิดพิจารณา (Think) และการลงมือปฏิบัติ (Act) เป็นวงจรต่อเนื่องจนมีการปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติที่พึงพอใจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในระยะยาว⁷⁻⁹

องค์การอนามัยโลก^{6,10} ได้เสนอแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นระบบการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังที่มีการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์โดยภายในโครงสร้างของระบบมีจุดศูนย์กลางของการดูแลร่วมกัน (Concentric structures) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ชุมชน ผู้มีส่วนร่วม และทีมสุขภาพ โดยนวัตกรรมการดูแลจะเป็นการยกระดับบทบาทของผู้ป่วยและ

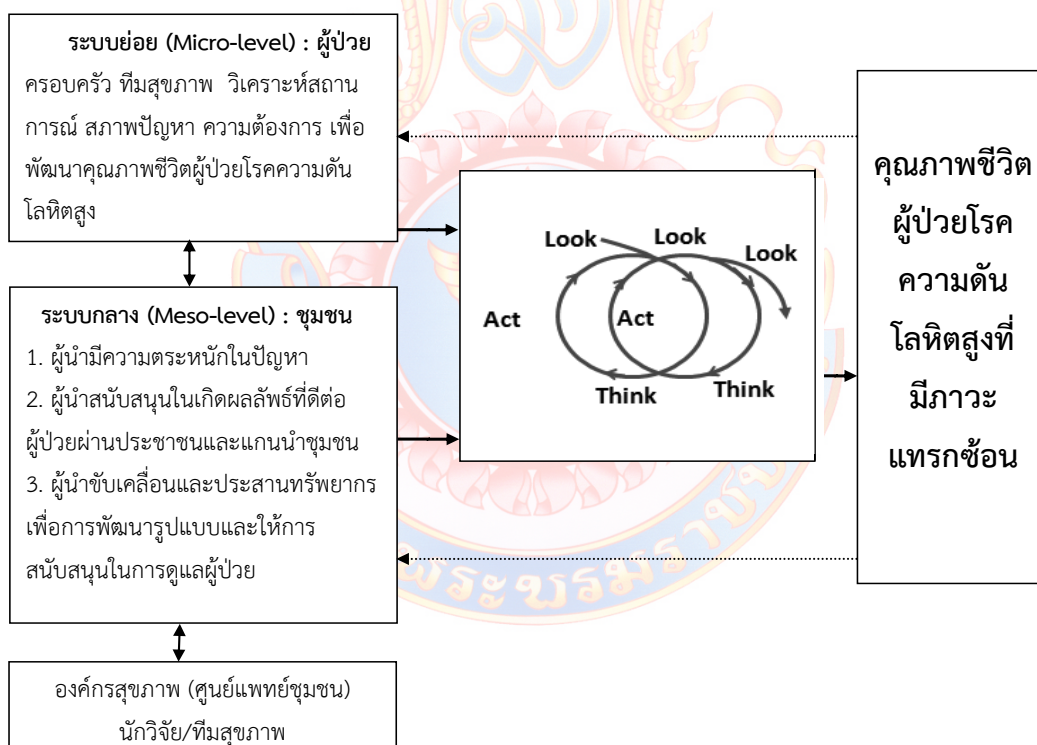
ครอบครัว ให้ตระหนักว่าเขามีความสามารถและมีประสิทธิภาพสูงในการจัดการภาวะเรื้อรัง ด้วยการสนับสนุนของทีมผู้ดูแลสุขภาพและหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งระบบการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์ สามารถพิจารณาได้ 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับย่อย (Micro-level) เป็นระดับปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ระดับกลาง (Meso-level) เป็นระดับองค์กรสุขภาพและชุมชน ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระดับมหภาค (Macro-level) เป็นระดับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ผลจากการทำงานร่วมกันทั้ง 3 ระดับ ที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรังในระดับย่อยซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว

และทีมสุขภาพ และในระดับกลาง ซึ่งประกอบด้วย แกนนำชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาลเมืองบ้านบึง นักวิจัย และเทศบาลเมืองบ้านบึง มาบูรณาการเข้ากับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังแผนภูมิที่ 1

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการและผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน ในชุมชนเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในชุมชน ดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว แกนนำชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาลเมืองบ้านบึง เทศบาลเมืองบ้านบึง และนักวิจัย ตามกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์เป็นวงจรต่อเนื่อง ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้น⁷⁻⁹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย จำนวน 413 คน 2) ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย จำนวน 413 คน 3) แกนนำชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สมาชิกเทศบาลและคณะกรรมการชุมชน จำนวน 63 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคอื่นร่วมด้วยและผู้ดูแลในครอบครัว ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 200 ครอบครัว และสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 37 คน และผู้ดูแล จำนวน 16 คน

2. แกนนำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สมาชิกเทศบาลและคณะกรรมการชุมชน ที่สมัครใจเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลรอบครัว ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ¹¹ จำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับให้ผู้ป่วยเลือกตอบ ได้ถูกทดลองใช้โดย รัชณี สรรเสริญ⁴ คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90 องค์ประกอบของแบบประเมินแบ่งออกเป็น คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นทางบวก กำหนดคะแนน 1-5 (แย่มาก แย่ เฉยๆ ดี ดีมาก) และข้อคำถามที่เป็นทางลบ กำหนดคะแนน 1-5 (ดีมาก ดี เฉยๆ แย่ แย่มาก) เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านมีค่าคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน เกณฑ์การแปลผลกำหนดเป็น 1) 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี 2) 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 3) 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วย ผู้ดูแล และแกนนำชุมชน เพื่อประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึก
3. คู่มือกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เทคนิค AIC (Appreciation Influence Control) ในขั้นตอนคิดวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ซึ่งดำเนินการติดต่อประสานงาน ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา บทบาทการเข้ามีส่วนร่วมเป็นทีมผู้วิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2.1 การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ที่มารับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาลเมืองบ้านบึง และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง เพื่อสนใจเข้าร่วมการพัฒนาารูปแบบฯ จำนวน 200 ครอบครัว ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่ออภิปราย วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการพัฒนารูปแบบในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 19 คน

2.2 ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนารูปแบบ (Look-Think-Act) โดยการจัดเวทีระดมความคิดโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม¹² (AIC : Look-Think) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล แกนนำชุมชน ทีมสุขภาพจากศูนย์แพทย์ชุมชน จำนวน 37 คน เพื่อ 1) สะท้อนสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ให้รับรู้สถานการณ์ปัญหาอย่างแท้จริง 2) วางแผนการพัฒนารูปแบบโดยระดมทรัพยากรในชุมชน ด้วยเทคนิค AIC แบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และกลุ่มแกนนำชุมชน ร่วมกันวางแผนดำเนินงาน

ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการนี้ คือ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ และ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สามารถเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมได้ หลังจากนั้น ผู้ป่วยครอบครัว แกนนำชุมชน และทีมสุขภาพ ได้ร่วมกันดำเนินการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ครอบครัว ให้มีความรู้และทักษะ (Act) เน้นการมีส่วนร่วม โดยดำเนินการกิจกรรม การอบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชนใกล้บ้าน ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และ อสม. ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ร่วมกัน โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้สนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงานมีการอภิปราย วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งการดำเนินการ การแก้ไขปัญหาพร้อมกันเป็นระยะๆ เพื่อพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมๆ ผู้วิจัยกระตุ้น สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ

2.3 ติดตามผลการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรม การเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม พฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ บรรยากาศและบริบทอื่น ๆ การสัมภาษณ์ และการบันทึกภาคสนามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. ขั้นตอนการประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การวิจัยที่ได้จากการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบฯ โดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน 2 ช่วง ได้แก่ 1) ในระหว่างกระบวนการพัฒนารูปแบบ มีกิจกรรมดำเนินการหลายกิจกรรม ได้แก่ AIC การอบรมเชิงปฏิบัติการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยประเมินจาก (1) การสังเกต

แบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม (2) การสนทนากลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มแกนนำชุมชน ที่ร่วมดำเนินกิจกรรม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ปรับปรุงและวางแผนพัฒนาภายหลังดำเนินกิจกรรม 2) ภายหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินจาก (1) สัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วย ผู้ดูแล และแกนนำชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลักบางราย เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล (2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยฯ ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (3) การวิเคราะห์กิจกรรมและกระบวนการจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสังเคราะห์กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Reliability) ตลอดกระบวนการวิจัย โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล แหล่งข้อมูล และผู้เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน¹³ ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม สังเกตปฏิสัมพันธ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรม บรรยายภาคและบริบทในชุมชน และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธี Investigator triangulation แล้วนำข้อมูลไปสะท้อน(Reflection) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องซึ่งผู้ให้ข้อมูลยืนยันและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการสรุปข้อค้นพบจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยการทดสอบ Dependent t-test

3. สังเคราะห์กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการสรุปประเด็นสำคัญจากกิจกรรมและกระบวนการและข้อค้นพบที่ได้ดำเนินตามกระบวนการวิจัย เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็น 3 ส่วน คือ 1) ลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3) การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1. ลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคอื่นร่วมด้วยจำนวน 200 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.50) ประมาณ 2 ใน 3 เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 66.0) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 65.17 ปี (SD=10.79) มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.5) เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 5 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เป็นโรค 7.93 ปี (SD=5.72) ผู้ป่วย 2 ใน 3 (ร้อยละ 68.0) ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคหัวใจ (ร้อยละ 10.0) ภาวะเส้นเลือดสมองตีบ อัมพฤกษ์ อัมพาต (ร้อยละ 9.0) และโรคไต (ร้อยละ 6.5) ในส่วนของการต้องการผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 62.5) ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นบุตร บุตรเขย หรือบุตรสะใภ้ (ร้อยละ 53.6) รองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 36.8) สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากที่สุดได้แก่ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ (ร้อยละ 39.2) การจัดหาและดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 31.2) และการปลอบใจหรือการให้กำลังใจ (ร้อยละ 28.0)

การรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.0) มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่รับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับดี (ร้อยละ

33.0) และร้อยละ 2 รับรู้ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 การรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง (N=200)

การรับรู้คุณภาพชีวิต รายด้าน	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิต ปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี		Mean (SD)	ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านสุขภาพกาย	10	5.0	149	74.5	41	20.5	23.28 (3.81)	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	9	4.5	130	65.0	61	30.5	20.91 (3.40)	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	24	12.0	130	65.0	46	23.0	9.90 (2.14)	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	5	2.5	104	52.0	91	45.5	28.49 (5.01)	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรวมทุกด้าน	4	2.0	130	65.0	66	33.0	89.19(13.43)	ปานกลาง

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนตามกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่อง สรุปได้เป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

การประชุมกลุ่มย่อยระดมสมอง (Look and Think) ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล สมาชิกสภาเทศบาล คณะกรรมการชุมชนและ อสม. ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสมัครใจเข้าร่วม จำนวน 19 คน อภิปรายในประเด็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และประเด็นการหาแนวทางหรือรูปแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ผลสรุปของการประชุมกลุ่มย่อยนี้ทุกคนตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบโดย 1) ควรมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และ

ให้มีเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วย 2) ควรมีกิจกรรมหรือการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าร่วม 3) ประสานกับผู้บริหารชุมชนเพื่อสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินการ ดังความคิดเห็นของสมาชิกสภาเทศบาลรายหนึ่ง (ชาย 67 ปี) แสดงความคิดเห็นว่า “อยากให้ หมอแพทย์ นัดผู้ป่วยทั้งหมดมาพบกันซักครั้งวัน คนที่มีคุณภาพชีวิตดีก็มาแล้วประสบการณ์ปรับพฤติกรรมให้คนอื่นฟัง....” อสม. (หญิง 69 ปี) “แจ้ง อสม. ในเขตไปคัดผู้ป่วยในชุมชนตามรายชื่อ และจัดเป็นฐาน ๆ ทำเป็นกลุ่มเล็ก ๆ วอคแลนส์ สุดท้ายปิดโครงการไปดูพฤติกรรม..”

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.1 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม จัดเวทีระดมความคิดโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม¹² (A-I-C) ได้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และแกนนำชุมชน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมในระยะที่ 1 และมีผู้ป่วยและครอบครัวสมัครใจเข้า

ร่วมกิจกรรมเพิ่ม รวมเป็นจำนวน 37 คน การดำเนินงาน แบ่งเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้ 1) เข้าใจสถานการณ์สภาพความจริง (Reality) โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอุปสรรค 2) สร้างภาพที่คาดหวังในอนาคต (Ideal vision) อภิปรายและตั้งเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย 3) คิดหาทริค (Solution designs) โดยการระดมความคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยแผนภาพยุทธศาสตร์การคิดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระดับครอบครัวและในระดับชุมชน 4) การจัดลำดับและจำแนกกิจกรรม (Priority) และ 5) การหาผู้รับผิดชอบ (Responsibility) ในแต่ละกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการนี้ ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีแผนการจัดกิจกรรมให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์สถานที่ดำเนินการที่ห้องประชุมเทศบาล และ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง หรือไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมที่เทศบาลได้ มีแผนให้มีการจัดกิจกรรมในชุมชน ผู้รับผิดชอบดำเนินการโดยทีมผู้วิจัย อสม. แกนนำชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ทรัพยากรสนับสนุนโดยเทศบาล โดยสมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นว่า “ลำพังพวกเรา ยังเดินไปไหนๆ ได้ แต่พวกที่มาไม่ได้ละ กว่าจะรอลูกหลานพามา ลำบาก...” (หญิงอายุ 64 ปี) “กิจกรรมจัดที่เทศบาลนี้ก็สะดวกสบายดีทุกอย่าง แต่ไปจัดในชุมชนบ้างก็ดี ใกล้บ้าน...” (หญิงอายุ 66 ปี) “จะทำโครงการอะไร ขอรบกวนนายกได้ ท่านสนับสนุนทุกอย่างแหละ....” (สมาชิกเทศบาล ชาย 73 ปี)

2.2 การนำแผนไปปฏิบัติ (Act) เป็นการดำเนินการตามแผนที่ได้จากความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และแกนนำชุมชน ในขั้นตอนนี้มีกิจกรรมดำเนินการ 2 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ 4 เดือน ดังนี้

2.2.1 การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และ อสม. โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ที่เข้าร่วมในเวที AIC จำนวน 28 คน ณ เทศบาลเมืองบ้านบึง กิจกรรมประกอบด้วย ฐานการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการโดยทีมผู้วิจัยและ อสม. สนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงานโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2.2 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เป็นกิจกรรมการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลตนเองระหว่าง ผู้ป่วย อสม. แกนนำชุมชน ที่เข้าร่วมกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในละแวกใกล้ๆ บ้าน เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด จำนวน 3 กลุ่ม รวม 27 คน ดำเนินกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน

ระยะที่ 3 การริเริ่มสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.1 การริเริ่มสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากดำเนินการกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการพัฒนาการของแต่ละกลุ่ม จึงนัดกันประชุมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาลบ้านบึงเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์สู่สมาชิกกลุ่มอื่น ๆ มีผู้เข้าร่วม 27 คน ที่ประชุมได้จัดตั้งกลุ่มและริเริ่มสร้างเป็นเครือข่ายของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน ในระยะเริ่มต้นนี้จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแสนรัก กลุ่มรวมพลัง และกลุ่มเชิดน้ยแต่ละกลุ่มดำเนินกิจกรรมในชุมชนตามละแวกบ้านของตนเองและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มโดยมี อสม. เป็นผู้ประสานงาน พยาบาลชุมชนและเทศบาลบ้านบึงเป็นผู้อำนวยการความสะอาด ร่วมกันวางแผนที่จะพัฒนาเครือข่ายสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน หรือผู้พิการ

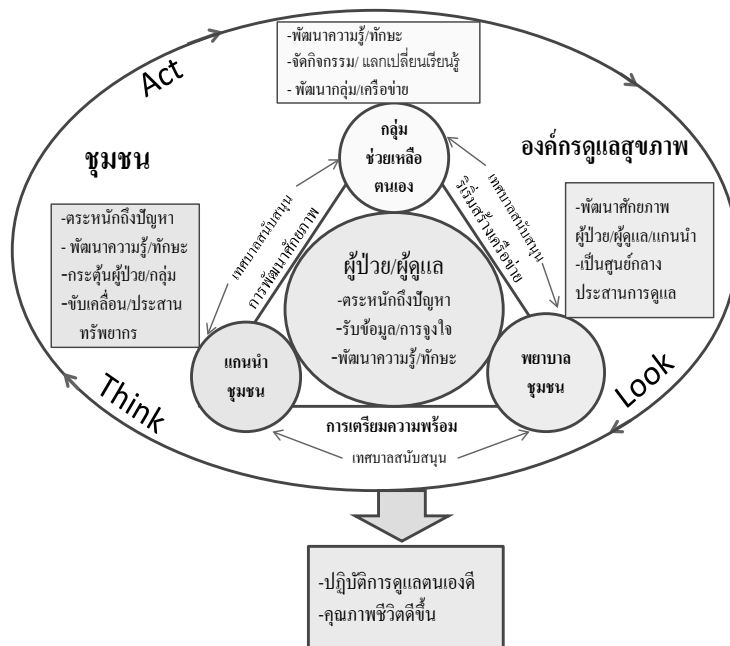
ผลลัพธ์จากการประชุมได้ร่วมวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชนของเทศบาลเมืองบ้านบึงต่อไป ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็นว่า (ผู้ป่วยหญิง 64 ปี) “ดินะ มีกิจกรรมก็สนุกดีทำให้เรารู้อะไร ๆ เยอะ ไม่เครียด...” แกนนำชุมชน (อสม. 69 ปี) “ปกติ อสม.ต้องเยี่ยมผู้ป่วยอยู่แล้ว ทำอะไรเป็นกลุ่มก็ สนุก เพื่อนเยอะบอกเทศบาล นายกเขา

ให้ความสำคัญอยู่แล้ว” “ก็รู้จะโร่มากขึ้น น่าจะมีบ่อยๆ...” (หญิง 60 ปี)

3.2 การสร้างแกนนำการออกกำลังกาย ในชุมชน กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้เสนอให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยใช้แกนนำออกกำลังกายจากชุมชนใกล้เคียงมาถ่ายทอดความรู้และทักษะ “การออกกำลังกายแบบตารางเก้าช่อง” พร้อมทั้งสร้างแกนนำการออกกำลังกายให้แก่อาสาสมัครในชุมชน มีผู้เข้าร่วมจำนวน 19 คน

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้สังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามวิธีการของ Colaizzi¹⁴ ซึ่งดำเนินการไปพร้อมกับกระบวนการวิจัยการพัฒนารูปแบบ สรุปได้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ มีการดำเนินการในชุมชนบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วยหลายกิจกรรม การประเมินผลลัพธ์โดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากกิจกรรมที่ดำเนินการในกระบวนการพัฒนารูปแบบ เช่น กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การอบรมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ การอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ทำให้ได้รับความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าร่วมฯ 9.24 (SD=1.58) คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน และมีคะแนน

ความรู้เฉลี่ยหลังเข้าร่วมฯ เพิ่มขึ้นเป็น 10.67 (SD=1.23) คะแนน

3.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม 37 คน เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี 31 คน และกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง 6 คน ถอนตัวจากการวิจัย 5 คน พบว่าก่อนเข้าร่วมฯ ผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 90.84 (SD=10.04) และหลังเข้าร่วมฯ มีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตระดับดี โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 99.69 (SD=10.24) เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Dependent t-test พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=4.148, p<.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=32)

	Mean	SD	Mean difference	SD _d	t	df	p
ก่อนเข้าร่วม	90.84	10.04	8.84	12.06	4.148	31	<.001
หลังเข้าร่วม	99.69	10.24					

สรุปและอภิปรายผล

การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และนักวิจัยในการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบที่ปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชณี สรรเสริญ และคณะ⁸ ซึ่งได้ดำเนินการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองแบบหุนส่วนในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในจังหวัดชลบุรี กระบวนการวิจัยสามารถสร้างพันธมิตรแบบหุนส่วนในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจมากขึ้น ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความสุขในชีวิตให้สูงขึ้นได้ และ รัชณี สรรเสริญ และคณะ¹⁵ ได้ดำเนินการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ในจังหวัดจันทบุรี กระบวนการวิจัยสามารถสร้างนวัตกรรมระบบการดูแลผู้พิการในชุมชนและสามารถพัฒนาภาคีหุ้นส่วนเพื่อการดูแลผู้พิการบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นฐานได้

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง บูรณาการกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถนำมาใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบฯ จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับย่อย ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว แก่นนำชุมชนและพยาบาลชุมชน ได้อย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การวิเคราะห์สาเหตุปัญหา การวางแผน การอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลของการมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย สร้างแกนนำและเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามยังเป็นเพียงในระยะเริ่มต้น ซึ่งยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป ข้อสังเกตในขั้นตอนการประเมินผล พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบตลอดกระบวนการได้เพียง 32 คน ถอนตัวออกจากการวิจัยจำนวน 5 คน เนื่องจากย้ายไปอยู่ที่อื่นชั่วคราวและไม่สะดวกในการให้ข้อมูล สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับกลาง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ยังขาดการมีส่วนร่วมจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมนอกเวลาราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานบางกิจกรรม ดังนั้นควรมีการประสานความร่วมมือจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการดำเนินงานของเทศบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำกลวิธีในกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ นี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ที่แตกต่างกันได้

ด้านบริหารและนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลและการสาธารณสุขในทุกระดับ สามารถนำผลของการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย การวางแผนกลยุทธ์ เพื่อสนับสนุนทรัพยากร การดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในเนื้อหาเกี่ยวกับกลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และรายวิชาทางการพยาบาลชุมชน

ด้านการวิจัย ควรมีการขยายผลการศึกษเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การปกครอง ทรัพยากร และบริบทอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย ศรขำนิ. ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง สถานการณ์ระบาดวิทยาของปัญหาโรคเรื้อรัง: ความชุกแนวโน้มและ ผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน. ในเอกสารการประชุมวิชาการ เรื่อง ความสำเร็จนวัตกรรมและการ จัดการปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน. วันที่ 18-19 พฤศจิกายน 2553 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ.

2. สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.
3. รัชนี้ สรรเสริญ, สมสมัย รัตนกริฑากุล, วรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2554; 4 (1): 2-16.
4. Lim, J. & Zebrack, B. Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. Health and Quality of Life Outcomes. 2004; 2:50. This article is available from: <http://www.hqlo.com/content/2/1/50>
5. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้านทั่วประเทศและรายจังหวัด ณ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2555. เข้าถึงได้จาก http://stat.dopa.go.th/xstat/pop55_1html 2556.
6. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: WHO; 2002.
7. พันธุ์ทิพย์ งามสุต. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. สถาบันการพัฒนาสาธารณสุข เอเชียมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ. 2545.
8. รัชนี้ สรรเสริญ และคณะ. การพัฒนารูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองแบบหุ้นส่วนในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2548; 19(2): 50-65.
9. Stringer, ET. Action Research. 3rd Edition. Los Angeles: Sage; 2007.
10. สมจิต หนูเจริญกุล. ความเจ็บป่วยเรื้อรัง: ความท้าทายของวิชาชีพการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ในเอกสารการประชุมวิชาการ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแห่งชาติ ครั้งที่ 1. วันที่ 19-21 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ.
11. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI); 2540. เข้าถึงได้จาก www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/
12. วีระ นิยมวัน. การประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ AIC. นนทบุรี: โครงการตำรากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
13. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
14. Wojnar, DM. & Swanson, KM. Phenomenology an exploration. Journal of Holistic Nursing. 2007; 25(3): 172-180.
15. รัชนี้ สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และวรรณรัตน์ ลาวัจ. การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6(3): 25-41.