

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่มีไตเสื่อมในชุมชนTHE DEVELOPMENT OF CARE MANAGEMENT FOR HYPERTENSION PATIENTS WITH
CHRONIC KIDNEY DISEASE IN A COMMUNITYจิรวรรณ ประคิตะวาทีน พย.ม. (Jirawan Prakeetavatin, M.N.S.)¹สุทธิพร มूलศาสตร์ ส.ด. (Sutteepon Moolsart, Dr.P.H.)²กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน 3) ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแล ในตำบลอ่าวลึกเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ จำนวน 24 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน และระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขและตัวแทนชุมชน จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสามระยะถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน 2) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย แนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้างผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .88-1.00 3) แบบประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนมีปัญหาและความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 2) รูปแบบการจัดการการดูแล ประกอบด้วย การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ทันเวลา การประเมินสุขภาพและการวางแผนการดูแล ในระดับหน่วยบริการ ชุมชน และครอบครัว การดำเนินงานตามแผน การตรวจสอบ และการประเมินผล 3) บุคลากรสาธารณสุขและตัวแทนชุมชนมีความคิดเห็นว่าการจัดการการดูแลมีความเหมาะสมและชุมชนมีความพร้อมต่อการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การจัดการการดูแล, โรคความดันโลหิตสูง, ไตเสื่อม

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: saow.ji579@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteepon@gmail.com

³ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

Abstract

The purposes of this research and development were to: 1) examine problems and needs of care in hypertension patients with chronic kidney disease in community; 2) develop a model of care management for hypertension patients with chronic kidney disease in community; and 3) evaluate the feasibility of activities and community readiness to implement the care management model among hypertension patients with chronic kidney disease in community.

A sample was classified according to the study phases as the following. The first phase aimed to investigate problems and needs of care among hypertension patients. Sample consisted of 24 hypertension patients and caregivers in Ao Luek Nuea subdistrict, Ao Luek district, Krabi province. The second phase aimed to develop the model, the sample in this phase composed of 12 health personnel in a developed team and community representatives. The last phase aimed to evaluate the feasibility of activities and community readiness to implement the model. Sample included 30 health personnel and community representatives. Sample was recruited using a purposive sampling. The research instruments included: 1) a focus group guideline to investigate study problems and needs of care; 2) a focus group guideline for model development. The content validity of the unstructured questionnaires was tested using 5 experts. The content validity index ranging from .80 to 1.00 were reported; and 3) a set of questionnaires to evaluate the feasibility of activities and community readiness. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data and content analysis was used to analyze qualitative data.

The findings were as follows: 1) the problems and needs of care for hypertension patients with chronic kidney disease included physical, mental, spiritual, and social aspects and accessibility to healthcare system; 2) the care management model comprised timely publishing information, health assessment and care planning in the level of communities and families, implementing the care plan, monitoring, and evaluation; and 3) the health personnel and community representatives perceived that the activities of the developed model was feasibility and the community was ready to implement the model at the highest level.

Keywords: care management, hypertension, chronic kidney disease

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมทั่วโลก ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนและสภาพสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ขาดการใส่ใจดูแลและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงจึงทำให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2015) ใน พ.ศ. 2553-2557 ประเทศไทยมีอัตราป่วยเพิ่มจาก 3,356.37 เป็น 7,235.27 ต่อประชากรแสนคน (Department of Epidemiology Disease Control, 2016) โดยในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกกระจายในภาคเหนือสูงที่สุด พบถึง 2,085.59 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบความชุก 1,960, 1,717.80, และ 1,700.33 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Bureau of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2015) โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงถึง 2,465 ล้านบาทต่อปี ในปี พ.ศ.2551 ประเมินการจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน จะสูญเสียค่ารักษาทั้งสิ้น 79,263 ล้านบาทต่อปี หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคความดันโลหิตสูงได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยพบโรคไตมากที่สุดถึงร้อยละ 14.9 (Bureau of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2015) ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นพื้นที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อเนื่องมาก โดยใน พ.ศ. 2559 พบจำนวน 527 คน คิดเป็นร้อยละ 12.96 (Health Data Center, 2016) ซึ่งในชุมชนบ้านอ่าวลึกเหนือ พบร้อยละ 10.48

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคต่อเนื่องในชุมชนบ้านอ่าวลึกเหนือมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ผู้ป่วยโรคไตในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อเนื่องให้มีคุณภาพ ซึ่งในปัจจุบันการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนของการดูแลยังไม่มีคุณภาพต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยว่ามีต่อเนื่องจากแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยา

ซึ่งการจัดการการดูแลมักเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมักจะไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อเนื่องในพื้นที่จนกว่าได้รับการส่งต่อข้อมูลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ทำให้ข้อมูลที่ส่งต่อมาไม่เป็นปัจจุบันทันเหตุการณ์ การจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเปรียบเสมือนการแยกส่วน ยังไม่มีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการประสานงานความร่วมมือกับชุมชนและครอบครัวของผู้ป่วยยังมีไม่มากนัก จึงทำให้ไม่มีรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคต่อเนื่องในชุมชน ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์มากนัก มีเพียงการศึกษาของ Ratanagreethakul, Viriya, Tassanatanachai, & Patarakorn (2015) ที่พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และการศึกษาของ Samphawamana, Klaypugsee, Arwat, & Phaenoi (2017) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้การพัฒนากระบวนการข้อมูลและจัดระบบการบันทึกให้เป็นปัจจุบัน การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเพื่อลดโรค การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วย สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และการศึกษาของลี และ ฉาง (Lee & Chang, 2016) ที่พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการให้ความรู้เรื่องโรค การเข้ายา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร รายงานผลปฏิบัติการทางการแพทย์ การนัดหมาย ผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ จะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงการบูรณาการการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยมีการเชื่อมโยงของหน่วยงานครอบครัว และชุมชน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการจัดการการดูแลผู้ป่วย (Care management) ของบาร์ควิน (Baldwin, 1995) ซึ่งประกอบด้วย 1) การเผยแพร่ข้อมูล 2) การกำหนด

ระดับการประเมิน 3) การประเมินความต้องการ 4) การวางแผนการดูแล 5) การดำเนินการตามแผนการดูแล 6) การตรวจสอบ และ 7) การทบทวน มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเสื่อมในชุมชน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน ศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วยระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการการดูแล (Care management) ของบาร์ควิน (Baldwin, 1995) เป็นกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย 1) การเผยแพร่ข้อมูล 2) การกำหนดระดับการประเมิน 3) การประเมินความต้องการ 4) การวางแผนการดูแล 5) การดำเนินการตามแผนการดูแล 6) การตรวจสอบ และ 7) การทบทวน ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ แบ่งตามระยะการศึกษาเป็น 3 ระยะ รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนและผู้ดูแล ตำบลอ่าวลึกเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ จำนวน 122 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อม จำนวน 24 คน วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ 5) การบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน

ประชากร เป็นบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 159 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ในการสนทนากลุ่ม เลือกรูปแบบเจาะจง (Onsawat, 2008) ในการจัดการสนทนากลุ่มอย่างเป็นระบบผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่เหมาะสม คือ 6-12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามสนทนากลุ่มซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของบาร์ควิน (Baldwin, 1995) จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 1) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 7 ข้อ 2) การกำหนดระดับการประเมิน จำนวน 4 ข้อ 3) การประเมินความต้องการ จำนวน 4 ข้อ 4) การวางแผนการดูแล จำนวน 4 ข้อ 5) การตรวจสอบและการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ 6) การทบทวน จำนวน 2 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่า CVI = .88

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน

ประชากร เป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 20 คน ทีมผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จำนวน 159 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 15 คน ทีมผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ประกอบการร้านอาหารในชุมชน จำนวน 15 คน ที่ถูกเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข/แพทย์แผนไทย/พยาบาลวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวที่ออกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำผู้สูงอายุ/ผู้ประกอบการร้านอาหาร สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงาน จำนวน 30 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่มให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ไม่มีการตัดข้อความออก เพียงแต่ปรับปรุงภาษาที่ใช้ ค่า CVI = 1.00

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (เลขที่ 13/2560) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน/ผู้ดูแลเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 13 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 50 นาที ครั้งที่ 2 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน/ผู้ดูแลเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 11 คน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา และบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน ครั้งที่ 1 เป็นการระดมความคิดเห็นทีมพัฒนารูปแบบ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน เป็นการสนทนากลุ่มโดยใช้คำถามการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของบาร์ควิน (Baldwin, 1995) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคำตอบมาสรุปประเด็น และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และร่างรูปแบบฯ เพื่อนำเสนอต่อกลุ่มทีมพัฒนารูปแบบฯ ในการประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ก่อนนำรูปแบบฯ ที่สรุปได้ไปสำรวจความคิดเห็นในระยะที่ 3 หลังจากนั้นจึงนำคำตอบที่ได้มาสรุปรูปแบบฯ โดยการประชุมกลุ่มในครั้งที่ 3 ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ซึ่งเป็นคนเดิมในการประชุมแต่ละครั้ง

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ เสนอต่อทีมบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 15 คน และทีมผู้นำชุมชน จำนวน 15 ท่าน เพื่อให้ทั้งสองทีมตอบแบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงาน ซึ่งทั้งสองทีมไม่มีส่วนในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมินความเหมาะสมและความพร้อมต่อการดำเนินงานของรูปแบบฯ ใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน

1) ปัญหาด้านร่างกาย พบมากคือ ปัญหานอนไม่หลับ เท้าบวม ปวดเมื่อยตามตัว เบื่ออาหาร และเวียนศีรษะ ดังความคิดเห็นของผู้ป่วย (หญิง 66 ปี) “...เรื่องการนอนนอนไม่หลับ ตื่นทีี่สอง บางทีตื่นลุกขึ้นมาทำกับข้าว หลังจากนั้นก็นอนไม่หลับ ตอนกลางวันก็ไม่ได้นอน ไม่รู้จะทำหรือ...” และผู้ป่วย (ชาย 52 ปี) “...ตื่นบวม เหนื่อย เดินไปไหนไกลๆ ไม่ได้...” ปัญหาพฤติกรรมที่พบ ได้แก่ การลืมรับประทานยา การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรค และขาดการออกกำลังกาย ดังความคิดเห็นของผู้ป่วย (ชาย 69 ปี) “...บางทีผมก็ลืมกินยา วันหนึ่งกินยาตัวเดียว หลังอาหารเช้า เป็นยาความดัน บางทีลุกขึ้นแต่เช้า ธรรมดาผมได้กินยา บางทีลุกขึ้นแต่เช้าไปทำงานไม่ได้กินข้าว กลับมานอนก็ไม่ได้กินยา ก็ไปกินอีกวันหัวเข่าลวาลำบาก...” ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงต้องการการอบรมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อม ดังความคิดเห็นของผู้ดูแล (หญิง 44 ปี) “...อยากรู้เรื่องอาหารการกิน เกี่ยวกับโรคนี้ ของแหล่งมีอะไรบ้าง เช่นแกงพุงปลา แกงวัว ปลีกกล้วย คนที่เป็นไตกินไม่ได้ ถ้าให้ตีพิมพ์มาเป็นเล่มๆ จะดี ได้อ่านให้พ่อฟัง...” ต้องการโปสเตอร์แนะนำรายละเอียดเรื่องอาหาร ผักผลไม้ที่รับประทานได้ และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ใช้ตัวหนังสือขนาดใหญ่ติดไว้ในห้องครัวเพื่อเตือนความจำ และเสียงตามสายจากหอกระจายข่าวในหมู่บ้านให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อม การใช้ยาสมุนไพร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตเพื่อชะลอไตเสื่อมได้

2) ปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียดจากการใช้ชีวิตประจำวัน เหนื่อยง่าย ท้อแท้ หงุดหงิด บางครั้งคิดฆ่าตัวตาย ดังความคิดเห็นของผู้ป่วย (ชาย, 63 ปี) “...จิตใจไม่ได้เกี่ยวกับโรคนี้ ก่อนหน้านั้นเครียด มันทหลายเรื่องแหล่งไม่รู้ฟัง จริงนแหล่งเรื่องจริง เรื่องหนี้สินมั่ง เรื่องลูกเลว มันเรียว ไม่ได้เป็นเหมือนใจ ฉวยพร้าไปป่าปาล์ม ฟันฟุง ไปให้พัน บางทีทำเฉย อย่าไปแหล่ง ไปอื่น ไปทำงาน ลืมๆ ไปออกโกไปเก็บไข่

มาให้หลาน...” ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการการการประคับประคองด้านจิตใจจากคนรอบข้างต้องการให้จัดกิจกรรมความบันเทิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ขับมนรธา ดนรธา วงเวียนครก เป็นต้น

3) ปัญหาด้านจิตวิญญาณความเชื่อ โดยส่วนใหญ่คิดว่าเมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะรู้สึกสิ้นหวัง เป็นภาระลูกหลานมีความต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวใจ โดยส่วนใหญ่จะดักบาตรทำบุญที่วัด ฟังพระสวด บางคนใส่พระห้อยคอเพื่อทำให้อารมณ์ดี ดังความคิดเห็นของผู้ป่วย (ชาย 78 ปี) “...ลุ่มป่วยเป็นความดันหลายปี บางทีก็คิดว่าเป็นภาระให้ลูกหลานต้องดูแล ต้องพาไปหาหมอที่โรงพยาบาลตามนัด ต้องรอลูกกว่าจะได้กลับบ้าน...”

4) ปัญหาด้านสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมมีน้อย บางคนเกษียณอายุราชการ ใช้เวลาว่างกับการเลี้ยงหลานอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการให้จัดกิจกรรมในพื้นที่ใกล้บ้าน เพื่อสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมเกี่ยวกับการรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค เช่น การสาธิตการประกอบอาหาร การประคบ ผักพื้นบ้าน ประคบการปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น

5) ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาในการรอคอยที่โรงพยาบาลชุมชน มีความต้องการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำจางเนื่องจากใกล้บ้าน การเดินทางสะดวก การให้บริการ และตัวยาที่รับเหมือนกับโรงพยาบาลชุมชน ดังความคิดเห็นของผู้ดูแล (หญิง 44 ปี) “...ถ้ามาอนามัยไม่ค่อยมีปัญหาอะไร แต่ถ้าไปโรบบาลมีนัดหนึ่ง ไปแต่ตี3 หมอตรวจตี 11 พ่อได้คิวที่ 7 ตรวจเลือด หวงจี้ผลก็ตี 1 ครึ่ง พอนั่งนานๆ เครียดความดันขึ้นลวาล นังนานบางทีรำคาญ เกออยากมาที่อนามัยแต่หมอว่าเป็นหลายโรคให้รักษาที่โรบบาลอยากให้แก่อะไร...”

ตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 12 คน โดยจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และตำแหน่งในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 เพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 มีอายุระหว่าง 26-36 ปี ร้อยละ 33.33 (อายุเฉลี่ย 44.58 ปี, ส่วนเบี่ยงเบน

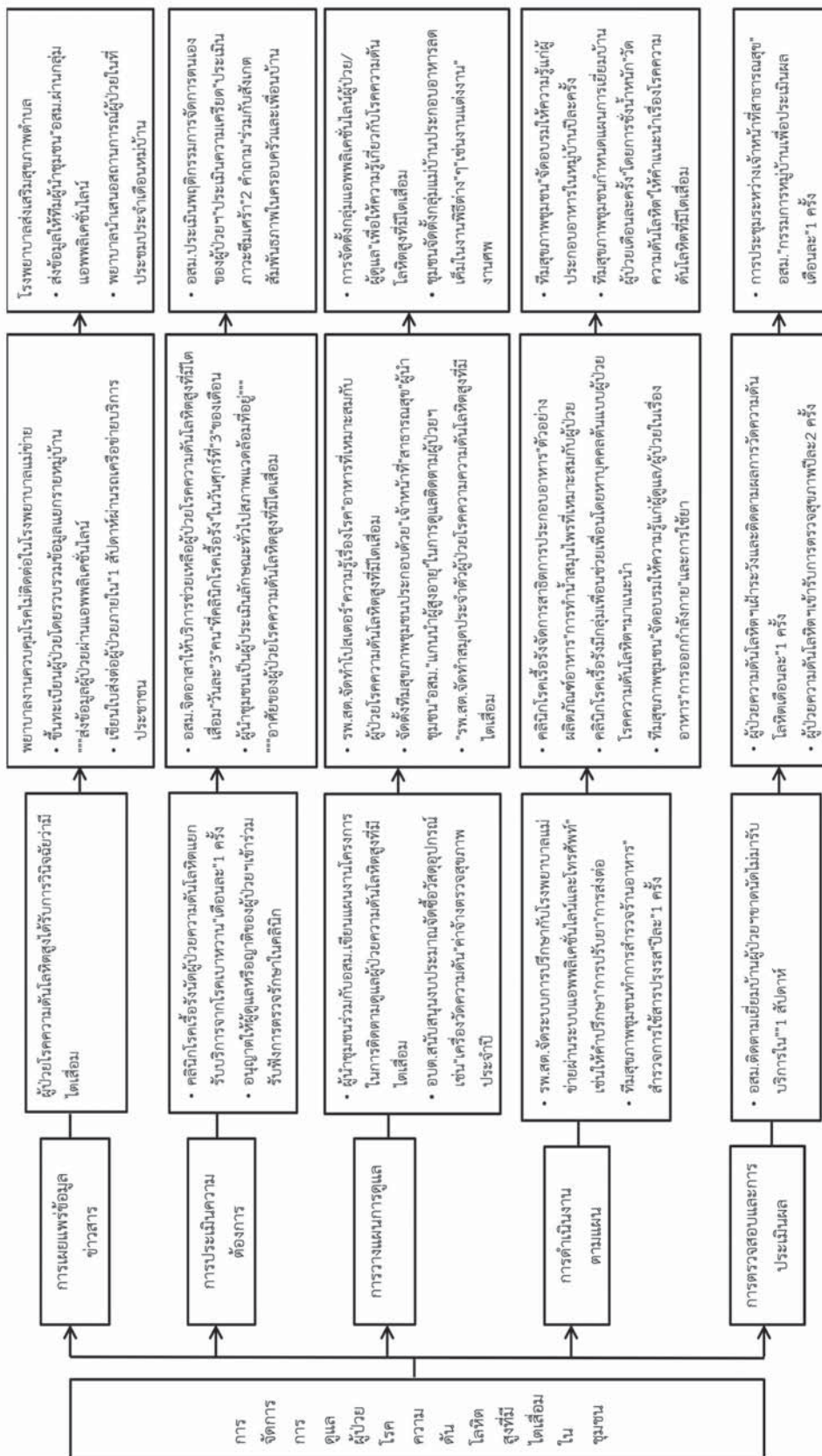
มาตรฐาน = 12.90, ต่ำสุด = 26 ปี, สูงสุด = 64 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อเนื่องในชุมชน ประกอบด้วย 1) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร 2) การประเมินตามความต้องการของผู้ป่วย 3) การวางแผนการดูแล 4) การดำเนินงานตามแผน 5) การตรวจสอบและการประเมินผล แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทของชุมชน ครอบครัวและหน่วยบริการสุขภาพ ดังแสดงภาพที่ 1

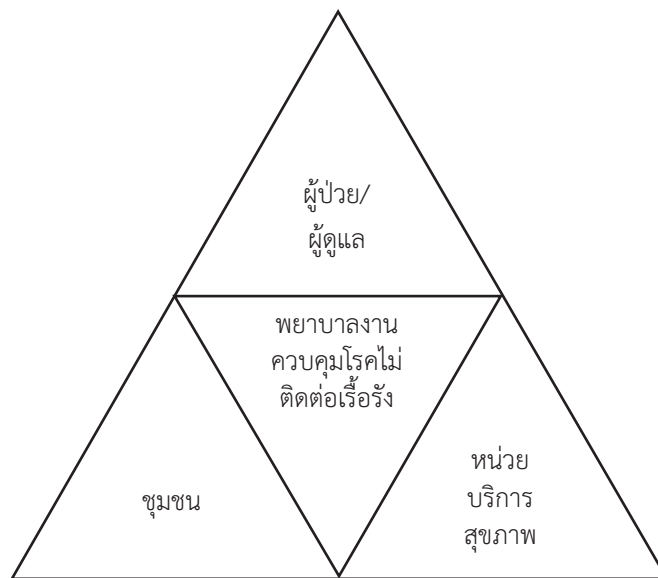
ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อเนื่องในชุมชน พบว่า บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 15 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 เพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 46.7 (อายุเฉลี่ย 37.13 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.06) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 53.3 ทีมบุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 (SD = 0.89) และ 4.86 (SD = 0.11) ตามลำดับ

ส่วนทีมผู้นำและตัวแทนชุมชน จำนวน 15 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 เพศหญิง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 46.7 (อายุเฉลี่ย 48.27 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.6, ต่ำสุด = 36 ปี, สูงสุด = 70 ปี) การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 33.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60 ตำแหน่งที่เป็นทางการ กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 26.7 ตำแหน่งที่ไม่เป็นทางการ เป็นเจ้าของกิจการร้านอาหาร ร้อยละ 13.3 และแกนนำผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.7 มีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94 (SD = 0.09) และ 4.90 (SD = 0.10) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อเนื่องในชุมชนจะประสบความสำเร็จได้โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อเนื่องในชุมชน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่บ้าน ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน และมีพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นผู้ประสานงาน โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกัน ดังแสดงภาพที่ 2



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน



ภาพที่ 2 การเชื่อมโยงกันของภาคีเครือข่ายในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน (n = 30)

รูปแบบ	บุคลากรสาธารณสุข						ผู้นำและตัวแทนชุมชน					
	ความเหมาะสมของกิจกรรม			ความพร้อมของชุมชน			ความเหมาะสมของกิจกรรม			ความพร้อมของชุมชน		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร	4.94	0.09	มากที่สุด	4.92	0.12	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด	4.96	0.08	มากที่สุด
2. การประเมินตามความต้องการ	4.92	0.16	มากที่สุด	4.82	0.14	มากที่สุด	4.92	0.12	มากที่สุด	4.86	0.19	มากที่สุด
3. การวางแผนการดูแล	4.92	0.08	มากที่สุด	4.86	0.12	มากที่สุด	4.94	0.16	มากที่สุด	4.96	0.10	มากที่สุด
4. การดำเนินการตามแผน	4.92	0.10	มากที่สุด	4.88	0.14	มากที่สุด	4.96	0.10	มากที่สุด	4.90	0.17	มากที่สุด
5. การตรวจสอบและประเมินผล	4.95	0.14	มากที่สุด	4.83	0.18	มากที่สุด	4.90	0.16	มากที่สุด	4.82	0.18	มากที่สุด
รวม	4.90	0.09	มากที่สุด	4.86	0.11	มากที่สุด	4.94	0.09	มากที่สุด	4.90	0.10	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านร่างกาย นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยร่างกาย เบื่ออาหาร ลืมรับประทานยา ขาดการออกกำลังกาย ขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อม ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดของโรคและความเสื่อมของร่างกาย ดังที่ Tipkan-janaraykha (2016) กล่าวว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความจำเพาะในด้านของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมเสริมสุขภาพควรคำนึงถึงความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ และความเสื่อมตามวัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะร่างกายในการควบคุมโรคที่ต่างจากวัยอื่นๆ จึงทำให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดำรงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง ประกอบทั้งเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคไตมีมากและค่อนข้างซับซ้อน การรับฟังคำแนะนำจากโรงพยาบาลชุมชนเมื่อไปตรวจตามนัด อาจจะไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติจึงมีความต้องการการอบรมทั้งการสอน การสาธิตอาหาร ดังที่ Tongsang & Seesawang (2014) สรุปว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะดูแลตนเองได้ ส่วนปัญหาด้านจิตใจที่มีเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ต้องการกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อให้มีความหวังไม่ท้อแท้ และอยากมีชีวิตอยู่เพื่อลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongsang and Seesawang (2014) เช่นกันที่พบว่า การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง และบุคลากรสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเอง และต้องการมีชีวิตเพื่อครอบครัวต่อไป ในเรื่องระบบบริการสุขภาพผู้ป่วย/ผู้ดูแล ต้องการบริการที่ดีจากบุคลากรสาธารณสุข ใกล้บ้านการเดินทางสะดวก มีการบริการที่รวดเร็วทันใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntyre, Fluck, McIntyre, & Taal (2013) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเสื่อมมีความต้องการการรักษา และความรู้เกี่ยวกับโรคไต ความรู้เรื่องยา อาหารที่เหมาะสม

กับโรค และการรับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ยังต้องการรับข้อมูลข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ เช่น หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน แผ่นพับเรื่องยา โปสเตอร์ความรู้เรื่องอาหารโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมติดไว้ในห้องครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนมากกว่าเอกสารแผ่นพับ และช่วยในการเตือนความจำเมื่อใช้ชีวิตประจำวัน

2. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ได้พัฒนาในเรื่องการประสานงานส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพื้นที่ที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยว่ามีไตเสื่อม พยาบาลควบคุมโรคไม่ติดต่อจะส่งข้อมูลข่าวสารโดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ให้หน่วยบริการสุขภาพและมีการส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนรับทราบในที่ประชุมหมู่บ้าน และการประชุมประจำเดือนของอสม. ดังที่ Sakcomeduang (2009) กล่าวว่า การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่หน่วยบริการสุขภาพควรมีประสิทธิภาพ และเป็นปัจจุบันสามารถนำมาใช้ได้ทันที การศึกษานี้ได้ปรับรูปแบบการบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โดยนัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแยกกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสนับสนุนให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมรับฟังการตรวจรักษาโรค แสดงการสาธิตอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การใช้บุคคลต้นแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จะดำเนินชีวิตอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมได้มากขึ้น และจัดให้อสม.จิตอาสาบริการช่วยเหลือผู้ป่วยในวันที่มีคลินิก การปรับให้ผู้นำชุมชน และอสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเขียนโครงการของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ratanagreethakul, Viriya, Tassanatanachai, & Patarakorn (2015) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว แกนนำชุมชน และพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และการศึกษาของ Wongkongkam (2016) ที่พบว่า การจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตวายเรื้อรัง กระบวนการพัฒนาและปัจจัย

เงื่อนไขความสำเร็จคือ การสร้างภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจากความร่วมมือจากหน่วยงานและทุกภาคส่วนในชุมชน จะส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตและชะลอการเกิดโรคไตเสื่อมได้ การศึกษานี้ยังได้ปรับทิมและกิจกรรมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหารผู้ป่วย/ให้คำแนะนำที่เหมาะสม ตรวจสอบการใช้ยา การติดตามระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก สังเกตอาการบวม และติดตามการออกกำลังกาย โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองแบบติดตามการใช้ยา แบบประเมินการรับประทานอาหารแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และการประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านผู้ป่วยโดยแกนนำชุมชน ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านจะทำให้ทราบปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแล การติดตามประเมินอย่างสม่ำเสมอมีการปรับให้เข้ากับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ Wongkongkam (2016) ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านโดยผู้นำชุมชน พยาบาลชุมชนร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจะทำให้ได้ข้อมูลมาวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในชุมชนปรับให้มีกิจกรรมการสำรวจร้านอาหารในหมู่บ้านการใช้ผงปรุงรสต่างๆ การให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหาร ปีละ 1 ปี โดยทีมสุขภาพชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง

3. การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขและชุมชนมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านกิจกรรมที่มีความเหมาะสมและชุมชนมีความพร้อมมากที่สุดพบว่า 1) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมการส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนโดยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การแจ้งข้อมูลผู้ป่วยในที่ประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน 2) การประเมินความต้องการ กิจกรรมการปรับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโดยนัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแยกวันรับบริการ

กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยที่เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง และจัดให้อาสาสมัครบริการช่วยเหลือผู้ป่วยในวันที่มีคลินิก 3) การวางแผนการดูแล ได้แก่ การจัดทำแผนสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมแยกออกจากแผนสุขภาพครอบครัว เพื่อความสะดวกและลดขั้นตอนในการรับบริการ และกิจกรรมการจัดตั้งทีมสุขภาพชุมชนซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 4) การดำเนินงานตามแผน กิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล เรื่องการออกกำลังกาย และการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมโดยทีมสุขภาพชุมชน และการจัดระบบการให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ หรือทางโทรศัพท์ เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องการรับยา การส่งต่อผู้ป่วย 5) การตรวจสอบและการประเมินผล กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังและติดตามผลการวัดความดันโลหิตสูง และการประชุมประเมินผลการจัดการการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง แต่เมื่อพิจารณาจากการวางแผน กิจกรรมการจัดตั้งกลุ่มแม่บ้านเพื่อประกอบอาหารสุขภาพลดเค็ม ในงานพิธีต่างๆ ทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นว่าการจัดตั้งกลุ่มในระดับมากที่สุด แต่ชุมชนมีความพร้อมในการจัดตั้งกลุ่มแม่บ้านอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองทีมมีความเห็นว่าการรวมตัวของกลุ่มแม่บ้านอาจทำได้ยาก และไม่มีความต้องการยั่งยืนเนื่องจากกลุ่มแม่บ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม กรีดยางพาราการรวมตัวของกลุ่มแม่บ้านในการประกอบอาหารในช่วงเช้า จำนวนคนอาจไม่เพียงพอ และขาดงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ตำบลอ่าวลึกเหนือ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริง ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ได้มาจากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย/ผู้ดูแล และทีมพัฒนารูปแบบ ในการวางแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การตรวจสอบและการประเมินผลจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนได้รับผลลัพธ์ตามที่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล และทีมสุขภาพชุมชนคาดหวังไว้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชนเหมาะสมกับกับบริบทของตำบลอ่าวลึกเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ หากสถานบริการอื่นจะนำไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่คล้ายคลึงกัน

2. รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

การศึกษครั้งนี้เป็นเพียงการออกแบบรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน โดยใช้แนวคิดการจัดการการดูแลผู้ป่วย ควรมีการศึกษผลของการนำรูปแบบไปใช้ในการดำเนินงาน โดยศึกษาในรูปแบบของโปรแกรม และทำการวิจัยต่อยอดติดตามในระยะยาว เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัย

References

- Baldwin, M. (1995). *Care Management and Community Care: social work discretion and the construction of policy*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Bureau of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2015). *Number and rate of non-communicable disease patients in 2015*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>.
- Health Data Center. (2016). *Indicators of Ministry of Public Health*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
- Hoontrakul, S., & Sombootanont, W. (2012). Developing self-care competency to prevent complication in hypertensive client in the community. *Journal of the Ooyal Army Nurses*, 13(3), 38-46.
- Kamwicha, P., Santayopass, P., Srisang P., & Kiriyanhang, K. (2014). Development of self-care behaviors for people with hypertension in soi joke community bangsue district Bangkok metropolitan. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(2), 83-96.
- Lee, Y., & Chang, P. (2016). Modeling a Model Health Management Business Model for Chronic Kidney Disease. *Nursing Informatics*, 225, 1047-1048.
- McIntyre, N., Fluck, R., McIntyre, C., & Taal, M. (2012). Treatment needs and diagnosis awareness in primary care patients with chronic kidney disease. *British Journal of General Practice*, 62(597), 227-232.
- Onsawat, A. (2008). *Resaerch Methodology*. (3rd edition). Department of Education Faculty of Naresuan University.
- Rattanaagreeethakul, S., Viriya, C., Tassanatanachai, A., & Patarakorn, P. (2015). Development Model of Quality of Life for Hypertension Patients on the basis of family and community participation at Banbung Municipalty, Chon-Buri Province. *Journal of Nursing and Education*, 8(3), 52-65.

- Sakcomeduang, S. (2009). *Improving Care for Hypertensive Patients in Community*. (Master's thesis). Community Health Nurse Practitioner, Khonkaen University.
- Samphawamana, O., Klaypugsee, L., Arwat P., & Phaenoi, S. (2017). The Development of chronic disease management for patients in a health promotion hospital: A case study of Maluan health promotion hospital, Phunphin District, Suratthani province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(1). 157-161.
- Tipkanjanaraykha, K. (2016). Self-management in older adults with metabolic syndrome. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 32(3), 122-130. (in Thai)
- Tipkanjanaraykha, K., Kangchai, W., Hengudomsud, P., & Schneider, J.K. (2016). A metabolic syndrome self-management program for older adults: A randomized controlled trial. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(2), 12-28.
- Tongsang, P., & Seesawang, J. (2014). Lived experience among hypertensive older people. *Nursing Journal*, 41(special issue), 1-10.
- Wongkongkam, K. (2016). Innovation of care service system for patients risk with chronic kidney disease: A case study of the community hospital, Nakhon Pathom province. *Journal of Nursing Science*, 34(1), 27-41.
- World Health organization. (2015). *Hypertension*. Retrieved from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf.