

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด



ประภัสสร เกียรติลือเดช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

.....
นางสาวประภัสสร เกียรติลือเดช
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์อรรพรรณ แก้วบุญชู,
Ph.D.(Medicine)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
อาจารย์เพลินพิศ สุวรรณอำไพ,
Ph.D.(Environmental Health Sciences)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ,
พ.บ., Ph.D.(Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นฤมล เอี่ยมฉวีกุล,
Ph.D.(Nursing)
ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2560

นางสาวประภัสสร เกียรติลี้อะเดช
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์อรรณ แก้วบุญชู,
Ph.D.(Medicine)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนิดดา แนบเกษร,
Ph.D. (Medical Sciences)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์เพ็ญพิศ สุวรรณอำไพ,
Ph.D.(Environmental Health Sciences)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นฤมล เอี่ยมณีกุล,
Ph.D.(Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,
พ.บ., Ph.D.(Biochemistry)
คณบดี

รองศาสตราจารย์ประยูร ฟองสถิตย์กุล,
Ph.D.(Environmental Engineering)
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.เพลินพิศ สุวรรณอำไพ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และชี้แนะ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องใน ส่วนต่างๆ ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่าน อาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิงชนิดดา แนบเกษร อาจารย์ประจำกลุ่ม วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ ศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และชี้แนะ ตรวจสอบแก้ไข วิจารณ์ ผลงาน ทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆท่านที่ให้ความ อนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือในงานวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตลอดจนคณะเจ้าหน้าที่ประจำรพ.สต.มะค่า คณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง นครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ บุคคลในครอบครัวทุกท่าน พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้องๆ นิสิต นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา จนประสบผลสำเร็จด้วยดี

ประกฤษศร เกียรติลือเดช

ผลของ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

THE EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS' HOME VISIT BEHAVIORS TO HYPERTENSION PATIENTS WHO MISSED APPOINTMENTS

ประภัสสร เกียรติลือเดช 5736309 PHCN/M

พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อรวรรณ แก้วบุญชู, Ph.D.(MEDICINE),
เพลินพิศ สุวรรณอำไพ, Ph.D.(ENVIRONMENTAL HEALTH SCIENCES)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ระยะเวลาในการศึกษา 9 สัปดาห์ เป็นระยะทดลอง 6 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test , Independent t-test และ Repeated Measure one way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทุกตัวแปรที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกัน ($F=19.01$, p -value < 0.001) หลังการทดลองและระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ส่วนระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.163, 1.000 และ 0.634 ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการสนับสนุนว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจส่งผลต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และ พฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน สร้างความเชื่อมั่น สร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการตัดสินใจ วางแผนและติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ : การสร้างเสริมพลังอำนาจ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

THE EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS' HOME VISIT BEHAVIORS TO HYPERTENSION PATIENTS WHO MISSED APPOINTMENTS

PRAPHATSORN KIATLUEDET 5736309 PHCN/M

M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE:ORAWAN KAEWBOONCHOOB,
Ph.D. (MEDICINE), PLERNPIT SUWAN-AMPAI,
Ph.D. (ENVIRONMENTAL HEALTH SCIENCES)

ABSTRACT

This quasi-experimental research was conducted to investigate the effects of empowerment program for village health volunteers' (VHVs) home visit behaviors to hypertension patients who missed appointments. The subjects were 60 VHVs working in Amphoe Mueang Nakhon Ratchasima who were divided into two groups (experimental group (n=30) and comparison group (n=30)). The experimental period was 9 weeks (6 weeks for intervention and 2 weeks for follow-up). Data were collected using questionnaire and behavior observation checklist and were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, and analytical statistics including Chi-square test, independent t-test, and repeated measure one-way ANOVA.

The results revealed that the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge of hypertension, empowerment perception, and home visit behavior to hypertensive patients who missed VHVs appointment than the comparison group (p-value <0.05) in post experiment and follow-up period. In experimental group, the mean scores of all study variables were statistically different through the period of study (F = 19.01, p-value <0.001). The mean scores of knowledge, empowerment, and home visit behavior in post experiment and follow up period were significantly higher than in pre experiment (p-value <0.05). However, there was no difference of the mean scores of knowledge, empowerment, and home visit behavior through the period of study in the comparison group (p-value = 0.163, 1.000 and 0.634, respectively).

The results of this research suggested that the empowerment program resulted to increase knowledge, higher empowerment perception, and improved home visit behavior of VHVs, as well as building their own confidence and self-efficacy in decision making, planning, and following-up the home visits of hypertensive patients who missed VHVs appointments.

KEY WORDS: EMPOWERMENT/VILLAGE HEALTH VOLUNTEER/
HOME VISIT BEHAVIOR/HYPERTENSION

151 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์เฉพาะ	7
สมมุติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	8
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
นิยามที่ใช้ในการวิจัย	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	13
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	13
แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ	27
แนวคิดของเปาโล แฟร์	30
การจัดบริการคลินิกความดันโลหิตสูงและบทบาทของอาสาสมัคร	40
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	42
บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	42
ที่ขาดนัด	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ	44
กรอบแนวคิดในการวิจัย	53

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 ระเบียบดำเนินการวิจัย	54
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)	54
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
3.4 วิธีการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล	62
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิจัย	72
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	72
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ	78
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ	80
บทที่ 5 อภิปรายผล	84
บทที่ 6 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	91
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	97
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	115
บรรณานุกรม	135
ภาคผนวก	141
ประวัติผู้วิจัย	151

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
2.1	ระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิต (มม.ปรอท)	16
2.2	ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต	17
2.3	Conditions favouring use of some antihypertensive drugs versus others	25
2.4	การวิเคราะห์แนวคิดของการสร้างพลังอำนาจ	31
3.1	กำหนดการจัดกิจกรรมในชุมชนตามตารางกำหนดการ	58
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามข้อมูล ทั่วไป	76
4.2	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ	80
4.3	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง(n=30) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ	82

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ

2.1 โมเดลสร้างพลังอำนาจของแฟรี่

หน้า

35



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	53
3.1 รูปแบบการวิจัย	55



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ ณ ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ขณะนี้ กำลังประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาที่มากกระทบกับ เศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาของประเทศที่รุนแรงรวมทั้งประเทศไทยก็ประสบปัญหาเหล่านี้เช่นกัน องค์การสหประชาชาติกำหนดให้ปัญหานี้เป็นวาระสำคัญที่รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ต้องริบดำเนินการ จึงมีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขึ้น ตั้งแต่ในระดับสากล จนถึงระดับประเทศ มีแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยมีเป้าหมายในการลดการเสียชีวิตของประชาชน (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2557)

มีรายงานเมื่อปี 2555 โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยรายใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค มีจำนวนทั้งสิ้น 1,009,002 ราย โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุด มีจำนวน 602,548 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 937.58 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคสะสม (รายใหม่และรายเก่า) ระหว่างปี พ.ศ.2551-2555 จากจำนวน 5,471,929 ราย โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกสูงที่สุด คือพบผู้ป่วย 3,398,412 ราย อัตราความชุก 5,288.01 ต่อประชากรแสนคน แสดงถึงแนวโน้มการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นกว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (เทิดศักดิ์ เสงขง, 2560 : 36) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูง ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งยังเป็นภาระโรคของประชากรทั่วโลกและประเทศไทยด้วย (ดิเรก จำเป็น, 2560)

จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุดในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน สอดคล้องกับข้อมูลของระดับประเทศ ในปี 2559 จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 14,196 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 541.21 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 7,209 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 274.83 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งจากการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ซ่อนอยู่ในชุมชน แล้วนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด บริการในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิ่งสำคัญคือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ใน

เกณฑ์ ไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท หากเกินหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท จัดเป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ปัญหาที่พบจากการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น 1,013 คน กลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง 303 คน และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และขาดนัดไม่มารับการตรวจรักษา หรือรับยาต่อเนื่อง 351 คน คิดเป็นร้อยละ 34.65 และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการไม่มาตรวจตามนัด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.13 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า, 2559) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตจึงจะสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตได้ดังนั้นการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้มีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการติดตามกระตุ้นเตือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นหนึ่งในโรคติดต่อเรื้อรังที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ จากการรายงานทางสถิติสาธารณสุขปีพ.ศ. 2550 – 2555 พบว่าอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ มีอัตราที่เพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับ 20.65 , 20.78 , 21.04, 27.53, 30.04 และ 31.69 ตามลำดับ ในจังหวัดนครราชสีมาอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปีพ.ศ. 2550 – 2555 โดยมีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับระดับประเทศ เท่ากับ 26.67, 28.21, 26.21, 35.16, 37.27 และ 34.40 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2556) โรคหลอดเลือดสมองสามารถพบการเจ็บป่วยได้ในคนทุกเพศทุกวัย ทั้งในเด็กและผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 39 ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (ชลธิชา กาวไธสง , 2557 : 296) และจากรายงานทางสถิติสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2551 – 2556 พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ มีอัตราที่เพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับ 347.57, 359.34, 397.24, 412.70, 427.53 และ 435.18 ตามลำดับ ในจังหวัดนครราชสีมาอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปีพ.ศ. 2551 – 2556 โดยมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับระดับประเทศ เท่ากับ 250.68, 263.02, 273.49, 287.80, 284.93 และ 310.52 ตามลำดับ(สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2556) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อัตราป่วย

ต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปีพ.ศ. 2555 – 2557 โดยมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับ 172, 211 และ 292 ตามลำดับ (ฐานข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, 2558)

จากการศึกษาที่ผ่านมา ในช่วงศตวรรษที่ 20 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่พฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหารเค็มและอาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด มีนิสัยดื่มสุราอย่างหนัก สูบบุหรี่ (วิไลพร พุทวงศ์และคณะ, 2557:40-41) การประทุษร้ายไม่สม่ำเสมอ และขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สุมาลี วัจนกรและคณะ, 2551) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง พบมากถึงร้อยละ 51 (Z. Gaciong ; 2556 :560) อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การควบคุมระดับความดันเลือดได้ไม่คงที่ มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความเครียด พบร้อยละ 10 (Z. Gaciong ; 2556 :561) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงหลักเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของตัวผู้ป่วยเอง และผลกระทบที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาระทางเศรษฐกิจ ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในระดับบุคคล ครอบครัว และระดับประเทศ รวมทั้งปัญหาทางด้านสังคมด้วย เช่นเดียวกัน

แนวทางในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังกล่าว โดยตัวผู้ป่วยและผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ไทย โดยในปัจจุบันรัฐบาล มีนโยบายในการจัดให้มีมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพิจารณาจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ให้ประชาชนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพ พอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการพัฒนา โดยใช้ภูมิปัญญาไทย ในการจัดการปัญหา จึงนำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาปฏิบัติงานช่วยเหลือดูแลประชาชน โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งการป้องกันโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในชุมชนแล้ว และที่ยังไม่เกิด นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 มีการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มขีดความสามารถและสร้างแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

เป็นผู้จัดการจัดอบรมระยะสั้น ในหลักสูตรการอบรมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญ (อสม. เชี่ยวชาญ) ให้มีการพัฒนาด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน ทั้งสิ้น 10 สาขา หนึ่งในนั้นมีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อด้วย เน้นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามกลุ่มวัย รูปแบบการอบรมใช้การบรรยายสรุปบทบาทของอสม. และการแบ่งกลุ่มเรียนรู้ตามฐานการเรียนรู้ตามกลุ่มอายุ และแจกคู่มือการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับ อสม. และประเมินผลการอบรมจากการตอบคำถาม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสังเกตและการมีส่วนร่วม ระยะเวลาอบรม อสม. เชี่ยวชาญ 14 ชั่วโมง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,2555)

จังหวัดนครราชสีมาได้ดำเนินการจัดอบรม อสม. เชี่ยวชาญ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 เป็นต้นมา โดยจัดให้มีการอบรมต่อเนื่องทุกปี ปีละ 1 ครั้ง แต่ละปีมีจำนวนอสม.ที่เข้ารับการอบรม ปีละ 7,486 คน(กลุ่มงานพัฒนาการทรัพยากรบุคคลและคุณภาพบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา,2557) ให้คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านละ 1-2 คน เข้ารับการอบรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หลักสูตรเน้นด้านการอบรมฟื้นฟูความรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติในการเจาะเลือดปลายนิ้ว และวัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันแบบดิจิทัล และได้รับแจกอุปกรณ์คือเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล หมู่บ้านละ 2 เครื่อง และเครื่องเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว หมู่บ้านละ 2 เครื่อง พร้อมแถบตรวจน้ำตาล มอบหมายภารกิจเพื่อออกคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสำหรับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติ และผู้ที่มีความผิดปกตินั้นต้องได้รับการส่งต่อมาพบเจ้าหน้าที่ เพื่อได้รับการการตรวจยืนยันก่อนการวินิจฉัยกับแพทย์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จ.นครราชสีมา มี อสม. เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน จากจำนวน อสม.ทั้งหมด 191 คน ยังเหลืออสม. ที่ไม่ผ่านการอบรม อสม. เชี่ยวชาญ อีก 171 คน อย่างไรก็ตามในกลุ่มที่เข้ารับการอบรม อสม. เชี่ยวชาญ แล้ว แม้ว่าจะมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น แต่ยังคงขาดความมั่นใจ ส่วนในกลุ่มที่ยังไม่อบรมขาดความรู้และขาดความมั่นใจ จากการประเมินผลในการติดตาม อสม. ในแต่ละปี (รายงานสรุปการประเมินผลโครงการตำบลลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ,2558) ยังขาดความรู้และความมั่นใจ ยังไม่สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ขาดความมั่นใจในการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะรูปแบบการอบรมใช้การบรรยายเพียงอย่างเดียว แต่ยังคงขาดการกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วม มีการตัดสินใจด้วยตนเอง ถูกผูกขาดในด้านความคิด จึงไม่มีอิสระ จึงขาดพลังอำนาจ ในฐานะเป็นผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบทางด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลบ้านโพธิ์ ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อ และไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของอสม. ให้เป็นผู้นำในการดูแล

สุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน กระทั่งมีนโยบายในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งเน้นการสร้างสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ช่วงปี พ.ศ.2555 กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านวิชาการเพื่อพัฒนาขีดความสามารถ สร้างแรงจูงใจ โดยมีชื่อหลักสูตรการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 โรคแรกที่เป็นปัญหาของคนไทย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่ต้องปรับพฤติกรรม เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ในกลุ่มผู้ป่วย อีกทั้งต้องออกค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยการคัดกรองในชุมชน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่แล้วไม่สามารถคัดกรองได้อย่างครอบคลุม จึงได้พัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้ว และวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันอัตโนมัติ ผู้ผ่านการอบรมแล้ว จะได้รับใบประกาศเป็น อสม.เชี่ยวชาญ

บุคคลที่มีอิทธิพลในกลุ่มดังกล่าวนอกจาก ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูล มาตรวจตามนัด ซึ่งบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงคือ อสม. ดังนั้นการพัฒนาอสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลับมารับการรักษาและไม่ขาดนัด มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ปฏิบัติงาน ให้การติดตามไปตรวจตามนัด ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. มะค่า การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านการเพิ่มพลังอำนาจ หรือการสร้างพลัง (Empowerment) เพื่อใฝ่ระวังความรุนแรงของโรค ให้อสม.มีความเชื่อมั่น และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ติดตามเยี่ยมบ้านวัดความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ โดยใช้กิจกรรม 4 กิจกรรมนี้ในการพัฒนาความมั่นใจ

- กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรมหลอมดวงใจเป็นหนึ่งเดียว เพื่อเปิดประตูชุมชน สู่อำนาจในตัวเอง กิจกรรมนี้ให้ความสำคัญของการทำงานร่วมกันเพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ในเรื่องความรู้ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นกิจกรรมกลุ่ม มีการคู่วิดีทัศน์ มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนาการ

- กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรมมารู้จักชุมชนของเรากันเถอะ กิจกรรมนี้ ให้ร่วมคิด ร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน โดยการเสวนากลุ่ม หลังจากฟังบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมองตีบต้องป่วยเป็นอัมพาต ได้รับการกายภาพบำบัด ปัจจุบันหายแล้วกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ เพื่อสร้างความตระหนัก ใน

การควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังเช่นคนต้นแบบเป็นกิจกรรมกลุ่ม มีบุคคลต้นแบบ มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนากา

- กิจกรรมที่ 3 ชื่อกิจกรรมร่วมแรงร่วมใจ จับมือผู้นำ หาทิมร่วมทำ สร้างสุขให้ชุมชนของเรา กิจกรรมนี้ สร้างจิตสำนึกในการมีความรับผิดชอบต่อปัญหาของชุมชนตั้งแต่ร่วมวางแผน การกำหนดกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ การสร้างพันธสัญญา และเห็นความแตกต่างของผู้ที่มีพลังอำนาจในตัวเรา ต่อการมองปัญหาที่ไม่เหมือนกัน และการลงมือปฏิบัติในการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมกลุ่ม มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการเขียนแผนงาน โครงการ มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนากา

- กิจกรรมที่ 4 ชื่อกิจกรรมสร้างชุมชน ให้เกิด พลังอำนาจในตัวเอง กิจกรรมนี้มุ่งเน้นแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวเรา ในระดับบุคคล และชุมชน เกิดการสะท้อนคิด เกิดแรงจูงใจ และการให้กำลังใจกันและกันที่จะกระทำต่อไปเป็นกิจกรรมกลุ่ม มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนากา กำหนดวันเวลาและสถานที่เพื่อนัดหมายอสม. ก่อนที่ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยกำหนดให้อสม. 1 คนต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1 คน

จากแนวคิดในการสร้างพลัง หรือเพิ่มพลังอำนาจ (empowerment) ของเปาโล แฟร์ เน้นการสร้างความตระหนัก ความสามารถที่รับรู้ภาวะทางด้านสังคม การเมือง และเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสถานการณ์ความไม่เท่าเทียมหรือความไม่เป็นธรรมทางสังคม ความตระหนักจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อผู้คนที่ตกอยู่ในสถานะเดียวกันได้มีโอกาสมาพูดคุย แสวงหา เพื่อยกระดับความเข้าใจสถานการณ์ การแสวงหาจึงเป็นเครื่องมือ เป็นกลวิธีในการสร้างความตระหนัก ลักษณะสำคัญของการแสวงหาจะต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เป็นการสื่อสารที่อิสระ มีสิทธิที่เท่าเทียมกัน และเปิดกว้าง เน้นประเด็นวิเคราะห์สถานการณ์และบริบททางสังคมในสถานการณ์นั้นๆ จะทำให้ผู้ร่วมแสวงหาได้เข้าใจสาเหตุต้นตอของปัญหานั้น และเมื่อได้ประจักษ์ในผลการวิเคราะห์แล้ว ก็จะนำไปสู่การร่วมปฏิบัติการ (action) เพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น การสร้างพลังให้แก่บุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นภาวะที่คนมีความรู้สึกเป็นอิสระในการตัดสินใจ ตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตน และสามารถพึ่งตนเองได้ (นิศย์ ทศนิยม และคณะ, 2555)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในรพ.สต.มะค่า รับผิดชอบผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสนใจจะพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของอสม. เพื่อให้อสม.มีความเชื่อมั่น มีพลังอำนาจอย่างมั่นใจ ลดปัญหาผู้ป่วยขาดนัดต่อไป เสริมทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้าน ติดตามวัดความดันโลหิตผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน

ได้ไม่คงที่ และส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง และหากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงแล้วนั้น หากขาดนัด ทางเจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์ไปแจ้งให้ อสม. ไปติดตามผู้ป่วยที่บ้านเพื่อเข้ามารับการรักษาที่ต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลต่อพฤติกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด อย่างไร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดมารับการรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด ระบบการนัด และการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการขาดนัดของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

2.เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด ระบบการนัด และการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อติดตามปัญหาผู้ป่วย ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการขาดนัดของผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการขาดนัดของผู้ป่วย สูงกว่าก่อนการทดลองและไม่ลดลงในระยะติดตามผล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยสร้างความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม. ในการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด มารับการรักษาที่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ.2560 ระยะเวลาการศึกษา 9 สัปดาห์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

ตัวแปรตาม คือ การเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่อง

1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การใช้สมุด

ประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัดและผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัด และช่องทางสำหรับการขอเลื่อนนัด

2. การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

3. พฤติกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยมีการวางแผนการเยี่ยมบ้าน เตรียมเครื่องมือวัดความดันโลหิต การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด ความรู้เรื่องพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ปัญหาและอุปสรรคในการขาดนัด ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัดและผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัด ช่องทางสำหรับการขอเลื่อนนัด การประเมินเบื้องต้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการลงบันทึกการเยี่ยมบ้าน

นิยามที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นภาวะที่คนมีความรู้สึกเป็นอิสระในการตัดสินใจ ตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตน และสามารถพึ่งตนเองได้ สิ่งเหล่านี้เป็นคุณลักษณะของการสร้างเสริมพลังอำนาจในบุคคลที่ขึ้นตามแนวคิดของเปาโล แฟร์ (1972,41) โดยมีองค์ประกอบหลักดังนี้ 1) การเสวนา (dialogue) 2) การสร้างความตระหนัก (awareness / consciousness) 3) การปฏิบัติกิจกรรม (action) และ 4) การสะท้อนคิด (reflection) เป้าหมายหรือผลลัพธ์ มีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ระยะเวลาสั้นที่สุดครั้งละ 1 ชั่วโมง นานที่สุด 2 ชั่วโมง 30 นาที เป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนกลุ่มโดยใช้ทักษะวิทยากรกระบวนการ (facilitator) และมีการฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือในการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดและการลงบันทึกการเยี่ยมบ้าน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ผู้ที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกและฝึกอบรมความรู้ทางด้านสาธารณสุขที่มีความเสียสละ อาสาเข้ามาปฏิบัติงานในการดูแล ช่วยเหลือให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนในหมู่บ้าน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หมายถึง บุคคลที่อยู่ในชุมชนนั้น ๆ อาสามาเพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี ผ่านการอบรมงานต่าง ๆ ด้าน

สาธารณสุขอย่างน้อย 1 ครั้ง อายุ 20 ปีขึ้นไป มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดอยู่ในละแวก
รับผิดชอบอย่างน้อย 1 ราย มีครัวเรือนในละแวกที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน มีความสมัครใจเข้า
ร่วมงานวิจัย

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ป่วยด้วย
โรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตประเภทต่าง ๆ อย่างน้อย 1 อย่าง
ต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทางตา ทางไต ทางระบบประสาทส่วนปลาย ทางหลอดเลือดหัวใจ และ
หลอดเลือดสมอง อาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 6 เดือน
เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละค่า ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัด อย่างน้อย
1 ครั้ง

4. ความรู้ หมายถึง ความสามารถทางปัญญา ในเรื่องความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้
การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล(ล้วน สายยศ และคณะ, 2543:42) เกี่ยวกับปัจจัยที่
เป็นสาเหตุ การแสดงอาการ การเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการผิดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การปฏิบัติตัวใน
เรื่องการมาตรวจตามนัด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หมายถึง ความรู้ ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในระดับความจำ
ความเข้าใจ และการนำไปใช้ในเรื่องปัจจัยที่เป็นสาเหตุ อาการและอาการแสดง ประเภทของความ
ดันโลหิตสูง การวัดความดันโลหิต การแบ่งระดับของความดันโลหิต เป้าหมายของการลดความดัน
โลหิต ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต การเกิด
ภาวะแทรกซ้อน การรักษาความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย
การจัดการความเครียด การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด มีการทบทวนระบบการนัด
การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัดและผลเสีย
ของการไม่มาตรวจตามนัด และช่องทางสำหรับการขอเลื่อนนัด การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิต
สูงที่ขาดนัด ประเมินความรู้โดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์แบบสอบถามของอำพร ศรีโยธา
(2555)และจากการทบทวนวรรณกรรม

5. การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง ขบวนการที่เกิดขึ้นภายหลัง
จากที่สิ่งเร้ากระตุ้นการรู้สึกและถูกตีความเป็นสิ่งที่มีความหมายโดยใช้ความรู้ ประสบการณ์และความ
เข้าใจของบุคคล (Bernstein, 1999:72 อ้างถึงใน นัญจอริน แสงพงษ์พิทยา, 2556:9) ในการสร้างความ
เชื่อมั่นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้สึกที่ดีต่อความสามารถของตนเอง ในการ
กล้าคิด กล้าทำ กล้าวางแผนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ในการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความเชื่อมั่น ความสนใจ ความรู้สึกต่อความสามารถของตนเอง ในบทบาทหน้าที่ของอส. สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ระบบการนัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่า การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัดและผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัด และช่องทางสำหรับการขอเลื่อนนัด สามารถติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดมารับการตรวจรักษาได้ต่อเนื่อง มีการวางแผนและติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ประเมินการรับรู้ โดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์แบบสอบถามของอำพร ศรีโยธา(2555)และจากการทบทวนวรรณกรรม

6. พฤติกรรม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะพิสัยหรือพฤติกรรมที่แสดงออกทางกาย มี 5 ชั้น ได้แก่ การรับรู้(การสังเกตและทำตาม) การลงมือปฏิบัติ ทำตาม(ทำตามได้) ความถูกต้อง (ทำได้ถูกต้อง ควบคุมและลดความผิดพลาด) ความชัดเจน(เรียนรู้วิธีการถูกต้องตามขั้นตอน) ความเป็นธรรมชาติ (แสดงพฤติกรรมเป็นประจำเป็นอัตโนมัติจนกลายเป็นธรรมชาติ) (Bloom ,1976) การแสดงออกทางกาย การแสดงความชำนาญที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นบ่อย ๆ จนสามารถปฏิบัติได้ด้วยความรวดเร็ว และถูกต้อง (ล้วน สายยศและคณะ, 2543:42) การปฏิบัติตามกระบวนการโดยมี การวางแผนการเยี่ยมบ้าน การเตรียมเครื่องมือวัดความดันโลหิต การเตรียมตัวก่อนการเยี่ยมบ้าน การดำเนินการเยี่ยมบ้าน และหลังการเยี่ยมบ้าน เป็นไปตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง ในการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ให้มีความเข้าใจและตระหนักในการควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ โดยให้มารับการตรวจรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หมายถึง พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการออกเยี่ยมบ้าน มีการวางแผนการเยี่ยมบ้าน การเตรียมและการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การให้ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การแสดงถึงประโยชน์ของการมาตรวจตามนัดและผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัด การช่วยระบุช่องทางสำหรับการขอเลื่อนนัด การประเมินเบื้องต้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการลงบันทึกการเยี่ยมบ้าน มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้านอย่างถูกต้อง ตั้งแต่ก่อนการเยี่ยมบ้าน การดำเนินการเยี่ยมบ้าน และหลังการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ โดยให้มารับการตรวจรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อชะลอ

การเกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินพฤติกรรมแบบสังเกตโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสังเกตของ
พรเจริญ บัวพุ่มและคณะ(2556)



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดมารับการรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
2. แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ
3. การจัดบริการคลินิกความดันโลหิตสูงและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว Systolic Blood Pressure (SBP) หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว Diastolic Blood Pressure (DBP) เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มขึ้นทั้งสองค่าจากความดันปกติ เป็นเวลานาน โดยทั่วไปใช้การวัดความดันโลหิตต้นแขน ในท่านั่งพัก ความดันโลหิตตัวบนสูงเกินกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท.และ/หรือ ความดันโลหิตตัวล่างสูงเกินกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท.อย่างน้อย 2-3 ครั้งในเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

พยาธิสภาพและพยาธิสรีรวิทยา

ปัจจัยทางด้านกายภาพ พฤติกรรม สังคม สิ่งแวดล้อม และภาวะจิตใจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตที่สูงขึ้นและเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่กระทบกับความดันโลหิต ส่งผลต่อกลไกของร่างกายที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและแรงต้าน

การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย กลไกในร่างกายได้แก่ ระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin system) ระบบไหลเวียนเลือด และระบบการทำงานของไต ปรับชดเชยตามปัจจัยต่างๆเหล่านั้น ดังนี้

1. ค่าของปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดและความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือด อย่างใดอย่างหนึ่งสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น เพื่อให้เลือดไหลผ่านได้ เป็นผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

2. การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) มากกว่าปกติทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจและการหดตัวของเลือด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

3. ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin system) ระดับเรนินในเลือดสูงมีผลให้ angiotensin II สูง มีผลกระตุ้นให้หลอดเลือดดำหดตัวทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้นความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

4. ระบบไหลเวียนเลือด การเพิ่มการหลั่งของ aldosterone จากต่อมหมวกไต ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ไตเป็นผลให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

5. ระบบการทำงานของไต ผิดปกติ เช่น ความผิดปกติที่ไตส่งผลกระทบต่อการทำงานของหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือด กลไกของร่างกายจะไปกระตุ้นการทำงานของ renin-angiotensin-aldosterone system (RAA) ทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความต้านทานปลายทางเพิ่มขึ้น เช่น ไตวายเป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2548)

6. ต่อมใต้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (antidiuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนและฮอร์โมนดังกล่าว มีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรงจึงทำอันตรายต่อเยื่อภายในหลอดเลือดซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหดตัวมากขึ้น ความต้านทานปลายทางเพิ่มขึ้น (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2560)

อาการและอาการแสดงความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีอาการ หรืออาจมีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะและเหนื่อยง่าย ผิดปกติ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2559) อาจมีอาการหรืออาการแสดงที่ตรวจพบอื่นๆ ของ secondary hypertension, end organ damage เช่น มีระดับความดันโลหิตแกว่งขึ้น ๆ ลง ๆ ร่วมกับอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพักๆ ปวดหลังร่วมกับมีปัสสาวะขุ่นแดง ตันแขนและขามีอ่อนแรงเป็นพัก ๆ มีอาการนอนกรนผิดปกติ รูปร่างอ้วน หน้า

อุม มีไขมันที่หลังคอ หรือปัจจัยเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ร่วมด้วย จึงควรรวามประวัติกินยา สตีรอยด์ ยาชุด หรือยาถูกกลอนและตรวจร่างกาย ตามอาการที่มีดังกล่าว

ประเภทของความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่เป็น Primary hypertension ไม่ถึงร้อยละ 10 ที่เป็น secondary hypertension ซึ่งต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นพิเศษ ตามโรคที่เป็นเหตุปัจจัย

สามารถแบ่งประเภทความดันโลหิตสูงตามวิธีการวัดความดันโลหิตได้ดังนี้

1. ความดันโลหิตปกติ หรือ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (Sustained normotension or Controlled hypertension = normal office and home blood pressure) คือ วัดความดันโลหิตเฉลี่ยที่โรงพยาบาล ไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท และวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่เกิน 130/80 มม.ปรอท (JNC 7,2003)

2. ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Sustained hypertension or Uncontrolled hypertension = persistent high office and home blood pressure) หมายถึง ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่าระดับที่ควบคุมได้ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน หรือ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่า 130 / 80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง (JNC 7,2003)

3. ความดันโลหิตสูงเฉพาะในสถานพยาบาล (Isolated office hypertension) หรือ ความดันโลหิตสูงเมื่อเห็นเสื้อสีขาวของเจ้าหน้าที่ (White coat hypertension) คือ ผู้ป่วยจะมี ค่าความดันโลหิตที่วัดได้สูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท) ในขณะที่ daytime BP หรือความดันโลหิตเฉลี่ย 24 ชั่วโมง หรือ การวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเอง อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($< 135/85$ มม.ปรอท) พบภาวะนี้ได้ร้อยละ 15 ในประชากรทั่วไป และหนึ่งในสามหรือมากกว่าในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง ภาวะนี้พบบ่อยในผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อน คนสูงอายุ คนไม่สูบบุหรี่ ในผู้ป่วยที่เพิ่งจะเป็นความดันโลหิตสูง และในผู้ป่วยที่ได้รับการวัด office BP ไม่กี่ครั้ง ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงทาง metabolic ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายและจะเริ่มทำการให้ยารักษาเมื่อมีความเสี่ยงต่อการเกิด CVD สูง

4. ความดันโลหิตสูงเฉพาะที่บ้าน ที่ปก (Masked hypertension) หรือ ความดันโลหิตสูง ซ่อนเร้น = (normal office blood pressure but high home blood pressure) คือผู้ป่วยจะมี office BP ปกติ ($< 140/90$ มม.ปรอท) ในขณะที่ ABP และ home BP สูง พบได้ 1 ใน 7-8 รายที่มี office BP ปกติ ผู้ป่วยดังกล่าวจะมีอุบัติการณ์ของ TOD (target organ damage) และปัจจัยเสี่ยงทาง metabolic เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตปกติจริง จากการศึกษาติดตามในระยะยาวพบว่าผู้ป่วย

เหล่านี้จะมีความเสี่ยงต่อการตายใน 12 ปีเพิ่มขึ้น ทั้ง ABP และ home BP จะมีประโยชน์ในการตรวจหาภาวะนี้ในผู้ป่วยที่ clinic BP ไม่สูง แต่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD มาก

5. ความดันโลหิตสูงที่ต่อต้านการรักษา Resistant hypertension คือเป็นความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถควบคุมได้แม้จะให้การรักษาด้วยยาอย่างน้อย 3 ชนิด (ซึ่งโดยปกติจะมียาขับปัสสาวะอยู่ 1 ตัว) ในขนาดที่สามารถทนได้ดีที่สุด การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงที่ต่อต้านการรักษาควรจะทำหลังจากการประเมินอย่างละเอียดเพื่อตัดภาวะความดันโลหิตสูงที่ต่อต้านการรักษาแบบหลอก (pseudo-resistant hypertension) ออกไป

6. ความดันโลหิตสูงเฉพาะนอนหลับ (Nocturnal hypertension or non-dipper hypertension) คือประเภทหนึ่งของความดันโลหิตสูงซ่อนเร้น (Masked hypertension) แต่ความดันโลหิตสูงที่บ้านเฉพาะเวลานอนหลับ พบในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอน เช่น นอนกรนหยุดหายใจขณะนอนหลับ จะมีความดันโลหิตสูงทั้งคืนจนถึงเช้า พอบ่ายๆ เย็นๆ ความดันโลหิตก็กลับมาปกติต้องใช้วิธีวัดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมงอัตโนมัติ

7. Isolated Systolic Hypertension (ISH) คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบน 140 มม.ปรอทหรือสูงกว่า และมีความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 90 มม.ปรอท (BP > 140/<90 mm.Hg)

การวัดความดันโลหิต

ควรได้รับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ค่าความดันที่ถูกต้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ให้นั่งพักก่อนทำการวัดอย่างน้อย 5 นาที และควรงดดื่มชา กาแฟ และสูบบุหรี่ก่อนทำการวัดอย่างน้อย 30 นาที

2. เลือกเครื่องวัดความดันโลหิตไม่ว่าจะเป็นชนิดปรอทหรือดิจิตอล ที่ได้มาตรฐาน และผ่านการตรวจเช็คอย่างสม่ำเสมอ และควรเลือกใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย โดยถุงลมยาง (bladder) ที่ใช้จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนของผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับแขนคนทั่วไปใช้ arm cuff ที่มีถุงลมยางขนาด 12-13 ซม.x 35 ซม.

3. เริ่มด้วยการพัน arm cuff โดยให้พื้นที่ดันแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลมยาง ซึ่งมีเครื่องหมายวงกลมเล็ก ๆ ที่ขอบให้อยู่เหนือ brachial artery โดยขณะวัดควรให้ arm cuff อยู่ระดับแนวราบเดียวกับหัวใจ

4. ให้วัดระดับ SBP โดยการคลำก่อน บีบลูกยาง (rober bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมยางจนคล้ายชีพจรที่ brachial artery ไม่ได้ค่อย ๆ ปลดลมออกให้ปรอทในหลอดแก้วค่อย ๆ ลดระดับ

ลงในอัตรา 2-3 มม./วินาที จนคลำพบชีพจรได้ ถือเป็นระดับความดันตัวบน Systolic Blood Pressure คร่าวๆ

5. วัดระดับความดันโลหิตโดยการฟัง ให้วาง stethoscope เหนือ brachial artery แล้วบีบลมเข้าลูกยางให้ระดับปรอทเหนือกว่าความดันตัวบน ที่คลำได้ 20-30 มม.ปรอท หลังจากนั้นค่อยๆ ปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยิน (Korotkoff I) จะเป็นความดันตัวบน ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป (Korotkoff V) จะเป็นค่าความดันตัวล่าง Diastolic Blood Pressure

6. ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที หากระดับความดันโลหิตที่วัดได้ต่างกันไม่เกิน ± 5 มม.ปรอท นำ 2 ค่าที่วัดได้มาเฉลี่ย หากต่างกันเกินกว่า ± 5 มม.ปรอท ต้องวัดครั้งที่ 3 และนำค่าที่ต่างกันไม่เกิน ± 5 มม.ปรอทมาเฉลี่ย

7. แนะนำให้วัดแขนทั้ง 2 ข้าง ในการวัดระดับความดันโลหิตครั้งแรก สำหรับผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดระดับความดันโลหิตในท่ายืนด้วย โดยยืนแล้ววัดทันทีและวัดอีกครั้งหลังยืน 1 นาที หากระดับค่าความดันตัวบนในท่ายืนต่ำกว่าค่าความดันโลหิตตัวบนในท่ายืนมากกว่า 20 มม.ปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension การตรวจหา orthostatic hypotension จะมีความไวขึ้นหากเปรียบเทียบค่าความดันตัวบน ในท่านอนกับค่าความดันตัวบนในท่ายืน

การแบ่งระดับของความดันโลหิต

ในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ระดับความดันโลหิตสามารถจำแนกตามความรุนแรงได้ดังนี้

ตารางที่ 2.1 ระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิต (มม.ปรอท)

ระดับความดันโลหิต	ค่าความดันที่คลินิกหรือโรงพยาบาล		ค่าความดันโลหิตวัดด้วยตนเองที่บ้าน (มม.ปรอท.)
	ค่าความดันตัวบน (มม.ปรอท.)	ค่าความดันตัวล่าง (มม.ปรอท.)	
ความดันเหมาะสม (optimal)	< 120 และ	> 80	ความดันปกติ (135/85)
ความดันปกติ (normal)	120-129 และ/หรือ	80-84	
ความดันเริ่มสูงกว่าปกติ (High normal)	130-139 และ/หรือ	85-89	
ความดันสูงระดับที่ 1 (mild hypertension)	140-159 และ/หรือ	90-99	135-149/85-94

ตารางที่ 2.1 ระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิต (มม.ปรอท) (ต่อ)

ระดับความดันโลหิต	ค่าความดันที่คลินิกหรือโรงพยาบาล		ค่าความดันโลหิตวัดด้วยตนเอง/ที่บ้าน (มม.ปรอท.)
	ค่าความดันตัวบน (มม.ปรอท.)	ค่าความดันตัวล่าง (มม.ปรอท.)	
ความดันสูงระดับที่ 2 (moderate hypertension)	160-179 และ/หรือ	100-109	ความดันสูงระดับที่ 2 ขึ้นไป $\geq 150/95$
ความดันสูงระดับที่ 3 (severe hypertension)	≥ 180 และ/หรือ	≥ 110	
ความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าตัวบน	≥ 140 และ	< 90	

หมายเหตุ

- เมื่อค่าความดันตัวบน และค่าความดันตัวล่าง อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์
- ความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าตัวบนก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกัน โดยใช้เฉพาะค่าความดันตัวบนเป็นเกณฑ์ ในผู้ที่มีอายุ ≥ 80 ปี ค่าความดันที่บ้านช่วง daytime (08.00-22.00 น.) ที่จัดว่าเป็นความดันสูงคือ $\geq 145/85$ มม.ปรอท
(ที่มา : แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป, 2554:1-13)

เป้าหมายของการลดความดันโลหิต

- ในผู้ป่วยทั่วไปให้ BP $< 140/90$ มม.ปรอท
- ในผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตให้ BP $< 130/80$ มม.ปรอท
- ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ให้ BP $< 150/90$ มม.ปรอท

ข้อแนะนำในการติดตามผู้ป่วย

ความถี่ในการติดตามผู้ป่วยจะขึ้นกับระดับความดันโลหิตที่วัดได้ตอนเริ่มแรก

ตารางที่ 2.2 ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)		ระยะเวลานัด
SBP	DBP	
<120	<80	ตรวจวัดระดับความดันโลหิตใหม่ใน 1 ปี
120-139	80-89	ตรวจวัดระดับความดันโลหิตใหม่ใน 6 เดือน
140-159	90-99	ตรวจยืนยันว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงใน 2 เดือน
160-179	100-109	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายใน 1 เดือน
≥180	≥110	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพผู้ป่วย

(ที่มา : แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป, 2554:1-13)

ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนี้

1. อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิต เท่ากับ 120/70 มม.ปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิตอาจเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 มม.ปรอท แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/70 มม.ปรอท เท่าเดิมก็ได้

2. เวลา ความดันโลหิตจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน เช่น ตอนเช้าความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) อาจวัดได้ 130 มม.ปรอท ขณะที่ ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มม.ปรอท เป็นต้น

3. จิตใจและอารมณ์ พบว่ามีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน

4. เพศ พบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง

5. พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ที่เคร่งเครียด ก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

6. สภาพภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท

7. เชื้อชาติ พบว่าชาวแอฟริกันอเมริกันมีความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว

8. เกลือ ผู้ที่กินเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่กินเกลือน้อย

ภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง

ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ความดันโลหิตสูงอยู่นาน ๆ มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่

1. หลอดเลือดหัวใจ หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวและถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผนังหัวใจจะยืดยาว ทำให้เกิดหัวใจห้องล่างโต (left ventricular hypertrophy/LVH) และอาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีเจ็บแน่นหน้าอก ถ้าเป็นรุนแรงอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ในที่สุดโดยมีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจตรวจพบหัวใจเต้น >120 ครั้ง/นาที และจังหวะไม่สม่ำเสมอจากหัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว

2. หลอดเลือดสมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก ทำให้เป็นอัมพาตหรือในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตก ก็อาจจะเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเป็นเรื้อรัง อาจกลายเป็นโรคสมองเสื่อม สมาธิสั้นลง ในรายมีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการปวดหัว ซึม เพ้อ ชักหรือหมดสติได้ เรียกว่า hypertensive encephalopathy

3. หลอดเลือดที่ไต มีหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดอาจไปเลี้ยงไตไม่พอ เนื่องจากหลอดเลือดไตเสื่อม ทำให้ไตวายเรื้อรังและภาวะไตวายจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอีก กลายเป็นวงจรที่เลวร้าย การตรวจปัสสาวะจะพบสารไข่ขาว (albumin) ตั้งแต่ 2+ ขึ้นไป การเจาะเลือดทดสอบการทำงานของไตจะพบระดับสารปัสยูเรียม (BUN) และครีอะตินีน (creatinine) สูง

4. หลอดเลือดที่ตา หลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบต่อมาจะแตก อาจมีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือ ตาบอดได้ ซึ่งสามารถใช้เครื่องส่องตา (ophthalmoscope) ตรวจดูความผิดปกติภายในลูกตาได้

5. หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และภาวะเลือดเกาะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งอาจเกิดภาวะอันตรายถึงตายได้

นอกจากนี้หลอดเลือดแดงส่วนที่มาเลี้ยงขาและปลายเท้า ก็อาจเกิดภาวะแข็งตัวและตีบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย ทำให้เลือดไปเลี้ยงขาและปลายเท้าได้น้อย อาจมีอาการเป็นตะคริวบ่อย หรือปวดน่องขณะเดินมาก ๆ หากหลอดเลือดแดงเกิดอุดตันก็อาจทำให้นเนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือด และกลายเป็นเนื้อตายเน่าได้

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะเกิดขึ้นรุนแรงหรือรวดเร็วเพียงใดขึ้นกับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้าความดันมีขนาดสูงมาก ๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็ว และผู้ป่วยอาจตายได้ภายในเวลาไม่กี่ปี (ถ้ารุนแรงมากอาจตายภายใน 6-8 เดือน) ส่วนในรายที่เป็นเล็กน้อย หากปล่อยไว้ไม่รักษาอาจใช้เวลา 7-10 ปี ในการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ถ้าสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ก็อาจป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ หรือทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นลดความรุนแรงลงได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย (เช่นเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ) สูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์จัด ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้น จึงควรควบคุมโรคและพฤติกรรมเหล่านี้ควบคู่กันไปด้วย

การรักษาความดันโลหิตสูง

1. สำหรับผู้ที่มีความดันช่วงบน 130-139 และ/หรือช่วงล่าง 80-89 มม.ปรอท ควรแนะนำการปรับพฤติกรรมโดยไม่ต้องใช้ยาลดความดัน และติดตามวัดความดันใน 1 ปี ส่วนผู้ที่เป็นเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย ถ้าปรับพฤติกรรมเป็นเวลา 3 เดือนแล้วยังไม่สามารถคุมความดันได้ตามเป้าหมาย (<130/80 มม.ปรอท) ให้รักษาด้วยยาลดความดัน

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ แนะนำให้ปรับพฤติกรรม และติดตามวัดความดันทุก 6-12 เดือน ยังไม่สามารถคุมความดันได้ตามเป้าหมาย จึงเริ่มให้ยาลดความดัน

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ที่มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือที่มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง แนะนำให้ปรับพฤติกรรม และควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง(เช่นเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อ้วน เป็นต้น) ติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน นาน 3-6 เดือน ถ้ายังคุมความดันไม่ได้ตามเป้าหมาย จึงเริ่มให้ยาลดความดัน

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 3 ทุกคน และผู้มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปหรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะ/โรคที่สัมพันธ์กับ

โรคความดันโลหิตสูงทุกคน(ไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงระดับใดก็ตาม) ควรเริ่มให้ยาลดความดันเมื่อแรกพบ ร่วมกับปรับพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง

5. ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

5.1 ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (hypertensive emergencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน > 180 และ/หรือช่วงล่าง >120 มม.ปรอท ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของอวัยวะสำคัญ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตครึ่งซีกที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น ควรส่งโรงพยาบาลด่วน จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลและให้ยาลดความดัน โดยค่อย ๆ ลดความดันให้เหลือ 160/100 มม.ปรอท ภายใน 2-6 ชั่วโมงต่อมา ระวังยาลดความดันเร็วเกินไป อาจทำให้เซลล์สมองหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงยับยั้งได้

5.2 ความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (hypertensive urgencies) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน > 180 และ/หรือช่วงล่าง >120 มม.ปรอท ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะรุนแรง เลือดกำเดาไหล หรือมีความวิตกกังวลรุนแรงควรส่งโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องให้ยาลดความดันออกฤทธิ์เร็ว กินทันที หรือให้ยาลดความดันหลายชนิดกินทันที ให้ความดันลดลงภายใน 24-48 ชั่วโมง

การรักษาความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. การให้ยาลดความดัน

การปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1. ลดน้ำหนัก ให้ดัชนีมวลกาย < 25 กก./ม²
2. ลดการบริโภคโซเดียม/อาหารเค็ม
 - 2.1 จำกัดเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) < 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา/วัน
 - 2.2 ลดการบริโภคอาหารที่ใส่ผงฟู (เช่นขนมปัง ขนมถ้วยฟู ขนมสาลี่) ผงชูรส (sodium monoglutamate) และสารกันบูด(sodium benzoate เช่น อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป) รวมทั้งโซเดียมไบคาร์บอเนต (เช่น ยาธาตุน้ำแดง ยาเม็ด โซดาไม้นต์)
3. บริโภคอาหารควบคุมความดัน
 - 3.1 กินผักและผลไม้ให้มาก ๆ
 - 3.2 กินผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำ

3.3 ลดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล

3.4 กินเมล็ดธัญพืช ปลา ถั่วต่าง ๆ ให้มากๆ

3.5 ลดเนื้อสัตว์ใหญ่ (เนื้อแดง) น้ำตาล ของหวาน

4. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ จักรยาน ว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ 30 นาทีและเกือบทุกวัน

5. งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์

5.1 ผู้ชายดื่มไม่เกินวันละ 2 หน่วยการดื่ม (drink) เทียบเท่าวิสกี้ 90 มล. ไวน์ 300 มล. หรือเบียร์ 720 มล.

5.2 ผู้หญิงดื่มไม่เกินวันละ 1 หน่วยการดื่ม

6. งบบุหรี่และยาเม็ดยาคุมกำเนิด

7. ฝึกผ่อนคลายความเครียดและบริหารจัดการ เช่น สวดมนต์ ฝึกสมาธิ โยคะ รำมวยจีน ชี่กง เล่นดนตรี ร้องเพลง ทำงานอดิเรก เป็นต้น

การใช้ยารักษาความดัน

การเลือกชนิดของยาลดความดันโลหิต มีบางภาวะที่เหมาะสมจะใช้ยาหรือห้ามใช้ยาบางชนิด หลักของการใช้ยามีดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์หลักของยาลดความดันโลหิตเกิดจากการลดความดันโลหิตโดยตรง

2. ยาลดความดันโลหิตมี 5 กลุ่มหลักคือ diuretic, calcium antagonist (CA), ACE-inhibitor (ACEI) angiotensin receptor blocker (ARB) และ β -blocker (BB) เหมาะสมที่จะใช้เป็นยาเริ่มต้นและให้ต่อเนื่องได้ทั้งการใช้นานเดี่ยว และหลายขนานร่วมกันไม่ควรใช้ BB โดยเฉพาะให้ร่วมกับยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) หรือในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานสูง

3. เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการยามากกว่า 1 ขนาน การเน้นว่าควรใช้ยาในกลุ่มใดก่อนจึงไม่มีประโยชน์ อย่างไรก็ตามมีหลายภาวะที่มีหลักฐานว่ายาบางชนิดจะได้ประโยชน์มากกว่าและเหมาะสมในการใช้เป็นยาเริ่มต้น หรือให้ร่วมกับยาอื่น

4. การเลือกยานานเดี่ยวหรือยาหลายขนานรวมกัน รวมทั้งการหลีกเลี่ยงยาบางชนิด ควรพิจารณาจากสิ่งต่อไปนี้

- ประสิทธิภาพที่ชอบหรือไม่ชอบยาบางชนิดของผู้ป่วย

- ผลของยาต่อปัจจัยเสี่ยงในการเกิด CVD โดยพิจารณาให้ยาที่เหมาะสมกับปัจจัยเสี่ยงที่

ผู้ป่วย มีอยู่

- ยาบางชนิดจะมีความเหมาะสมกว่า เมื่อตรวจพบ subclinical organ damage, CVD, โรคไต หรือโรคเบาหวาน

- การพบความผิดปกติอื่นๆ ซึ่งอาจจำกัดการใช้ยาลดความดันโลหิตบางชนิด

- การเกิดปฏิกิริยากับยาที่ใช้รักษาภาวะอื่น นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง

- ราคา ยา ซึ่งอาจเป็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายหรือหน่วยงานสาธารณสุข แต่การพิจารณา ราคาไม่ควรมีความสำคัญกว่าประสิทธิผล, ฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการป้องกันการเกิด CVD ให้ผู้ป่วยบางราย

5. ควรสนใจติดตามฤทธิ์ข้างเคียงของยา เพราะเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยา ยาต่างๆ จะมีฤทธิ์ข้างเคียงไม่เท่ากันในผู้ป่วยแต่ละราย

6. ยาลดความดันโลหิตที่ใช้ควรมีฤทธิ์ตลอด 24 ชั่วโมง ตรวจได้โดย office BP หรือ home BP ในขณะที่ยากำลังจะหมดฤทธิ์ (trough) หรือ โดย ambulatory BP monitoring

7. ควรเลือกยามีผลในการลดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมง ที่รับประทานเพียงวันละครั้ง เพราะบริหารง่ายและทำให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องได้ง่าย (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2550)

ยาแต่ละกลุ่มมีดังนี้

1. Diuretics ยาขับปัสสาวะ hydrochlorothiazide ใช้ได้ดีในผู้ป่วยบวม รับประทานอาหารเช้า ผู้สูงอายุ; isolated systolic hypertension - Furosemide ใช้ได้ดีในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรังทั้ง hydrochlorothiazide และ furosemide ทำให้เกิดระดับโปแตสเซียมในซีรัมต่ำ อ่อนเพลีย จากเสียน้ำมากไป เสียโซเดียม ทำให้ซึมจาก hyponatremia - Spironolactone ช่วยไตเก็บโปแตสเซียม ใช้ได้ดีในผู้ป่วย Primary Aldosteronism ก่อนผ่าตัด หรือไม่อยากผ่าตัด ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ระวังการเกิด hyperkalemia โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้ร่วมกับ ACE-I, ARB ยาขับปัสสาวะจะเพิ่มฤทธิ์ให้กับยาลดความดันโลหิตอื่น (synergistic) ทำให้ความดันโลหิต ลดลงมากยิ่งขึ้นด้วย

2. Adrenergic inhibitors

- Betablocker ออกฤทธิ์กดกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความดันโลหิต และหัวใจเต้นช้า ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับ CAD (coronary artery disease) ; หัวใจเต้นเร็ว ; หัวใจล้มเหลวที่ควบคุมได้แล้ว ไม่ใช่ในผู้ป่วยหอบหืด (asthma), heart block, หัวใจเต้นช้า, และใน frank overt heart failure

- Anti-adrenergic agents เช่น

: alpha-methyl dopa, ใช้ได้ดีในหญิงตั้งครรภ์

: clonidine ใช้ได้ดีในผู้ป่วยนอนไม่หลับ แต่ถ้าใช้ยานี้ขนาด >150 ไมโครกรัม/วัน นานกว่า 6 อาทิตย์ แล้วหยุดยาทันทีอาจเกิด hypertensive crisis ได้

: alpha-1 blocker เช่น prazosin ใช้ดีในผู้ป่วย BPH (benign prostatic hypertrophy) ยา prazosin นี้มี first dose effect ดังนั้นใช้ครั้งแรกเริ่ม ขนาดยาไม่เกิน 1 มิลลิกรัม

3. Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE-I) ยานี้ออกฤทธิ์ block ที่ angiotensin converting enzyme ทำให้ angiotensin I ไม่สามารถเปลี่ยนเป็น angiotensin II ได้ ยา ACE-I นี้ขยายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ แต่ขยายหลอดเลือดแดงมากกว่า และขยาย ทั้ง afferent และ efferent arterioles ลด proteinuria (ref 11,12) จาก probable decrease intraglomerular pressure ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีหัวใจล้มเหลว(ref); หลังกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (อ้างอิง) เบาหวาน(อ้างอิง) โรคไตเรื้อรัง (creatinine ไม่ควรเกิน 3-4 มก./ดล.: พ.ญ.วิไล) และลดการ เกิด เบาหวานด้วย(อ้างอิง) ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์, hyperkalemia, bilateral renal artery stenosis, renal artery stenosis of a solitary kidney ส่วนผลแทรกซ้อนคือไอ, ACE-I นั้นมีทั้งฤทธิ์ short acting เช่น captopril ส่วน long acting เช่น enalapril

4. Angiotensin II receptor blocker (ARB) โดยทั่วไป Angiotensin II จะไปจับกับ AT1 receptor ทำให้เกิด vasoconstriction, vascular smooth muscle proliferation, aldosterone secretion, cardiac myocyte proliferation, increase sympathetic tone ผลคือ เกิดความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจหนา ยานี้ออกฤทธิ์ไปจับกับ AT1 receptor ทำให้ ความดันโลหิตลดลง ยากลุ่มนี้ ใช้ได้ดีเหมือน ACE-I รวมทั้ง contra-indication โดยยากลุ่มนี้ไม่ไอ (ไอเท่ากับ placebo) ยากลุ่มนี้เป็นยากลุ่มใหม่กำลังถูกศึกษาเป็นอย่างมาก เช่น จาก LIFE Study (อ้างอิง) นั้น Losartan ลดการเกิด อัมพาตได้ดีกว่า atenolol ช่วยลดการเกิด new onset of atrial fibrillation (Losartan; condesartan : CHARM) ลดการเกิด new onset of DM เป็นต้น

5. Calcium channel blockers (CCB) ออกฤทธิ์โดย inhibit calcium เข้า cell แบ่งเป็น Non-dihydropyridine group เช่น verapamil, diltiazem ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ anti-arrhythmia ด้วย และกด กล้ามเนื้อหัวใจ ใช้ได้ในผู้ป่วย stable angina, ลด proteinuria Dihydropyridine group ยากลุ่มนี้ลด ความดันโลหิตได้ดี แต่อาจทำให้บวมได้ เช่น เท้าบวม ยาทั้งกลุ่ม CCB นี้ ใช้ได้ดีใน Isolated systolic hypertension ทำให้ท้องผูกได้ ยกเว้น diltiazem

6. Direct vasodilators เช่น ยา hydralazine, minoxidil ยากลุ่มนี้ ออกฤทธิ์ขยาย หลอด เลือดแดง ทำให้ลดความดันโลหิต แต่เกิด salt – water retention ได้ เกิดเท้าบวม ยา hydralazine ใช้ได้ดีในหญิงตั้งครรภ์, ydralazine + nitrate เป็น alternative choice ในการรักษา กล้ามเนื้อหัวใจ

ล้มเหลว ถ้าผู้ป่วยใช้ยา ACE-I และ ARB ไม่ได้ ยา hydralazine ไม่ควร ใช้ในผู้ป่วย Systemic lupus erythematosus (SLE) เพราะอาจเกิด LE like syndrome ได้ ส่วนยา minoxidil ช่วยทำให้ผมงอกได้ (พีระ บุรณะกิจเจริญ,2550)

ตารางที่ 2.3 Conditions favouring use of some antihypertensive drugs versus others

Thiazide diuretics

- Isolated systolic hypertension (elderly)
- Heart failure
- Hypertension in blacks

Loop diuretics

- End stage renal disease
- Heart failure

Diuretics (antialdosterone)

- Heart failure
- Post-myocardial infarction

Beta-blockers

- Angina pectoris
- Post-myocardial infarction
- Heart failure
- Tachyarrhythmias
- Glaucoma
- Pregnancy

Calcium antagonists (dihydropyridines)

- Isolated systolic hypertension (elderly)
- Angina pectoris
- LV hypertrophy
- Carotid/Coronary Atherosclerosis
- Pregnancy
- Hypertension in blacks

Calcium antagonists (verapamil/diltiazem)

- Angina pectoris
- Carotid atherosclerosis
- Supraventricular tachycardia

ACE inhibitors

- Heart failure
- LV dysfunction
- Post-myocardial infarction
- Diabetic nephropathy
- Non-diabetic nephropathy
- LV hypertrophy
- Carotid atherosclerosis
- Proteinuria/Microalbuminuria
- Atrial fibrillation
- Metabolic syndrome

Angiotensin receptor antagonists

- Heart failure
- Post-myocardial infarction
- Diabetic nephropathy
- Proteinuria/Microalbuminuria
- LV hypertrophy
- Atrial fibrillation
- Metabolic syndrome
- ACEI-induced cough

(ที่มา : พีระ บุรณะกิจเจริญ,2550:15-16.)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เริ่มปรากฏในวรรณกรรมภาคการสาธารณสุข ประมาณกลางทศวรรษที่ 80 ส่วนหนึ่งเป็นอิทธิพลมาจากกระแสการพัฒนาทางเลือก เช่นการพัฒนาชุมชน (community development) สตรีศึกษา (feminist) การศึกษาผู้ใหญ่ (adult education) และการพัฒนาหลังยุคอาณานิคม (post colonial era) (Anderson,1996;UNDP,1998;WHO1978) การปรับกระบวนการทัศน์เรื่องการพัฒนาชุมชน ซึ่งให้ความสำคัญในการพัฒนาคน การพัฒนาจากล่างขึ้นบน (people-centered, bottom up development) กระบวนทัศน์การพัฒนาชุมชนใหม่มีอิทธิพลต่อการประกาศแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) ของ WHO ในปี.ศ. 2521 ซึ่งมีแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) เป็นแนวคิดหลัก แะต่อมาแนวคิดการมีส่วนร่วมได้ถูกตีความว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือ การร่วมในการตัดสินใจหรืออำนาจในการตัดสินใจ หรือการสร้างพลังอำนาจ ดังนั้นการให้ชุมชนมีส่วนร่วมจึงหมายถึง การให้อำนาจในการตัดสินใจ (empowerment) (Oakley & Marsden, 1984; Oakley, 1989;WHO,1988)

กล่าวได้ว่าพัฒนาการของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสุขภาพ เริ่มมาตั้งแต่การประกาศแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน จากการศึกษาที่ WHO เห็นการให้ความสำคัญกับการรักษาโรคไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในภาพรวมได้ เพราะเป็นการให้บริการคนเพียงจำนวนน้อย มีลักษณะเป็นการตั้งรับกับปัญหา และเป็นบริการให้กับระดับปัจเจกที่ป่วยแล้วเข้ามาขอความช่วยเหลือจากระบบบริการ นอกจากนี้ยังเป็นบริการที่เน้นการรักษาโรคเป็นหลัก ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงชีววิทยาทางการแพทย์ (bio-medical model) ที่เป็นแนวคิดแยกส่วน (fragmented) มากกว่าความเป็นองค์รวม ขณะที่ปัจจุบันแนวโน้มปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อ แต่โรคที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร เป็นต้น และบ่อยครั้งที่ปัญหาสุขภาพเป็นผลจากนโยบาย และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เช่นนโยบายการสร้างฝายเก็บน้ำทำให้บางครอบครัวสูญเสียที่ดินทำกิน ต้องเปลี่ยนอาชีพจากเกษตรกรรมไปเป็นแรงงานรับจ้างในเมือง รายได้ไม่พอรายจ่าย ครอบครัวต้องแยกกันอยู่ ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและสังคมตามมา เป็นต้น การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องการแนวคิดเชิงสังคมศาสตร์ เพื่อให้เข้าใจคนและสังคมของเขาอย่างเป็นองค์รวมและการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดก็คือ ให้คนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ให้เขาตระหนักว่าเขามีบทบาท มีความรับผิดชอบ ช่วยให้เราตัดสินใจที่จะเลือกทางเดินชีวิตที่ถูกต้อง หรือเรียกว่าเป็นการสาธารณสุขแนวใหม่ (new public health) ซึ่งสุขภาพดีจะมีความหมายกว้างกว่าไม่เจ็บป่วยเท่านั้น (reorientation of health) แต่สุขภาพจะเชื่อมโยงกับสันติภาพ ความยุติธรรมในสังคม โอกาสการศึกษา ดังที่ระบุในกฎบัตรรอตตาวา (Wallerstein, 1992)

ความสำคัญของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเริ่มชัดเจนมากขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2529 องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป (WHO-EURO) ประกาศกฎบัตรออกตาวา เรื่องการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ หรือการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งนิยามการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็น “กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง” โดยคำนิยามนี้ การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการเพิ่มสมรรถนะ หรือศักยภาพในการที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง และในกฎบัตรออกตาวาได้ระบุชัดเจนว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นหัวใจของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (WHO,1986)

กิบสัน(Gibson, 1991) ได้วิเคราะห์แนวคิดการสร้างพลังอำนาจว่าเป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งมีความซับซ้อนและมีหลายองค์ประกอบ และมองว่าการสร้างพลังอำนาจเป็นทั้งกระบวนการ และผลลัพธ์ ในแง่ของกระบวนการ การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ทำให้คนเกิดความตระหนัก ส่งเสริมความสามารถของคนให้แก้ปัญหาของตนเอง ตอบสนองความต้องการของตนเอง และจัดการทรัพยากรเพื่อให้สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ สำหรับในแง่ของผลลัพธ์ พลังอำนาจเป็นศักยภาพ หรือเป็นความสามารถ (นิศย์ ทศนิยมและคณะ,2555)

ต่อมา กิบสัน ได้พัฒนาโมเดลการสร้างพลังอำนาจ จากการวิจัยในกลุ่มมารดาที่มีบุตรเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาท และให้นิยามว่าการสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มารดาสามารถต่อรอง มีสิทธิ์มีเสียงที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูล และมีอำนาจที่จะร่วมตัดสินใจในการรักษาของแพทย์ ความรู้สึกมีพลังอำนาจนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลบุตร การได้พิจารณาข้อมูล ได้ใคร่ครวญ ไตร่ตรองจนเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ และกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นต่อแพทย์ผู้ให้การรักษา(Gibson, 1995; 1999) กิบสันได้สรุปกระบวนการเรียนรู้ หรือกระบวนการสร้างพลังอำนาจไว้เป็น 4 ขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน ดังนี้ 1) การค้นพบความจริง(discovering reality)การได้เข้าใจความจริงจากการมีประสบการณ์ตรง และเป็นผู้ได้รับผลโดยตรงในฐานะแม่ 2) การได้สะท้อนคิด (critical reflection)การได้ใคร่ครวญ เมื่อเผชิญกับความคับข้องใจกับการเจ็บป่วยของบุตร ความขัดแย้งของความคิดกับแพทย์ ทำให้มารดาต้องเผชิญหน้า และต้องพูดคุยทั้งกับแพทย์กับครอบครัว และกับตัวเอง กระบวนการนี้ช่วยให้ได้ตรวจสอบข้อมูล ความเชื่อ ค่านิยม ความรู้สึก ทศนคติ และประสบการณ์ของตนเอง ทำให้เข้าใจสถานการณ์ เข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่น ได้ดีขึ้น 3) ความตระหนักถึงความรับผิดชอบ (taking change) หลังการยอมรับสถานการณ์ได้ดีขึ้น มารดาก็จะเกิดความตระหนักในบทบาท และความรับผิดชอบของตนที่จะต้องจัดการกับปัญหา และ 4) เกิดความมุ่งมั่นที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง (holding on) การศึกษานี้ทำให้กิบสันสรุปว่ากระบวนการสร้างพลังอำนาจเป็นการเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติ (participatory competence) ในช่วงระยะเวลาหนึ่งจนทำให้ตกผลึกทางความคิด และเกิดการพัฒนา (นิศย์ ทศนิยมและคณะ,2555)

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการสร้างพลังอำนาจมีได้หลายระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน และในแต่ละระดับประเด็นหลักของพลังอำนาจจะมีความแตกต่างกันออกไป เช่น ในระดับปัจเจก พลังอำนาจจะเกี่ยวข้องกับความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) ความรู้สึกที่ตนเองสามารถจัดการปัญหาในชีวิตของตนเองได้ (self-efficacy) สำหรับในระดับครอบครัวลักษณะพลังอำนาจก็จะมีประเด็นอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่อำนาจด้านสังคม (social power) เช่นอำนาจที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยผลิตภาพของครอบครัว เช่นการเข้าถึงข้อมูล ความรู้และทักษะในการทำมาหาเลี้ยงชีพ การมีส่วนร่วมในสังคม และการตัดสินใจในเรื่องการใช้จ่ายเงิน และการตัดสินใจในเรื่องต่างๆของครอบครัว สำหรับในระดับกลุ่มและชุมชน หรือระดับสูงกว่านั้นพลังอำนาจก็จะเป็นประเด็นเกี่ยวกับอำนาจต่อรอง อำนาจในการตัดสินใจ อำนาจทางการเมือง (political power) เช่นการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย หรืออำนาจในการเข้าถึงทรัพยากรเป็นต้น (Perkins, 1995) กระบวนการนี้จึงมีการพัฒนาต่อเนื่อง และทุกระดับจะมีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน จากระดับปัจเจกไปเป็นกลุ่ม และระดับชุมชนตามลำดับ (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

วิธีการหนึ่งที่ใช้ในการอธิบายแนวคิด ทำได้โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แนวคิด (concept analysis) เป้าหมายของการวิเคราะห์แนวคิดก็เพื่อสรุปคุณลักษณะที่สำคัญของแนวคิดนั้นๆ คุณลักษณะที่มีความเฉพาะเจาะจงจะช่วยให้เห็นองค์ประกอบ ขอบเขต และบริบทของแนวคิดได้ชัดเจน ตลอดจนเห็นความเชื่อมโยงกับแนวคิดอื่นๆ การวิเคราะห์แนวคิด เริ่มจากการกำหนดแนวคิดที่ต้องการวิเคราะห์ ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการให้คำอธิบายและการนำแนวคิดไปใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน แล้วนำมาสรุปจัดกลุ่มเป็นคุณลักษณะที่สำคัญ (attributes) หรือคำอธิบายคุณลักษณะที่สำคัญและจำเป็นของแนวคิดนั้นๆ รวมถึงปัจจัยนำ (antecedents) และผลลัพธ์ (consequences) (Doohar & Byrt, 2005) ผลการวิเคราะห์แนวคิดการสร้างพลังอำนาจสรุปได้ดังภาพ (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

ตารางที่ 2.4 การวิเคราะห์แนวคิดของการสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยนำ (Antecedents)	คุณลักษณะ (Attributes)	ผลลัพธ์ (Consequences)
<ul style="list-style-type: none"> ● สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ กับผู้ป่วย; การสื่อสาร การรับฟัง ความไว้วางใจ ● การให้ข้อมูลบทบาทผู้สนับสนุนหรือวิทยากร ● กระบวนการ (facilitator) ● อำนาจและสิทธิเท่าเทียม (moving balancer power) ● การปฏิบัติกิจกรรม (action) ● การเรียนรู้จากประสบการณ์การเรียนรู้จากการปฏิบัติ(experiential learning/learning by doing) 	<ul style="list-style-type: none"> ● การมีส่วนร่วม (participation) ● ความร่วมมือ (collaboration) ● การทำงานแบบภาคี (partnership) ● ความตระหนัก (awareness/consciousness) ● ความสามารถ ศักยภาพ (capability, ● ความสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (transformation) ● การตัดสินใจ (decision making) ● ความรับผิดชอบ (responsibility) ● ความมุ่งมั่น (commitment) ● ความเป็นอิสระ การปลดปล่อย (liberation) ● ความรู้สึกที่ตนเองสามารถควบคุม จัดการกับสถานการณ์ได้ (sense of control, in dependency) ● ความรู้สึกพึ่งตนเอง(self-reliance) มั่นใจในตนเอง(self-confidence) ● การเรียนรู้ การพัฒนา (growth)competency) 	<ul style="list-style-type: none"> ● สุขภาพ ● คุณภาพชีวิต ● มีความหวัง

(ที่มา : นิตย ทัศนนิคม, และคณะ, 2555:.)

แนวคิดของเปาโล แพร์

แพร์พัฒนาแนวคิดนี้จากกิจกรรมการสอนคนในสลัมในประเทศบราซิลให้รู้หนังสือในช่วงปลายทศวรรษที่ 50 จากมุมมองและความเชื่อของความไม่เท่าเทียมทางสังคม ทำให้เขาพยายามที่จะใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือสอนให้คนรู้หนังสือ เพื่อเป็นหนทางที่จะทำให้ผู้ด้อยโอกาสได้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ปลดปล่อยตนเองจากพันธนาการของความไม่เท่าเทียม และได้เรียนรู้ที่จะมีอิสรภาพ (liberation) เป็นตัวของตัวเอง เขาเสนอว่ากลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ถูกกดขี่ในสังคมควรจะถูกลุกให้ตื่น โดยให้คนที่ตกอยู่ในสภาวะเดียวกันมารวมกลุ่ม เพื่อร่วมกันทำความเข้าใจสถานการณ์ของสังคม และวิเคราะห์ว่าสาเหตุว่าสาเหตุของความไม่เท่าเทียมคืออะไร แล้วช่วยกัน

ทำงานเพื่อแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้น ในช่วงทศวรรษที่ 70 แนวคิดของแฟร์ได้รับการยอมรับมากในสหรัฐอเมริกาและประเทศแถบแอฟริกา ในแง่ของเป็นกระบวนการศึกษาเพื่อประชาชน เป็นแนวคิดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่รุนแรง (radical, revolutionary pedagogy) และทำให้ผู้ด้อยโอกาสได้เกิดความตระหนัก ได้ร่วมกันจัดการแก้ปัญหาของตนเองที่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ซึ่งเป็นหนทางนำไปสู่การสร้างพลังอำนาจ (นิตย ทัศนนิยมและคณะ, 2555)

แนวคิดของแฟร์มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การสร้างความตระหนัก การกระทำ (action) และการสะท้อนคิด ซึ่งเขาเรียกว่า praxis เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (transformation) และมีกลวิธีหลักคือการเสวนา (dialogue) (นิตย ทัศนนิยมและคณะ, 2555)

องค์ประกอบหลักของแนวคิดของแฟร์คือการสร้างความตระหนัก แฟร์เรียกว่า critical consciousness หรือ conscientization ซึ่งเขาอธิบายว่า หมายถึงความสามารถที่รับรู้ภาวะทางด้านสังคม การเมือง และเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสถานการณ์ความไม่เท่าเทียมหรือความไม่เป็นธรรมทางสังคม ความตระหนักจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้คนที่ตกอยู่ในสถานะเดียวกันได้มีโอกาสมาพูดคุย เสวนา เพื่อยกระดับความเข้าใจสถานการณ์ การเสวนาจึงเป็นเครื่องมือ เป็นกลวิธีในการสร้างความตระหนัก ลักษณะสำคัญของการเสวนาจะต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เป็นการสื่อสารที่อิสระ มีสิทธิที่เท่าเทียมกัน และเปิดกว้าง เน้นประเด็นวิเคราะห์สถานการณ์และบริบททางสังคมในสถานการณ์นั้นๆ จะทำให้ผู้ร่วมเสวนาได้เข้าใจสาเหตุต้นตอของปัญหานั้น และเมื่อได้ประจักษ์ในผลการวิเคราะห์แล้ว ก็จะนำไปสู่การร่วมปฏิบัติการ (action) เพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น ซึ่งจะเป็ผลข้อที่สองของการเสวนา และแฟร์เรียกการปฏิบัตินี้ว่า praxis

Praxis ถูกนิยามว่าเป็นกระบวนการผสมผสานระหว่างการทำกิจกรรมและการสะท้อนคิด (action and reflection) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในปัจเจกและในกลุ่ม การทำกิจกรรมแล้วมาสะท้อนคิดร่วมกันอย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้จะมีลักษณะคล้ายการประเมินผลไปในตัว ถ้าประสบความสำเร็จก็จะได้กำลังใจ เป็นการฉลอง แต่ถ้าไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่คาดหวังก็จะได้ร่วมกันวิเคราะห์ว่าเป็นเพราะสาเหตุใด มีประเด็นใดที่จะต้องปรับปรุง กระบวนการนี้เมื่อทำซ้ำแล้วซ้ำอีกจึงทำให้คนได้เรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนตนเอง และปรับเปลี่ยนสังคมได้ (นิตย ทัศนนิยมและคณะ, 2555)

โมเดลการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Model)

จากแนวคิดของเปาโล แฟร์สามารถนำมาสรุปเป็นโมเดลในการสร้างพลังอำนาจ และได้ให้นิยามการสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม จากการทำกิจกรรมร่วมกันในการที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ผลลัพธ์ของกระบวนการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง

ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นภาวะที่คนมีความรู้สึกเป็นอิสระในการตัดสินใจ ตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตน และสามารถพึ่งตนเองได้ คุณลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะของพลังอำนาจ ดังนั้นพลังอำนาจจึงเป็นทั้งกระบวนการและเป็นผลลัพธ์ (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

องค์ประกอบหลัก (construct) ของโมเดลประกอบด้วย การเสวนา (dialogue) การสร้างความตระหนัก (awareness / consciousness) การปฏิบัติกิจกรรม (action) และการสะท้อนคิด (reflection) เป้าหมายหรือผลลัพธ์ คือต้องการให้เกิดพลังอำนาจ (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

พลังอำนาจเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการกระทำ การที่ได้ร่วมกันปฏิบัติกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (experiential learning or learning by doing) เหตุผลที่ต้องร่วมกันก็เนื่องจากคนกลุ่มนี้มักจะไม่มีความมั่นใจ การเพิ่มอำนาจต่อรอง มีอยู่ทางเดียวคือการรวมกลุ่ม และการรวมกลุ่มจะทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดพลังอำนาจในแต่ละคน พลังอำนาจเป็นความรู้สึกมั่นใจในตนเอง (self-confidence) ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง รวมไปถึงความตระหนักในความสำคัญของปัญหา เพราะประเด็นหลังนี้จะทำให้คนมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหาต่อไปเรื่อยๆ เนื่องจากเห็นว่าปัญหามีความสำคัญ เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น คนก็จะพัฒนาทักษะพัฒนาความมั่นใจ และเมื่อทำซ้ำๆ ก็จะพัฒนาต่อไปจนกลายเป็นความรู้สึกมีพลังในที่สุด

การเสวนา (dialogue) เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างอิสระ เพื่อให้คนได้ร่วมพูดคุยถึงประเด็นที่เขาสนใจ หรือประเด็นที่เป็นปัญหาของเขา และร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุต้นตอของปัญหา โดยที่ทุกคนมีสิทธิ์มีเสียงเท่าเทียมกัน ที่จะแสดงความคิดเห็นในมุมมองของเขา ภายใต้บรรยากาศของความเป็นมิตร เป็นภาคที่ร่วมกันทำงาน การเสวนาจะทำให้ได้มองเห็นกว้าง ได้เปรียบเทียบความคิดของแต่ละคน ได้วิเคราะห์เหตุผลของแต่ละคน แล้วหาข้อสรุปสำหรับตนเองว่าจะมองเรื่องนี้อย่างไร ซึ่งแฟร์เรียกว่าเป็นความตระหนัก ความตระหนักจึงเป็นผลลัพธ์ของการเสวนา (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

สำหรับการทำงานด้านสุขภาพ การเสวนาอาจจะเกิดในกรณีที่เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ รับฟังข้อคิดเห็นและปัญหาของเขา ว่าทำไมเขาจึงทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ไม่ได้ เขามีข้อติดขัดอะไร หรือมีข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอย่างไร หรือจะเป็นการจัดให้กลุ่มที่มีปัญหาเดียวกันได้เสวนากัน เพื่อร่วมกันทำความเข้าใจกับปัญหาของกลุ่มหรือกลุ่มช่วยกันคิดหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

ความตระหนัก (awareness/consciousness) ความตระหนักเป็นความเข้าใจในสถานการณ์จริง เข้าใจปัญหาที่แท้จริง และสาเหตุของปัญหา ในขณะที่เดียวกันก็จะทำให้คนได้คิด (enlighten) และเริ่มมองตัวเองว่ามีศักยภาพที่จะคิดได้ คิดเป็น ความตระหนักนี้จะนำไปสู่ความใส่ใจ

(concern) และการให้ความสำคัญในการแก้ปัญหา เห็นว่าปัญหาจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข หลังจากเกิดความตระหนักแล้วคนจึงเริ่มลงมือปฏิบัติในงานด้านสุขภาพ การสร้างความตระหนักจะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนปัญหาตนเอง หรือเสวนากับเจ้าหน้าที่ แทนที่เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้บอก หรือให้ความรู้ หรือสั่งให้ทำ แต่ควรจะจัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนปัญหากัน เพื่อให้เขาได้คิดเอง เมื่อเขาเห็นความสำคัญก็จะทำให้เขาเริ่มตัดสินใจทำอะไรบางอย่าง เพื่อแก้ปัญหา (นิศย์ ทศนิยมและคณะ,2555)

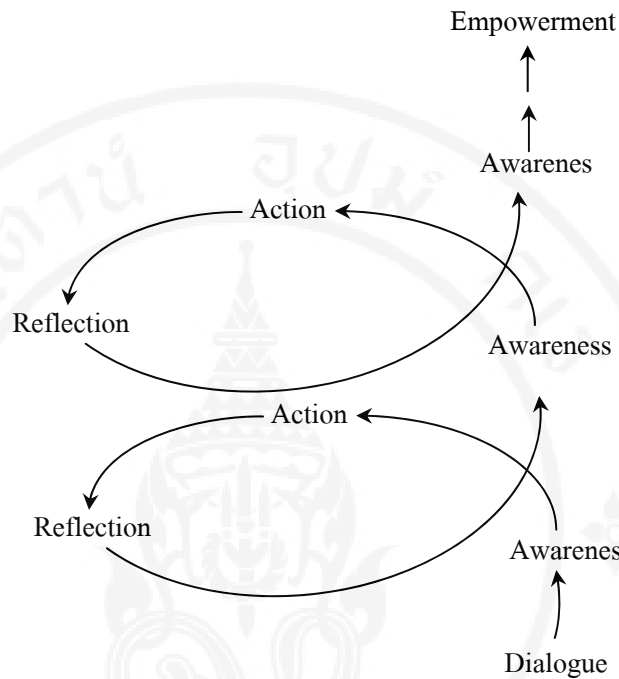
การปฏิบัติกิจกรรม(action) กิจกรรมจะเป็นแบบฝึกหัดให้ได้ลงมือทำ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เพราะฉะนั้นความสำเร็จของกิจกรรมจะมีความสำคัญน้อยกว่ากระบวนการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม แม้กิจกรรมไม่ประสบความสำเร็จแต่ก็สามารถทำให้กลุ่มเรียนรู้ นอกจากนี้ในระหว่างการทำกิจกรรมจะเปิดโอกาสให้มีการเสวนาพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และต้องควบคู่ไปกับการสะท้อนคิดที่แฟร์เรียกว่า praxis (นิศย์ ทศนิยมและคณะ,2555)

การสะท้อนคิด (reflection) ได้ถูกนำมาใช้ร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ความหมายและทฤษฎีของการสะท้อนคิดมีแตกต่างกัน แล้วแต่การนำไปใช้ประโยชน์ โดยสรุปการสะท้อนคิดเป็นวิธีการประเมินผลที่ทำให้คนได้รู้จักตัวเอง โดยสะท้อนจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น การสะท้อนคิดจะเปิดโอกาสให้ได้เผชิญความจริง ได้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ ได้วิเคราะห์ว่าเหตุผลเป็นเพราะอะไร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และความมั่นใจ

การสะท้อนคิดเปิดโอกาสให้คิดทบทวนไตร่ตรองกิจกรรมที่ทำไปแล้ว หรือสะท้อนคิดในขณะที่กำลังทำกิจกรรมก็ได้ ถ้าสะท้อนคิดในกิจกรรมที่ได้ทำไปแล้ว ก็จะเป็นการคิดเชื่อมโยงประสบการณ์ปัจจุบันกับประสบการณ์ที่เกิดก่อนหน้า เพื่อทำความเข้าใจความซับซ้อนของเหตุการณ์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปลายทางของการสะท้อนคิดจะทำให้เกิดความเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ เข้าใจการกระทำของตนเอง การใช้ความรู้ความเหมาะสมในการปฏิบัติเป็นการตรวจสอบความรู้และการกระทำ ว่าเหมาะสมหรือไม่ และการวิเคราะห์ว่าทำไม หรือเป็นเพราะอะไรสถานการณ์จึงออกมาเป็นเช่นนั้น อีกทั้งจะเป็นการประเมินความรู้สึก อารมณ์ของตนต่อประสบการณ์นั้นๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในครั้งต่อไป (นิศย์ ทศนิยมและคณะ,2555)

ในโมเดลนี้ให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนัก เพราะถือว่าความตระหนักเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้คนตัดสินใจลงมือปฏิบัติ และเมื่อปฏิบัติต่อไปเรื่อยๆ ก็จะพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา การคิด วิเคราะห์ ไม่ว่าจะปัญหาจะแก้ได้สำเร็จหรือไม่ก็ตาม ถ้าทำได้สำเร็จก็จะเกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจ แต่ถ้าไม่สำเร็จก็จะได้วิเคราะห์ว่าเป็นเพราะเหตุใด เป็นการเปิดโอกาสให้ได้วิเคราะห์ตัวเอง ได้รู้จักทั้งข้อดีและข้อด้อยของตนเอง เห็นจุดที่จะนำไปพัฒนาต่อไป กระบวนการนี้

ถ้าพัฒนาต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ก็จะนำไปสู่ความรู้สึกมีพลังอำนาจในที่สุด ดังแผนภาพข้างล่าง
ดังต่อไปนี้ (นิตย ทัศนियมและคณะ,2555)



แผนภาพที่ 2.1 โมเดลสร้างพลังอำนาจของแฟร์ (นิตย ทัศนियม, และคณะ,2555)

จากการวิเคราะห์แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ จะเห็นว่าปัจจัยนำของการสร้างพลังอำนาจคือสัมพันธภาพที่เป็นมิตรและไว้วางใจกันระหว่างกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการทำงาน ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการเป็นจุดแรกที่จะต้องคำนึงถึง เจ้าหน้าที่ต้องรู้จักรับฟังผู้รับบริการด้วยความอดทน และด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ที่สำคัญที่สุดเจ้าหน้าที่ต้องปรับบทบาทจากผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้มากกว่าไปทำบทบาทของวิทยากรกระบวนการ (facilitator) และทำงานร่วมกับผู้รับบริการเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยใช้แนวคิดการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (นิตย ทัศนियมและคณะ,2555)

การทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership approach)

กระบวนการสร้างพลังอำนาจจะเกิดได้ดีในบรรยากาศของความไว้วางใจ ผ่อนคลาย เป็นมิตร และสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน ทำให้แนวคิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมมีความสำคัญมีผู้เสนอโมเดลเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้หลากหลาย ในที่นี้จะใช้โมเดลของเคอร์ธนี และคณะ เพื่ออธิบายลักษณะการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนระหว่างบุคลากรวิชาชีพกับผู้รับบริการ (Courtney et al., 1996)

โมเดลนี้นิยามการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนว่า หมายถึงการที่ภาคีทุกฝ่ายที่เข้ามาร่วมกันทำงาน มีอำนาจเท่าเทียมกัน สามารถต่อรอง และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ภาคีหรือหุ้นส่วน (partner) มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพที่จะจัดการปัญหาได้ด้วยตัวเองของเขา ภาคีอาจจะมากกว่าสองก็ได้ แล้วแต่สถานการณ์ ภาคีอาจจะเป็นเจ้าของที่จากภาคส่วนอื่นๆ ที่มาร่วมกันทำงาน

เคอร์ทนี และคณะสรุปว่า การทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership approach) จะแตกต่างจากการทำงานแบบเดิม ที่เรียกว่าเป็นวิทำงานของบุคลากรวิชาชีพ (professional approach) ในการทำงานแบบเดิม บุคลากรวิชาชีพซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐจะเป็นผู้กำหนดปัญหา ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาจากมุมมองของเจ้าหน้าที่ หรือเป็นการทำตามนโยบายหลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา และเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการดำเนินการและประเมินผล การทำงานในลักษณะนี้เจ้าหน้าที่จะเป็นตัวหลัก เป็นเจ้าของโครงการ เป็นผู้ชี้แนะ และเป็นผู้จัดการเพื่อให้โครงการดำเนินไปได้ผลตามที่วางไว้ เจ้าหน้าที่จึงเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่า เป็นผู้สั่งการ อำนาจการตัดสินใจจะเป็นการสื่อสารทางเดียวจากบนลงล่าง ส่งผลให้ผู้รับบริการมีบทบาทน้อยมากในการตัดสินใจ หรือในการแสดงความคิดเห็นที่จะเปลี่ยนแปลงโครงการ แต่ต้องทำตามเจ้าหน้าที่บอก (passive participation) และถ้าโครงการไม่ประสบความสำเร็จ เจ้าหน้าที่ก็มักจะสรุปว่าชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ เป้าหมายของการทำงานในลักษณะนี้จะยึดปัญหาเป็นหลัก สนใจการแก้ปัญหา มากกว่าจะสนใจคน (นิคย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

ส่วนการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนจะมุ่งเน้นการทำงานเพื่อพัฒนาศักยภาพคน หรือพัฒนาสมรรถนะของภาคี (partner) มากกว่ามุ่งเน้นการแก้ปัญหา ปัญหาที่เลือกมาจะเป็นเพียงแบบบีกหัดเพื่อให้ได้ลงทำ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ดังนั้นลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่จะเป็นการทำงาน “กับ” (work with) มากกว่าทำ “ให้” หรือทำ “เพื่อ” ภาคี ดังนั้นทั้งสองฝ่ายจะมีสิทธิ์มีเสียงมาเทียบกัน เคารพสิทธิซึ่งกันและกัน แต่ละฝ่ายจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของตนตลอดกระบวนการ เมื่อเป็นเช่นนี้ภาคีแต่ละฝ่ายจะมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน (active participation) ในกระบวนการทำงาน ตั้งแต่การเลือกปัญหาที่จะนำมาแก้ไข การวางแผน และการประเมินผล ปฏิสัมพันธ์จะเป็นแบบสองทาง (two way communication) ไม่มีใครสั่งการ แต่เป็นการตัดสินใจร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคน ให้ทุกฝ่ายได้พัฒนาเต็มตามศักยภาพของตน ได้เกิดการเรียนรู้ ผลของโครงการจะสำเร็จตามแผนหรือไม่ ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ เพราะบ่อยครั้งที่ความผิดพลาดทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่า แต่ความสำคัญจะอยู่ที่คนได้เรียนรู้ ได้พัฒนา ได้เตรียมพร้อมที่จะแก้ปัญหาในอนาคต ซึ่งจะเป็นหนทางนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน (นิคย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

การนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจลงสู่การปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ที่จะต้องปรับกระบวนการนี้ ปรับแนวทางการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนกับผู้รับบริการ และที่สำคัญต้องปรับบทบาทจากผู้ให้บริการไปเป็นวิทยากรกระบวนการ (facilitator) (นิศย์ ทศนิยมและคณะ, 2555)

วิทยากรกระบวนการ

วิทยากรกระบวนการคือ ผู้ที่ช่วยสนับสนุน (facilitate) ให้กลุ่มได้ช่วยกันคิด ตัดสินใจ และหาทางออกร่วมกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง กระบวนการนี้มีความสำคัญเมื่อต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่ม ในองค์กร หรือในชุมชน หรือเมื่อต้องการได้ข้อตกลงที่สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อลดความขัดแย้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน โดยสรุป วิทยากรกระบวนการจะเป็นผู้ที่ช่วยให้กลุ่มได้ช่วยเหลือตนเอง ได้ตัดสินใจเองและแนวคิดนี้ สามารถใช้ในการทำงานในระดับบุคคลได้ด้วย โดยใช้เทคนิคแบบเดียวกัน (สุจินต์ สิมารักษ์, 2545)

วิทยากรกระบวนการมีหน้าที่ช่วยให้กลุ่มมองเห็นทิศทางที่จะไป สามารถกำหนด วัตถุประสงค์ร่วมกัน และช่วยกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันหาทางที่จะไปถึงวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ นั่นหรือ อาจจะกล่าวได้ว่าวิทยากรกระบวนการเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการเรียนรู้ กระตุ้นให้กลุ่มได้ตัดสินใจ ซึ่งจุดเน้นจะอยู่การเป็นผู้จัดกระบวนการเพื่อให้กลุ่มได้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ แต่จะไม่ได้ก้าวล้ำ เข้าถึงประเด็นของเนื้อหา ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญ (resource person) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาของเรื่องนั้นๆ ตรงกันข้ามกับบทบาทของวิทยากรกระบวนการ วึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการ ต้องมีความเป็นกลาง (being neutral) ไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจของกลุ่ม (นิศย์ ทศนิยมและคณะ, 2555)

ทักษะที่จำเป็นในการเป็นวิทยากรกระบวนการ ได้แก่ (ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2540; สุจินต์ สิมารักษ์, 2545; McIlrath, 2005; Smith, 2009)

1. ทักษะในการฟัง เป็นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการเป็นวิทยากรกระบวนการ เพราะ การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) นอกจากจะช่วยให้เข้าใจเนื้อหา เข้าใจความหมายที่ผู้พูดต้องการ จะสื่อสาร ต้องฟังเพื่อจับประเด็นสำหรับนำมากระตุ้นให้มีการอภิปรายต่อ การฟังต้องเริ่มจากการ ฟังตนเองให้เข้าใจ ฟังความคิด ทัศนคติ และความลำเอียงของตนเองที่มีต่อเรื่องและต่อผู้พูด เพื่อไม่ให้เกิดอคติ ต่อมาฟังให้เข้าใจเนื้อหาว่าผู้พูดต้องการสื่อเนื้อหาอะไร และต้องฟังในเชิงลึก เพื่อให้ เข้าใจเจตนาที่อยู่เบื้องหลังคำพูด ความตั้งใจและอารมณ์ของผู้พูด ต้องฝึกฟังอย่างสร้างสรรค์ เลือกลง ประเด็นที่เป็นเชิงบวก มองปัญหาอุปสรรคในเชิงบวก

2. ทักษะการตั้งคำถาม คำถามจะเป็นเครื่องมือที่จะช่วยกระตุ้นให้คนได้คิด ได้ สะท้อนความคิดเห็น ได้คิดหาสิ่งใหม่ (discover) และได้ตัดสินใจ อาจจะเรียกว่าการถามคำถามเป็น

เครื่องมือที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การจะตั้งคำถาม ได้ดีมาจากการฟังที่ดีและการสังเกตที่ดี ทักษะในการถามคำถาม เป็นความสามารถในการเลือกว่าจะถามคำถามอะไร ถามอย่างไร และถามเมื่อไร จึงจะเกิดประโยชน์

การถามคำถามมีเป้าหมายหลายอย่างได้แก่ 1) เพื่อดึงความสนใจของสมาชิก 2) เพื่อสอบถามความคิดเห็นว่ามีความคิดเห็นต่อเรื่องนี้อย่างไร 3) เพื่อกระตุ้นให้คนที่เงียบเข้าร่วมในวงสนทนา 4) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหา ตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน สอบถามความเข้าใจถึงเหตุผล 5) เพื่อให้มีการคิดต่อยอด หรือเพื่ออภิปรายในรายละเอียดของแง่มุมที่มีความเห็นแตกต่างกัน (เช่นถามคำถามว่า ถ้ามองอีกมุมหนึ่ง หรือถ้าเราทำอีกแบบหนึ่ง อะไรจะเกิดขึ้น ผลจะเป็นอย่างไร จะแตกต่างจากเดิมไหม) แต่ไม่ว่าจะถามคำถามเพื่อเป้าหมายอะไรต้องมั่นใจว่าคำตอบจะต้องเป็นคำตอบที่มาจากกลุ่ม เป็นการตัดสินใจของกลุ่ม

3. ทักษะการสร้างบรรยากาศในการเสวนา (dialogue) เป้าหมายเพื่อให้ทุกคนสามารถพูดได้อย่างเปิดเผย จริงใจ เข้าใจคนอื่น และมีความรับผิดชอบร่วมกัน บรรยากาศแบบเสวนาเป็นสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลาย เป็นมิตร เพื่อให้คนรับฟังกัน และมีส่วนร่วมสร้างความไว้วางใจ ซึ่งจะนำไปสู่การทำความเข้าใจร่วมกัน (mutual understanding) และช่วยกันคิด ช่วยกันหาทางออกร่วมกัน

เทคนิคที่จะช่วยในการสร้างบรรยากาศ ได้แก่ การอธิบายวัตถุประสงค์ของการเสวนา ให้ชัดเจน วางกฎเกณฑ์ให้ทุกคนรับทราบร่วมกัน เน้นความสำคัญของการฟังอย่างตั้งใจเคารพ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน การชี้ประเด็นที่ต้องการอภิปรายให้ชัดเจนจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมวงเสวนาเข้าใจ นอกจากนี้วิทยากรกระบวนการยังต้องตื่นตัวต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้า ที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเสวนา และต้องควบคุมสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถรักษาทิศทางของการเสวนาให้อยู่ในประเด็น (นิศย์ ทศนิยมและคณะ, 2555)

4. ทักษะการนำประมุขให้อยู่ในประเด็น การเตรียมการประชุมให้พร้อมจะมีส่วนช่วยให้การรักษาประเด็นของการประชุมเป็นไปได้ง่ายขึ้น แต่บางครั้งอาจจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้วิทยากรกระบวนการต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้กระบวนการกลุ่มและการเสวนาดำเนินต่อไปได้

5. ทักษะการสรุปความ การสรุปนี้รวมรวมถึงการจัดการกับข้อมูล การสรุปคำพูดของผู้พูด และการสรุปการประชุม ซึ่งแต่ละประเด็นมีเป้าหมายและใช้เทคนิคแตกต่างกัน

การจัดการกับข้อมูลในระหว่างการสนทนาเป็นการประมวลข้อสรุป มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกทุกคนได้มองเห็น ได้ยิน ได้เข้าใจ ว่ามีข้อคิดเห็นอะไรบ้าง มีข้อตกลงอะไรบ้าง และจะไปต่ออย่างไร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการสรุปข้อมูลที่กำลังพูดคุยกันในประเด็นอะไร มีความเชื่อมโยงกับประเด็นอื่นอย่างไร เพื่อให้ทุกคนได้เห็นและเข้าใจความเป็นมา ส่วนมากมักจะใช้การเขียนบน

กระดาษฟลิปชาร์ต ซึ่งวางอยู่ในที่ที่ทุกคนมองเห็นได้ชัด การเขียนสรุปข้อคิดเห็น เป็นทักษะของการสรุปความเป็นความสามารถเฉพาะบุคคล (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

บางครั้งวิทยากรกระบวนการอาจจะต้องสรุปความหลังจากแต่ละคนพูดจบโดยใช้เทคนิคการทวนคำพูด (paraphrasing) หมายถึงการพูดเนื้อหาเดิมแต่ใช้คำพูดใหม่ หรืออธิบายใหม่ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายขึ้น สั้นลง เมื่อผู้พูดอธิบายด้วยคำพูดยาวๆ ใช้ภาษาและประโยคที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และไม่ชัดเจน เทคนิคนี้มีประโยชน์สำหรับวิทยากรกระบวนการซึ่งต้องตั้งใจฟังเพื่อจะได้สรุปได้อย่างถูกต้อง และเป็นการตรวจสอบว่าวิทยากรกระบวนการเข้าใจผู้พูดได้ถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์สำหรับผู้พูดเอง เพราะจะช่วยอธิบายสิ่งที่พูดให้ชัดเจนขึ้น ผู้พูดจะได้ประเมินตนเองว่าพูดชัดเจนหรือไม่ และประเมินว่าผู้ฟังเข้าใจตรงตามที่ต้องการสื่อสารหรือไม่ สมาชิกมีปฏิริยาต่อข้อเสนองานอย่างไร ประโยชน์สำหรับสมาชิกกลุ่ม จะได้เข้าใจมากขึ้นว่าผู้พูดต้องการจะสื่ออะไร และเพื่อถึงความสนใจของกลุ่มให้อยู่ในประเด็นเดียวกัน แต่วิทยากรกระบวนการพึงระวังว่าต้องไม่สรุปยาวกว่าสิ่งที่ผู้พูดได้พูดไป เพราะจะทำให้เสียเวลา และต้องพยายามสรุปให้ได้ใจความสำคัญ อย่างไรก็ตามเทคนิคนี้ควรใช้เฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพราะถ้าทำบ่อยจะเป็นการเสียเวลา เป็นอุปสรรคต่อการแสดงความคิดเห็นและปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลเสีย ถ้าทำให้ผู้ฟังเกิดความคิดว่าไม่ต้องตั้งใจฟังก็ได้ เพราะจะรอฟังวิทยากรกระบวนการสรุปให้ (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

วิทยากรกระบวนการ อาจแบ่งตามขั้นตอนการดำเนินการมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการ ตอนเริ่มต้น ตอนกลาง และตอนจบ จึงต้องมีการเตรียมตัวและเตรียมการให้พร้อม (Smith, 2009)

การเตรียมการ เริ่มจากการทำความเข้าใจเป้าหมายของการประชุม ต้องรู้ว่าผู้ที่เข้าร่วมประชุมมีใครบ้าง การเตรียมการที่ดีจะช่วยในการวางแผนว่าจะต้องเตรียมข้อมูลอะไรบ้างจะใช้วิธีการอย่างไร ต้องเตรียมอุปกรณ์อะไรบ้าง การมีวาระการประชุมจะช่วยให้สมาชิกเข้าใจเป้าหมายของการเสวนา ทราบประเด็นที่จะพูดคุยกัน เพื่อทุกคนจะได้รับทราบประเด็นที่เป็นเป้าหมายหลักของการประชุม แต่วิทยากรกระบวนการต้องไม่ลืมเรื่องการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของในกลุ่ม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม (นิศย์ ทัศนियมและคณะ,2555)

ตอนเริ่มต้น เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกได้ค้นหา (encouraging exploration) โดยการสร้างประเด็นให้ชัด สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ เพื่อเชิญชวนให้คนพูด แสดงความคิดเห็น

ตอนกลาง เป็นการดึงคนให้มาสนใจในประเด็นที่นำมาพูดคุยกัน ว่าประเด็นนี้มีความสำคัญอย่างไร เกี่ยวข้องกับตัวเขาอย่างไร และหลังจากนั้นจะช่วยทำให้เขาพร้อมที่จะทำความเข้าใจในประเด็น (engaging with the subject) ในขั้นนี้วิทยากรกระบวนการจะถามคำถาม สรุปความ

เป็นระยะๆ ตั้งข้อสังเกตต่อข้อคิดเห็นที่มีความแตกต่าง พึงระวังว่าการมีวิทยากรกระบวนการเพื่อเป็นตัวกระตุ้นสำหรับกลุ่ม ไม่ใช่เป็นศูนย์กลางของการเสวนา หน้าที่คือทำงานร่วมกับกลุ่ม เพื่อให้การประชุมมีบรรยากาศของความไว้วางใจ และเพื่อการค้นหา (นิตย ทัศนียมและคณะ,2555)

ตอนจบ วิทยากรกระบวนการจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินว่าการเสวนาประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังหรือไม่ เป็นการจบเพื่อสรุปว่ามีอะไรที่จะต้องทำต่อ และทำไมจึงจำเป็นที่จะต้องทำ เป็นการทำให้สมาชิกเกิดความมั่นใจที่จะดำเนินการต่อไป วิทยากรกระบวนการต้องช่วยให้กลุ่มมองเห็นว่าจะทำอะไรต่อ ต้องพยายามให้เขารู้สึกว่าเขาเป็นผู้รับผิดชอบงานที่จะทำต่อไป และรับรู้ว่าเป็นการตัดสินใจของกลุ่มเอง ในตอนท้ายวิทยากรสรุปข้อตกลงร่วมกัน และขอบคุณสมาชิก (นิตย ทัศนียมและคณะ,2555)

การทำหน้าที่วิทยากรกระบวนการเป็นทักษะที่ต้องพัฒนา และเป็นการพัฒนาจากการปฏิบัติจริง (experiential learning) มากกว่าฟังคนสอน การฝึกฝนเป็นเรื่องสำคัญ รวมไปถึงการใช้เทคนิคการสะท้อนคิดเพื่อประเมินผล และพัฒนาตนเองต่อไปเรื่อยๆ เมื่อเผชิญปัญหาต้องมองในแง่บวก มองว่าปัญหาเป็นตัวช่วยให้เราได้คิดแก้ และช่วยให้เกิดการเรียนรู้ (นิตย ทัศนียมและคณะ ,2555)

การศึกษาในครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดของเปาโล แพร์ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาของเราที่จะพัฒนาศักยภาพ ของอสม. ในด้านการเรียนรู้ จากการทำกิจกรรมร่วมกัน ในการจัดการกับความสามารถของตนเอง และพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ผลลัพธ์ที่ได้ทำให้ อสม.เกิดความมั่นใจในตนเอง อสม.รู้สึกมีอิสระในการตัดสินใจ ตระหนักในหน้าที่ของตนต่อการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ให้เข้ารับการรักษาตามนัดทุกครั้ง ให้ป้องกันตนเองจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แนวคิดพลังอำนาจของเปาโล แพร์ เป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมจึงเลือกนำมาใช้ ใน การศึกษานี้ เมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดของกิบสัน การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก ส่งเสริมให้เกิดความสามารถในผู้ป่วย ให้แก้ปัญหามาของตนเอง ต้องสนองความต้องการของตนเอง และจัดการทรัพยากรเพื่อให้สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ ผลลัพธ์จึงเน้นที่ความสามารถ หรือพลังอำนาจของผู้ป่วยเอง ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดของเปาโล แพร์ ที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย หรืออาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วย

การจัดบริการคลินิกความดันโลหิตสูงและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การจัดบริการคลินิกความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาได้จัดบริการคลินิกความดันโลหิตสูงโดยยึดแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป จัดคลินิกให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย ทีมสหวิชาชีพ (กระทรวงสาธารณสุข,2554) แบ่งเป็น

การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ความดันโลหิตสูง

- โดยเริ่มคัดเลือกรวมเป้าหมายที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน ใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข
- แจกรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้อสม. ออกดำเนินการวัดความดันโลหิต ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 นาที แล้วลงบันทึกผล พร้อมทั้งแจ้งผลแก่กลุ่มเป้าหมาย
- หากผลการวัดความดันโลหิตที่ได้มีค่าตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ทั้งสองครั้งให้ส่งตัวมาตรวจยืนยันที่ รพ.สต.มะค่า ภายใน 1 เดือนหลังดำเนินการ เพื่อวินิจฉัยรักษาต่อไป

การดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- ให้บริการคัดกรองผู้มารับบริการ ให้บริการซักประวัติ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเวลาราชการ (8.00น.-16.00น.)
- ให้ความรู้เฉพาะรายใหม่รายบุคคล เวลา 8.00-12.00 น.ทุกวันจันทร์- วันศุกร์ ในคลินิกความดันโลหิตสูง เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การช้ยา การมาตรวจตามนัด การตรวจเลือดประจำปี การดูแลสุขภาพตนเอง การตรวจคัดกรองและค้นหาภาวะแทรกซ้อน
- จัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน ใน เวลา13.00น – 16.00น. วันจันทร์ –วันศุกร์
- กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง
- กลุ่มความดันโลหิตสูง (ควบคุมความดันไม่ได้)
- กลุ่มความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยตรวจสอบจากระบบนัดหมายในโปรแกรม Hosxp_pcuในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยดำเนินการดังนี้

1. มีการทบทวนระบบตามแนวทางการติดตามการขาดนัด และแบ่งเจ้าหน้าที่ (พยาบาลวิชาชีพ/ นักวิชาการสาธารณสุขร่วมกับ ลูกจ้างฝ่ายสนับสนุน)ติดตามผู้ป่วย ตามหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวน 10 หมู่บ้านปีละ 1 ครั้ง
2. ให้ผู้รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยขาดนัด ตามรายชื่อผู้ที่ขาดนัด ในแต่ละสัปดาห์ (สำเนาเก็บไว้ 1 ชุด) โดยการโทรศัพท์ตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด จากเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ใน Opd card ของผู้ป่วย
3. บันทึกผลการ ติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน โดยติดตามวัดความดันโลหิตและลงบันทึก โดยเจ้าหน้าที่หรืออาสา.เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เสี่ยง STROKE และ นำแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน มาเก็บไว้ในเวชระเบียน เพื่อสื่อสารให้ ทราบผลของการติดตามเยี่ยม และเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. สำหรับจุดคัดกรองผู้ป่วยที่ขาดนัด เขียนบันทึกในประวัติว่าผู้ป่วยขาดนัดเพื่อสื่อให้ แพทย์ผู้รักษาทราบว่าผู้ป่วยขาดนัดของคลินิกHTเมื่อผู้ป่วยมารับบริการให้แจ้งคลินิกHTให้ผู้ป่วยพบพยาบาลประจำคลินิกHT หลังรับยาจะกลับบ้าน เพื่อทบทวนระบบการเตือนนัดกรณี มาตรวจตามวันที่กำหนดไม่ได้หรือเมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถมารับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปได้
5. เพิ่มเติมการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยแทรกเข้าในทุกกิจกรรมการให้สุขศึกษา และการเข้ากลุ่มต่างๆ ตลอดจนประชาสัมพันธ์ในตอนเช้าทุกวัน
 - กลุ่มโรคไตเรื้อรัง Stage 3
 - กลุ่มโรคไตเรื้อรัง Stage 4-5
 - กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อจากโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องโดยให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพ โดยการถ่ายภาพบำบัด ในวันและเวลาราชการ
 - ลงทะเบียนผู้ป่วยส่งต่อ/ลงบันทึกในฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในโปรแกรม hosxp_pcu เพื่อรับและส่งต่อผู้ป่วย

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้วข้าวร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2557)

ในการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน

อสม.เชี่ยวชาญ มีหน้าที่ความรับผิดชอบตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า, 2557)

1. ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน รับแจ้งจากทางเจ้าหน้าที่ ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้น ๆ ทางโทรศัพท์ ในส่วนของข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยตามที่อยู่ที่เกี่ยวข้องไว้กับสถานพยาบาล รับทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ นัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยม เตรียมเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล
2. ขั้นตอนขณะการเยี่ยมบ้าน แจ้งผู้ป่วยและญาติในการมาเยี่ยมบ้านครั้งนี้ วัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วย สอบถามสาเหตุการขาดนัดและลงบันทึก นัดหมายผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล โดยแจ้งวัน เวลา ในการเข้ารับการตรวจรักษาตามตารางการให้บริการ
3. ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน แจ้งเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้านนั้น ๆ ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผลการวัดความดันโลหิตครั้งนี้ ให้เจ้าหน้าที่ทราบทางโทรศัพท์
4. มีหน้าที่เก็บรักษาและตรวจสอบเครื่องวัดความดันโลหิตให้พร้อมใ้ช้อยู่เสมอ โดยส่งทดสอบความแม่นยำตามระยะเวลาตรวจสอบประจำเดือน โดยผ่านเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคุณภาพด้านการพยาบาลประจำรพ.สต.

อสม.ทั่วไปมีหน้าที่ความรับผิดชอบตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า, 2557)

1. รับแจ้งจากทางเจ้าหน้าที่ ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้น ๆ ทางโทรศัพท์ ในส่วนของข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยตามที่อยู่ที่เกี่ยวข้องไว้กับสถานพยาบาล รับทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ นัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยม
2. แจ้งผู้ป่วยและญาติในการมาเยี่ยมบ้านครั้งนี้ วัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วย นัดหมายผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล
3. แจ้งเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้านนั้น ๆ ทางโทรศัพท์ ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

สรุปจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนเพื่อการบรรลุผลด้านสุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชน ตามโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกโดยมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน คือ ด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค มากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านกิจกรรมอื่นๆ ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด 2 ด้าน คือ ด้านการจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงาน โดยให้คำแนะนำประชาชนบริโภคผลิตภัณฑ์/อาหาร/เกลือที่ผสมไอโอดีน ให้คำแนะนำประชาชนลดกินหวาน อาหารมันและเค็ม เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ (ปิด ล้าง เลี่ยง หยัด) เฝ้าระวัง ป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง เฝ้าระวังป้องกัน โรคมะเร็ง เฝ้าระวังป้องกัน โรคหัวใจ เฝ้าระวัง ป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้การปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ประดิษฐ์ ธรรมคง และคณะ, 2555) เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ สร้างความศรัทธาให้เกิดกับประชาชนทั่วไปจะได้เป็นที่ยอมรับแก่สังคมได้นั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ควรได้รับการส่งเสริมการทำงานตามบทบาทหน้าที่ ในเรื่องการเพิ่มพูนทักษะในการทำงานโดยการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นหมวดวิชาการทำงานเป็นทีม และสร้างภาวะผู้นำที่ดีให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการช่วยเหลือ เกิดการร่วมแรงร่วมใจในการทำงาน และคอยติดตามการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างใกล้ชิด ซึ่งการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดนั้นต้องอาศัยสมรรถนะความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และภาวะความเป็นผู้นำ โดยผ่านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

งานวิจัยเชิงพรรณนา

พรเจริญ บัวพุ่มและคณะ(2556: 105-108) ศึกษาระดับความสามารถและความต้องการในการพัฒนาความสามารถในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเนื้อหาของหลักสูตรประกอบด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ คือ 1) การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุกับการสูญเสียพลังอำนาจ 2) กระบวนการและขั้นตอนการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3) การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการใช้สถานการณ์จริงและกรณีศึกษาพร้อมทั้งศึกษาประสิทธิผลหลักสูตรการฝึกอบรม 2 ด้าน คือ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ความสามารถในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ใช้แนวคิดของกิบสัน(Gibson) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิด การตัดสินใจในการปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดชัยนาทที่ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำปี 2554 จำนวน 370 คน เมื่อพัฒนาหลักสูตร และทำการทดลองใช้หลักสูตรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสามารถในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยรวมในระดับมาก และมีระดับความต้องการฝึกอบรมการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในระดับมาก และประสิทธิผลของหลักสูตร ภายหลังจากเสร็จสิ้นการอบรม ผู้ผ่านการอบรมมีระดับความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม

ปองพล ชูณะโชติ (2556: 120-121) ศึกษาระดับอัตมโนทัศน์ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเลียนแบบพฤติกรรมเอื้อเฟื้อ และบุคลิกภาพเอื้อเฟื้อ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 399 คน ใช้แนวคิดของ Zimmerman ,Schulz ,and Checkoway (1992) มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่องค์ประกอบภายในตัวบุคคล องค์ประกอบด้านปฏิสัมพันธ์ และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม เป็นกรอบแนวคิด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพเอื้อเพื่อที่สูงกว่า โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยรวมของบุคลิกภาพเอื้อเพื่อในระดับสูง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องให้การสนับสนุนการศึกษาขั้นพื้นฐานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ในด้านของอัตมโนทัศน์ หากต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบุคลิกภาพเอื้อเพื่อในระดับสูง หน่วยงานควรมีการสร้างเสริมความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความมั่นใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ตนเองที่ดี ด้านปฏิสัมพันธ์และด้านพฤติกรรมระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สูงมากขึ้นย่อมทำให้การมีบุคลิกภาพเอื้อเพื่อเพิ่มสูงขึ้นด้วย ดังนั้นจึงควรให้การสนับสนุนและให้โอกาสอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจและเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

การเลียนแบบพฤติกรรมเอื้อเพื่อ หากจะพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมเอื้อเพื่อถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยตัวแบบนั้นสามารถเป็นใครก็ได้ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ครู อาจารย์ เพื่อน แกนนำชุมชนหรือแม้กระทั่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่น ๆ จัดกิจกรรมที่เน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมเอื้อเพื่อต่อไป

วริทธิ์ตา แสงไพบุลย์ (2550: 120-121) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมพลังอำนาจกับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 294 คน ใช้แนวคิดของคานเตอร์ประกอบไปด้วยการได้รับทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน การได้รับข่าวสาร การได้รับโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทักษะด้านต่าง ๆ การได้เข้ารับการประกวดอสม.ดีเด่นเป็นแนวทางในการพัฒนาอสม. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี แต่การได้รับการเสริมพลังอำนาจในงานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี ในระดับสูง ดังนั้นเทศบาลควรให้ความสำคัญต่อการเสริมพลังอำนาจแก่ อาสาสมัคร

สาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการได้รับอำนาจ ได้แก่การให้ข้อมูลข่าวสาร โดยการจัดประชุมหรือ การอบรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่สำคัญในการปฏิบัติงานและเผยแพร่ต่อไปยังชุมชน การให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการปฏิบัติงาน เช่นการสนับสนุนทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ และค่าตอบแทน การยกย่องชมเชยโดยการให้รางวัลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมาย โดยให้เกียรติบัตร เงินรางวัล อันเป็นปัจจัยที่ขับเคลื่อน การปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขพึงพอใจในการปฏิบัติงานและเต็มใจในการทำงาน ในการเพิ่มพูนทักษะความรู้ความสามารถนั้น ควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีโอกาสได้รับการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ รวมทั้งการศึกษาดูงานนอกสถานที่ด้วย เทศบาลควรจัดหางบประมาณมาสนับสนุนเบี้ยเลี้ยงในการดำเนินงาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขบางรายที่ต้องหยุดงานประจำมาปฏิบัติงาน ด้านการได้รับโอกาส การศึกษาดูงาน การเรียนรู้การวิเคราะห์ปัญหา ในการปฏิบัติงาน ควรเพิ่มพูนทักษะการเป็นผู้นำชุมชน เรียนรู้การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการชุมชนและนำไปศึกษาดูงานในที่ต่างๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้เกิดแนวคิดและนำมาประยุกต์ใช้

อารีย์ รัชชพัฒน์นันท์ (2553: 139-141) ศึกษาผลของแนวทางการสร้างพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 132 คน ใช้แนวคิดของคานเตอร์ โดยการเสริมพลังด้านปัจจัยภายใน และด้านปัจจัยภายนอกซึ่งเอื้อต่อการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ เสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใน 3 ขั้นตอนดังนี้ การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ การเลือกกลยุทธ์ในการจัดการ และการช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้แบบสอบถามทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 ด้าน การให้ความรู้ การติดตามเยี่ยม และการส่งต่อ ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านการให้ความรู้ และการติดตามเยี่ยม อยู่ในระดับมาก และการส่งต่ออยู่ในระดับน้อยส่วนทัศนคติ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการเสริมพลังอำนาจต่อตนเองในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก แต่ในด้านการหาสาเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดนโยบายให้ชัดเจนในการส่งเสริม การพัฒนาด้านความรู้และทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดเป็นมาตรฐาน ตัวชี้วัด ในการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน เพื่อเสริมพลังอำนาจ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ควรสนับสนุนกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ช่วยประสานงานการส่งต่อ เพื่อการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ การพัฒนาศักยภาพ

ความสามารถ ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน และสร้างความตระหนัก หน่วยงานท้องถิ่น ควรสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์เสริมในการดูแล และนำงบประมาณกระจายสู่ชุมชน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และควรกำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญ จัดประชุมวิชาการ การศึกษาดูงาน และการจัดทำคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และควรมีการติดตามประเมินอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความเป็นธรรม ยึดตามหลักคุณภาพและมาตรฐานการดูแล ที่จะปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อเสริมพลังอำนาจและเพิ่มศักยภาพของบุคคล

งานวิจัยเชิงคุณภาพ

บุษยา สังขชาติและคณะ (2555: 7-10) ศึกษาการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน กลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ของเทศบาลนครสงขลา จำนวน 15 คน โดยมีความตั้งใจในการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อมูล แนวคิดตามผลการวิจัยของบล็อก (P.Block) ใช้แนวคำถาม การสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน มีคำถามหลัก 2 ข้อ ข้อที่ 1 การเสริมสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชนเป็นอย่างไร มีคำถามรอง 5 ข้อ ส่วนข้อที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน มีอะไรบ้าง มีคำถามรอง 3 ข้อ ผลการศึกษา การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ด้านงบประมาณไม่ได้รับ แต่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์จากศูนย์สระเกษฯ อยากได้งบประมาณในการซื้อของฝากผู้ป่วย อุปกรณ์การเย็บบ้านสำหรับจิตอาสา เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องเจาะเลือด เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด การสนับสนุนจากผู้บริหารในการปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา ขาดข้อมูลผู้ป่วยที่จะต้องลงเยี่ยมบ้านและข้อมูลอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ขาดการมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านกับเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านของเทศบาล การสนับสนุนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การสอนญาติ ควรให้การอบรมเสริมความรู้อย่างสม่ำเสมอจะดีมาก ผู้บริหารควรให้ความสนใจมากขึ้น เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา การสะท้อนคิดจากผู้รับบริการที่มีต่อจิตอาสา ประชาชนให้การยอมรับและให้การต้อนรับดีจากผู้ป่วยติดเตียง และจากเจ้าหน้าที่ที่ PCU และการยอมรับที่ดีมากจากผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลนครสงขลา กลุ่มจิตอาสาที่มีความคิดที่จะมีความสุข ให้โอกาสกับเพื่อนมนุษย์ที่เจ็บป่วย ด้อยโอกาส เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานพบอุปสรรค พบสภาพปัญหาที่ไม่ได้แก้ไข หรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาเกิดความท้อแท้ สูญเสียกำลังใจในการปฏิบัติงาน บทบาทเป็นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเหมือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดการชี้แจงทำความเข้าใจ

เข้าใจบทบาทหน้าที่ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความขัดแย้ง แย่งหน้าที่กัน ทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน

งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง

ยุพา พูลสวัสดิ์ (2557: 86-88) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการใช้จ่ายที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี โดยการทดลองเป็นสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้แนวคิดของวอลเลเธอร์ สตินและเบอร์นสติน และชรเสทา ร่วมกับแนวคิดของเบนคูรา มีการจัดกิจกรรม 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การฟังและการสนทนา เป็นระยะของการสร้างสัมพันธภาพและการร่วมวิเคราะห์สาเหตุผลกระทบของปัญหา ใช้การบรรยาย แบ่งฐานเรียนรู้ 3 ฐาน ระยะที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหา การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 6 กลุ่มๆละ 5 คน ระยะที่ 3 การปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติจริง เลือกผู้ป่วยคนละ 1 ราย ให้คำปรึกษาชี้แนะ ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับและการประเมินผล ใช้การอภิปรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 คน สุ่มเป็นกลุ่มควบคุมและทดลอง กลุ่มละ 30 คน ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของวอลเลเธอร์สตินและเบอร์นสติน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) การฟังและการสนทนา 2) การวางแผน 3) การปฏิบัติรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินความรู้ โดยมีการทำแบบสอบถามและแบบประเมินก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า เมื่อดำเนินการตามโปรแกรม สามารถเพิ่มพลังอำนาจ เพิ่มทักษะ ความสามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง การมีจิตสำนึกต่อชุมชน วิเคราะห์สาเหตุของปัญหามาไปวางแผน แก้ไขปัญหาพร้อมกันได้

อำพร ศรีโยธา (2555: 81-85) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของคานเตอร์โดยการสนับสนุน 4 ด้านคือ ด้านทรัพยากร ด้านการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านโอกาส ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทรัพยากร การให้การสนับสนุน และการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม สัปดาห์ที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโอกาส สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ทบทวนความรู้ และปรับแผนการปฏิบัติงาน สัปดาห์ที่ 4 เข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโอกาส ทบทวนความรู้ และปรับแผนการปฏิบัติงาน สัปดาห์ที่ 8 เข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งเพื่อ

เสริมสร้างพลังอำนาจด้านโอกาส สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ทบทวนความรู้ และปรับแผนการปฏิบัติงาน สัปดาห์ที่ 12 กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ความรู้ และเจตคติ และติดตามประเมินทักษะการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน 1) การได้รับข้อมูลข่าวสาร 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร 3) การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างสรรค์สัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม 4) การสนับสนุนด้านโอกาส ใช้แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นวิรัตน์ ภูเหิน (2555: 47-54) ผลการศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันวันโรคปอดในชุมชนอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการทดลองเป็นสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองใช้ทฤษฎีแนวคิดของกิบสัน (Gibson) มี 4 ขั้นตอนดังนี้ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกันระหว่างบุคคล ระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1) Pre test กิจกรรมในการอบรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง ใช้การอภิปรายกลุ่ม (สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1) ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนคิด เล่าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติ ใช้การแบ่งกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม (สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 , สัปดาห์ที่ 4,5,6) ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ Post test กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันวันโรคปอดในชุมชน สามารถทำให้ อสม.มีความรู้ ทักษะ การรับรู้บทบาทหน้าที่ การนับถือคุณค่าตนเอง และบทบาทหน้าที่ ต่อการป้องกันวันโรคเพิ่มขึ้น

ปวีตรา สุทธิธรรม (2554: 63-65) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการทดลองเป็นสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 5 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้การสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ต่อผู้สูงอายุ 1 ราย ทีมผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือ ติดตามให้กำลังใจด้วยกระบวนการกลุ่ม สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้าน เหมือนสัปดาห์ที่ 4 แต่ทีมที่เลี้ยงผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของบิชอป(Bishop)สร้างพลังอำนาจที่เป็นวงจรต่อเนื่องมี 5 ขั้นตอนดังนี้ การได้รับประสบการณ์ การระบุประสบการณ์ การวิเคราะห์ประสบการณ์ การวางแผน การปฏิบัติ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดของเปาโล แพร์รี่โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

งานวิจัยต่างประเทศ

จูเรียร์ เฮ็นดริคสัน และคณะ(Julia L.Hendrickson et al.;2002: 83-90) การสร้างเสริมพลังอำนาจในชนบทของเวียตนาม: การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของมารดาและอาสาสมัครสาธารณสุขในบริบทของโครงการโภชนาการแบบครบวงจร กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตร อายุ น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 20 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนจำนวน 17 คน ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของวอลเล่อร์สตรีนโดยใช้การสัมภาษณ์ ผู้นำสตรีจำนวน 5 คน และมารดาที่มีบุตร น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 5 คน เพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษานี้มีสองระยะ ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ระยะที่ 1 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสร้างเสริมพลังอำนาจและการจัดทำเอกสารในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและมารดา ระยะที่ 2 ใช้การสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ผลลัพธ์ ด้านความรู้ ความเชื่อมั่น การตัดสินใจลงมือทำ การมีส่วนร่วมของกิจกรรมในชุมชน การสนับสนุน การสร้างความสัมพันธ์ของชุมชน ในการแก้ไขปัญหา การแสดงความช่วยเหลือของชุมชน ในเรื่องอาหารและภาวะโภชนาการของมารดาและบุตร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุข กิจกรรมการมีส่วนร่วม สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเชื่อมั่น และสร้างความสัมพันธ์ของคนในชุมชนด้วยกิจกรรมเพื่อการดูแลทารกและการให้อาหารสำหรับทารก ส่วนในกลุ่มของมารดา มีการเปลี่ยนแปลงของความมั่นใจในระดับบุคคลมากขึ้น สามารถจัดการอุปสรรคในการดูแลทารกที่ขาด

สารอาหารอันเนื่องมาจากการบริโภคสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลมายังระดับชุมชน ได้เกิดการช่วยเหลือ เกิดความเชื่อมั่นและสามารถแก้ไขปัญหาได้สำหรับมารดา

ชเรศธา(Shrestha S.;2003:iii) กระบวนการและผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพศหญิงในการเพิ่มขึ้นของการยอมรับการคุมกำเนิดในกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้วของกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในประเทศเนปาล กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสุขในหมู่บ้าน Kakani ในประเทศเนปาล จำนวน 17 คน ที่ได้รับการฝึกอบรมรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ของเปาโล แพร์ โดยการสร้างเสริมศักยภาพ ใช้การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ การปฏิบัติ การสะท้อนคิด รูปแบบวงล้อในการลงมือปฏิบัติ เสริมพลังอำนาจในผู้หญิงในเรื่องความรู้ ทักษะคติความเชื่อการวางแผนครอบครัวและการเสริมแรงด้วยเพื่อน เช่น สามี บรรทัดฐานของสังคม บรรทัดฐานในศาสนา อิทธิพลจากเพื่อน สนับสนุนการบริการวางแผนครอบครัว ระยะเวลา 6 เดือนโดยใช้การสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือ ในการเก็บข้อมูล กลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้วของกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในประเทศเนปาล จำนวน 241 คน ผลของการศึกษาพบว่าอัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น จากก่อนการทำกิจกรรม 53.9 เปอร์เซ็นต์ จากเดิมที่เคยเพิ่มขึ้นเพียง 1 เปอร์เซ็นต์ ต่อปี แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นในการเลือกวิธีและลงมือปฏิบัติของผู้หญิงมากยิ่งขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากผลลัพธ์ของสถิติของอัตราคุมกำเนิด

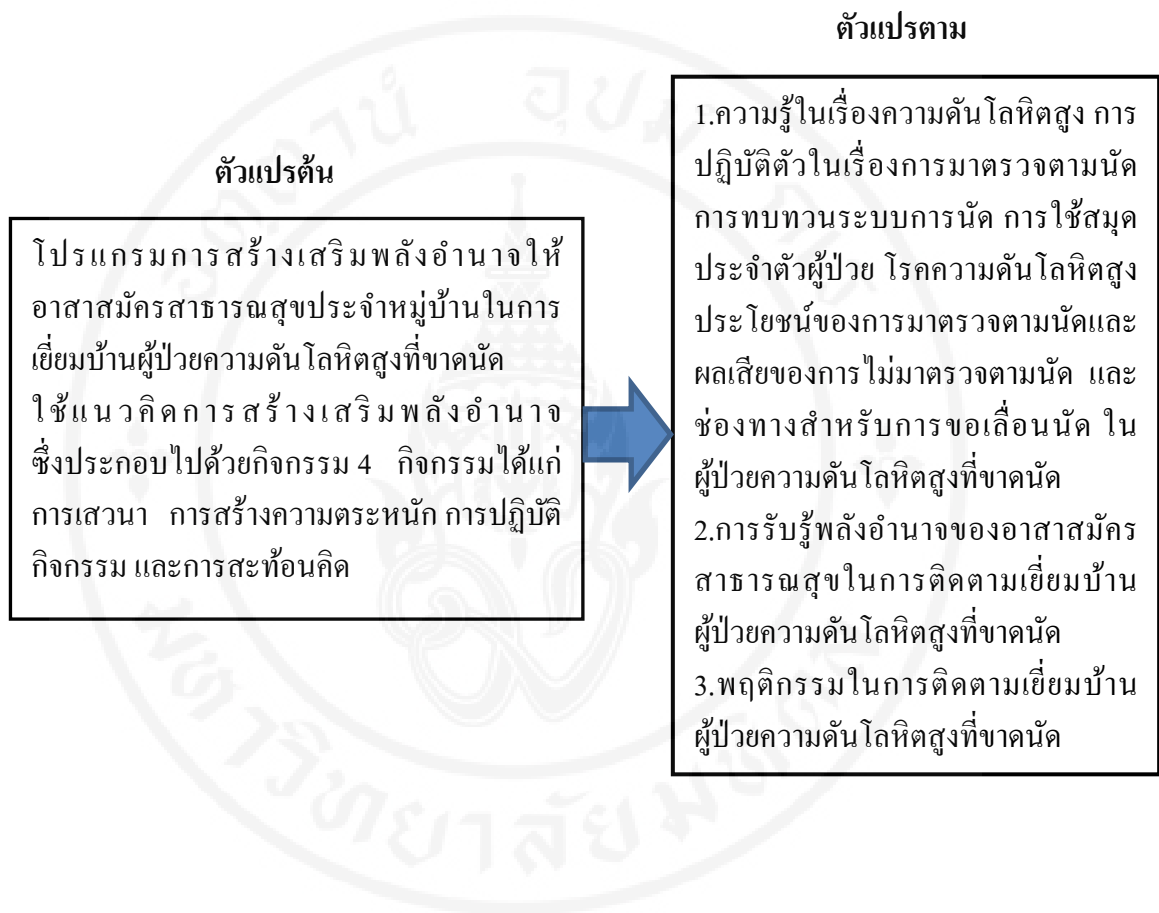
ไอ กุสตี กือรอ เมด กุสุมา เนการา และคณะ (I Gusti Ngurah Made Kusuma Negara et al.;2012: 20-23) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา ทางลักษณะสังคมประชากร พลังอำนาจแบบโครงสร้างและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศอินโดนีเซีย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัด Denpasar ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 341 คน ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของคานเตอร์ โดยการสนับสนุน ด้านทรัพยากร ด้านการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านโอกาสที่เป็นอำนาจอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยใช้แบบสอบถาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า อายุ จำนวนปีของประสบการณ์ และจำนวนปีของการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้พลังอำนาจแบบโครงสร้างมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประเทศอินโดนีเซียด้วย สรุปว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจแบบมีโครงสร้างมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น

โคยาม่า และ มูรายามา (KoyamaU, Murayama N.;2011: 1) ศึกษาการพัฒนาและการประเมินผลความเที่ยงและความตรง ของระดับพลังอำนาจด้านศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขชุมชน ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยใช้การสัมภาษณ์ และใช้แบบสอบถาม จำนวน 401 คน ผล

การศึกษาพบว่า บุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนาน จะมีระดับพลังอำนาจ ด้านศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพสูง สรุปว่าในการวัดระดับการเพิ่มขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 28 รายการได้รับการพัฒนาและประเมินด้วยความเที่ยงและความตรงแล้วสามารถนำไปประเมินระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพในที่อื่นๆ ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการสร้างความเชื่อมั่น และความมั่นใจในการทำงานของอสม. ซึ่งประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้เพื่อเพิ่มศักยภาพของอสม. นั้นตามแนวคิดของเปาโล แพร์ ประกอบไปด้วย 4 วิธีการ คือ การเสวนา (dialogue) การสร้างความตระหนัก (awareness / consciousness) การปฏิบัติกิจกรรม (action) และการสะท้อนคิด (reflection) ทำให้อสม. มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และสร้างความมั่นใจมากที่สุด ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการนี้ มาเป็นกลไกในการดำเนินงาน ให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในตัวบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน แบบการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ที่ช่วยสนับสนุน ให้เกิดการคิด ตัดสินใจ และหาทางออกร่วมกัน เพื่อให้อสม. เกิดการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมากที่สุด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

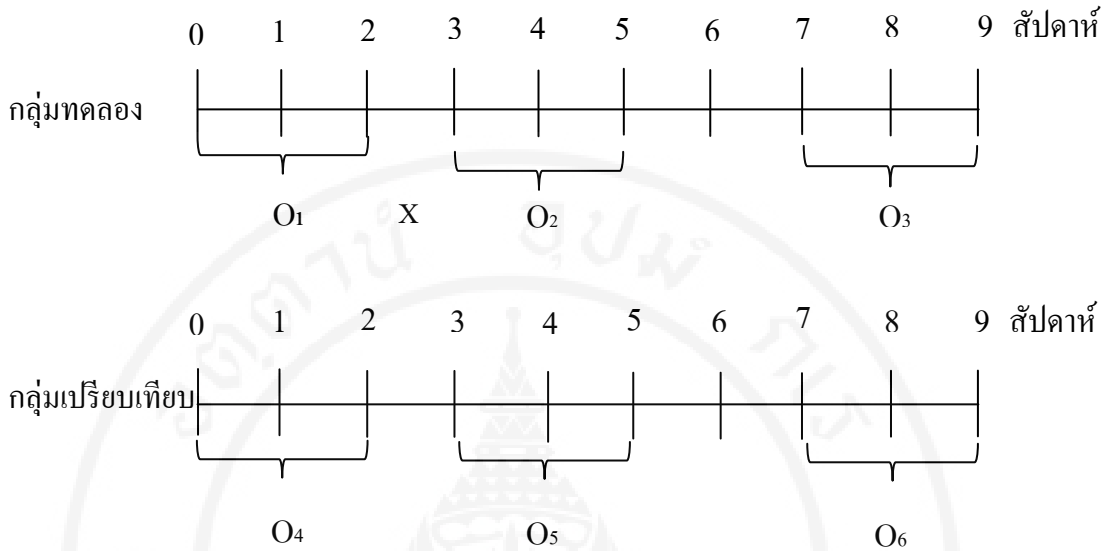
ระเบียบดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 5 ส่วน ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยนี้เป็นแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) เป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent Control Group Pretest Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยการสุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติงานที่ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด และได้มีการจัดกระทำสิ่งทดลองให้ตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่วนตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการจัดกระทำตามที่ได้รับเป็นประจำอยู่แล้วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีรูปแบบการทดลอง และรูปแบบการวิจัยดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย

O1,O4 หมายถึง การเก็บข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และแบบประเมินทักษะในการติดตามเยี่ยมบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง

O2,O5 หมายถึง การเก็บข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ของอาสาสมัครสาธารณสุขในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะทดลอง

O3,O6 หมายถึง การเก็บข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ของอาสาสมัครสาธารณสุขในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขจำนวนทั้งหมด 191 คน

3.2.2 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G Power version 3.1.10) ประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง (estimation of sample size) (นงลักษณ์, 2555)

เนื่องจากไม่ทราบค่าอิทธิพล (Effect size) จึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน (ปวีตรา สุทธิธรรม, 2554) เพื่อนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนของกลุ่มทดลอง 72.80 และ 6.96 กลุ่มเปรียบเทียบ 58 และ 7.66 ป้อนค่าสถิติทั้งสองกลุ่มลงในโปรแกรม เพื่อการวิเคราะห์ โดยเลือกสถิติกลุ่มทดสอบแบบ t-test และเลือกประเภทการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ แบบ Means: Difference between two independent means (two groups) ขนาดสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเท่ากัน กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยใช้การทดสอบทางเดียว

เมื่อได้ค่าอิทธิพล (Effect size) มีค่ามากกว่า 0.80 จำแนกได้ว่าเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ เท่ากับ 0.80 แทนค่าลงในโปรแกรม โดยกำหนดให้มีค่า $\alpha = .05$ และ $\beta (1-P) = .80$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เราจึงขอเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณ อีกร้อยละ 40 จึงได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 60 คน

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิธีการชักตัวอย่าง (Sampling technique) จากประชากร 191 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากนั้น จัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มละ 30 คน โดยใช้เกณฑ์การจับคู่จากคะแนนการวัดความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง โดยการจับเป็นคู่ เรียงตามลำดับคะแนนที่ได้ โดย

เลือกคะแนนที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน แล้วจึงชักตัวอย่างทีละคู่ โดยให้การจับครั้งแรกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คู่จับครั้งที่สองเป็นกลุ่มทดลอง จนกระทั่งครบ 30 คู่ จะได้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบรวมทั้งสิ้น 60 คน

3.2.3 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สุ่มเลือกมาจากประชากรที่ศึกษาจำนวน 60 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

อสม. ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป อยู่ในชุมชนเขตตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา อาสาสมัครเพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดอยู่ในละแวกรับผิดชอบอย่างน้อย 1 ราย มีครัวเรือนในละแวกที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน มีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย เป็นอสม. เชี่ยวชาญและอสม.ทั่วไป

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

อสม. ที่ไม่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดอยู่ในละแวกรับผิดชอบ และผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง ไต ตา หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง อย่างใดอย่างหนึ่ง ในระหว่างดำเนินการวิจัย และ อสม. มีเหตุอันสุดวิสัยที่ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุกระดูกขาหัก เดินไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้

เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา และยินดีเข้าร่วมการวิจัยแต่ต่อมาเปลี่ยนใจ ขอเลิกจากการศึกษาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยประยุกต์ใช้แนวทางการ

สร้างเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 วันมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

แผนกิจกรรมที่ 1 (วันที่ 1) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เรื่อง หลอมดวงใจเป็นหนึ่งเดียว เพื่อเปิดประตูลงชุมชน คู่พลังอำนาจในตัวเรา กิจกรรมนี้ให้ความสำคัญของการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน ในเรื่องความรู้ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ขาดนัด ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายจิตใจ มีความพิการจนกระทั่งเสียชีวิต และความเข้าใจการรับรู้เรื่องพลังอำนาจในตัวเรา ของ อสม. ในการให้คำปรึกษาและแนะแนวทางที่เหมาะสมตามความต้องการของแต่ละบุคคล

แผนกิจกรรมที่ 2 (วันที่ 1) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เรื่อง มารู้จักชุมชนของเรากันเถอะ กิจกรรมนี้ ให้ร่วมคิด ร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน โดยการเสวนากลุ่ม หลังจากฟังบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดสมองตีบต้องป่วยเป็นอัมพาต ได้รับการกายภาพบำบัด ปัจจุบันหายแล้วกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ เพื่อสร้างความตระหนัก ในการควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังเช่นคนต้นแบบ

แผนกิจกรรมที่ 3 (วันที่ 1) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที เรื่อง ร่วมแรงร่วมใจ จับมือผู้นำหาทีมร่วมทำ สร้างสุขให้ชุมชนของเรา กิจกรรมนี้ สร้างจิตสำนึกในการมีความรับผิดชอบต่อปัญหาของชุมชนตั้งแต่ร่วมวางแผน การกำหนดกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ การสร้างพันธสัญญา และเห็นความแตกต่างของผู้ที่มีพลังอำนาจในตัวเรา ต่อการมองปัญหาที่ไม่เหมือนกัน และการลงมือปฏิบัติในการติดตามเยี่ยมบ้าน

แผนกิจกรรมที่ 4 (วันที่ 2) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที เรื่อง สร้างชุมชน ให้เกิด พลังอำนาจในตัวเรา กิจกรรมนี้มุ่งเน้น แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวเรา ในระดับบุคคล และชุมชน เกิดการสะท้อนคิด เกิดแรงจูงใจ และการให้กำลังใจกันและกันที่จะกระทำต่อไป

ตารางที่ 3.1 กำหนดการจัดกิจกรรมในชุมชนตามตารางกำหนดการดังต่อไปนี้

วันที่	08.30-09.00 น.	09.00-10.00 น.	10.00-11.30 น.	11.30-12.30 น.	12.30-15.00 น.
1	พิธีเปิด	แผนการจัดกิจกรรมที่ 1	แผนการจัดกิจกรรมที่ 2	พักรับประทานอาหารกลางวัน	แผนการจัดกิจกรรมที่ 3
2		แผนการจัดกิจกรรมที่ 4			

(ที่มา : คู่มือการจัดการกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอีด อีดี ผู้,2554.)

3.3.2 เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัดและผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัด และช่องทางสำหรับการขอเลื่อนนัด ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ลักษณะคำถามเป็นแบบข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว จำนวน 19 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของอำพร ศรีโยธา (2555) และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยอื่นๆ

แปลผลการประเมินความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของบลูม (Bloom,1976:60) แบ่งเป็นคำร้อยละจำแนกได้ 3 ระดับดังนี้

ความรู้ในระดับสูง	คะแนนมากกว่าร้อยละ 80
ความรู้ในระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ 60-79
ความรู้ในระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของอำพร ศรีโยธา (2555) เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์ (2552) และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยอื่นๆ จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อความทางบวก	ตอบมากที่สุด	ให้คะแนน	5
	ตอบมาก	ให้คะแนน	4
	ตอบปานกลาง	ให้คะแนน	3
	ตอบน้อย	ให้คะแนน	2
	ตอบน้อยที่สุด	ให้คะแนน	1

แปลผลการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังต่อไปนี้

3.3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการเรียงลำดับการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ของเครื่องมือดังต่อไปนี้

3.4.1 การหา Face validity โดยให้บุคคลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา อ่านแบบสอบถาม และประเมินแบบสอบถามนี้ว่าวัดได้ตรงกับเรื่องที่ต้องการจะศึกษาหรือไม่

3.4.2 การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ โดยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ดุลพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุขชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และการสาธารณสุขชุมชน รวมจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.90-1.00 และวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.63 การวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าเท่ากับ 0.61 และการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ Interater reliability ในแบบสังเกตพฤติกรรมส่วนที่ 4 แบบประเมินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.95

3.4.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับทดสอบเครื่องมือ (Try out) โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 30 ชุด เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกันกับประชากรในพื้นที่ในการทำวิจัยในครั้งนี้

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์นั้นเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยได้คำนึงถึงมากที่สุด เพราะเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้อ่านทบทวนขั้นตอนการวิจัย ชักถามตามข้อสงสัย และยินยอมตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หรือแม้กระทั่งการยุติการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อมีเหตุขัดข้องต้องออกจากกระบวนการวิจัยกลางคัน ก็ย่อมทำได้ การปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมถือว่าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุป การวิเคราะห์ การนำเสนอข้อมูล เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ ได้เสนอโครงการไปที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ MUPH 2017-039 เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมผู้วิจัยอย่างถูกต้อง

3.4 วิธีการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งสิ้น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะติดตามผลการวิจัย

3.4.1 ระยะเตรียมการวิจัย

3.4.1.1 นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัย เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมทางการวิจัย

4.1.2 นำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ แจงผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระเบียบวิธีในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

4.1.3 เตรียมความพร้อมผู้ช่วยในการทำวิจัย จำนวน 4 ท่าน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และตรงกันในการทำกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ช่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมอบหมายตามหน้าที่

4.1.4 เลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเป็นผู้ที่มีความสมัครใจร่วมโครงการวิจัย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้คือจำนวน 60 คน

4.1.5 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลองที่ห้องประชุมศูนย์การเรียนรู้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล และระยะการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิในการตอบรับและปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับจะถือว่าเป็นความลับนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

4.1.6 ให้นำหนังสือขออนุญาตและชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อลงนามหากยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3.4.2 ระยะดำเนินการวิจัย

ระยะการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ดังต่อไปนี้

3.4.2.1 ระยะก่อนการทดลอง (2 สัปดาห์)

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของอาสาสมัครสาธารณสุข แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และแบบประเมินทักษะในการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข

3.4.2.2 ระยะดำเนินการทดลอง (2 วัน)

แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 (วันที่ 1)

เรื่อง หลอมดวงใจเป็นหนึ่งเดียว เพื่อเปิดประตูชุมชน สู่วัยพลังอำนาจในตัวเอง (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและเปิดใจ
2. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และภาวะแทรกซ้อน

อุปกรณ์

วีซีดีภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองแตก รูปภาพผู้ป่วยอัมพาตนอนติดเตียง

เป้าหมาย

อสม.ที่เข้ากลุ่มได้รวมตัวกันพูดคุยเสวนา รับรู้ถึงสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต ประสาทตา เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันต่อโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมการเรียนรู้

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
1. วิทยากรกระบวนกรทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เสื่อกินข้าวตามใบกิจกรรม	- ใบกิจกรรม
2. วิทยากรกระบวนกรสรุปตามใบความรู้	- ใบความรู้
3. วิทยากรกระบวนกรเกริ่นนำว่าพลัง อำนาจในตัวเองเป็นพลังที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เนื่องจากว่าเป็นพลังที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดสามารถผ่านพ้นปัญหาวิกฤตได้ เพราะพลังนี้จะช่วยให้คนในกลุ่มมีพลังใจที่เข้มแข็ง พยายามที่จะหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแทนที่จะหนีปัญหา ซึ่งพลังนี้จะสามารถถ่ายทอด ให้	

กิจกรรมการเรียนรู้(ต่อ)

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
<p>ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้เรียนรู้และเรียนแบบ แต่พลังอัดฮีดสู๊ เป็นพลังที่ไม่คงที่ ต้องอาศัยการสะสมอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการช่วยเหลือกันระหว่างอสม.กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดก่อนจนก่อให้เกิดความผูกพัน และสัมพันธ์ภาพที่แน่นเหนียว จึงจะเป็นรากฐานที่ผูกใจ อสม.ให้มาร่วมแรงร่วมใจกัน</p>	
<p>4.วิทยากรกระบวนการเปิดวิถีชีวิตภาพหรือให้ดูภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองแตก หรือรูปภาพผู้ป่วยอัมพาตนอนติดเตียง ให้อสม.ดู พร้อมคำถาม ความคิดเห็นว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการชมวิถีชีวิตหรือดูภาพ - มีความรู้สึกอย่างไร - ชุมชนของท่านเคยประสบเหตุการณ์แบบนี้หรือไม่ - มีวิธีการจัดการกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร 	<ul style="list-style-type: none"> - วิถีการเจ็บป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองแตก - รูปภาพผู้ป่วยอัมพาตนอนติดเตียง
<p>5.วิทยากรกระบวนการสรุปตามใบความรู้2</p>	<p>- ใบความรู้ 2</p>

(ที่มา : คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอัด ฮีด สู๊,2554.)

แผนกิจกรรมครั้งที่ 2 (วันที่ 1)

เรื่อง มารูจักชุมชนของเรากันเถอะ(ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการขาดนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อฝึกทักษะให้เกิดพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดของ

อสม.ที่ถูกต้อง

อุปกรณ์

1. เตรียมบุคคลต้นแบบ 1 คน ให้มาเล่าประสบการณ์ที่เคยป่วยเป็นโรคอัมพาต แต่ปัจจุบันหายดีเป็นปกติ โดยใช้เวลาเล่า 10 นาที
2. บัตรคำ/กระดาษเอ 4

3. กระดาษปอนด์

4. ปากกาเคมี/ปากกา/ดินสอ

เป้าหมาย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถรับรู้สถานการณ์ สภาพปัญหา ความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งปัญหาความต้องการและกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นของผู้ใดผู้หนึ่ง แต่มีผลกระทบต่อชุมชน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมคิด ร่วมมือกันแก้ไข แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำงานร่วมกันอย่างราบรื่น มีพฤติกรรมในการเยี่ยมบ้านที่ถูกต้องตามขั้นตอน

กิจกรรมการเรียนรู้

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
1. วิทยากรกระบวนการเชิญบุคคลต้นแบบมาแล้วประสบการณ์ที่เคยป่วยเป็นโรคอัมพาต แต่ปัจจุบันหายดีเป็นปกติ	- บุคคลต้นแบบมาแล้วประสบการณ์ที่เคยป่วยเป็นโรคอัมพาต แต่ปัจจุบันหายดีเป็นปกติ ประมาณ 10 นาที
2. วิทยากรกระบวนการแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน แจกกระดาษหรือบัตรคำให้สมาชิกแต่ละคนตอบคำถามตามใบกิจกรรม 1.1	- ใบกิจกรรม 1 (ใบกิจกรรม 1.1) - บัตรคำ/กระดาษเอ 4 - กระดาษปอนด์ - ปากกาเคมี - ปากกา/ดินสอ - ใบกิจกรรม 1.2
3. ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอ	
4. วิทยากรกระบวนการสรุปหรือให้ตัวแทนกลุ่มมาสรุป จากที่แต่ละกลุ่มได้ออกมานำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มโดยเขียนลงในกระดาษปอนด์ และให้สมาชิกทุกคนร่วมกันเลือกประเด็นที่สำคัญ และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด มากที่สุด 3 ปัญหา โดยให้สมาชิกยกมือลงคะแนนเลือกคนละ 3 ประเด็น และจัดอันดับประเด็นที่ได้คะแนนเป็นอันดับที่ 1-3 ตามกิจกรรม 2.1	- ใบกิจกรรม 2 (ใบกิจกรรม 2.1) - กระดาษปอนด์

กิจกรรมการเรียนรู้(ต่อ)

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
5.วิทยากรกระบวนการให้สมาชิกสรุปบทเรียนที่ได้จากการทำกิจกรรมตามข้อ 2 และกิจกรรมตามข้อ 4 ในประเด็น - แต่ละกลุ่มมีวิธีการทำงานอย่างไร - ระหว่างการทำกิจกรรมตามข้อ 2 และตามข้อ 4 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมให้สมาชิกอยากมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน	
6.วิทยากรกระบวนการสุ่มถามและสรุปเพิ่มเติมตามใบความรู้	- ใบความรู้

(ที่มา : คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังชีวิต ฮีต ผู้,2554.)

แผนกิจกรรมครั้งที่ 3 (วันที่ 1)

เรื่อง ร่วมแรงร่วมใจ จับมือผู้นำ หากิ่มร่วมทำ สร้างสุขให้ชุมชนของเรา (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อพัฒนาทักษะในการคิดแก้ไขปัญหาและวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ของอสม.

อุปกรณ์

กระดาษปอนด์ สก๊อตเทป ป้ายบอกระดับความรู้สี 4 ระดับ ปากกาเคมี

เป้าหมาย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมใดๆ เพื่ออสม.ได้ร่วมคิด ร่วมค้นหา ร่วมวางแผน ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย นำไปสู่การรับผิดชอบร่วมกัน และทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการเรียนรู้

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
1.วิทยากรกระบวนการทบทวนปัญหาและความต้องการหรือประเด็นเรื่องที่ต้องการพัฒนาที่ผ่านการคัดเลือกมา(ในแผนการจัดกิจกรรมที่2) จำนวน 3 ประเด็น และนำมาติดบอร์ด	- บอร์ดที่เขียนประเด็นที่สมาชิกเลือกไว้ 3 ประเด็น (จากแผนการจัดกิจกรรมที่ 2)

กิจกรรมการเรียนรู้ (ต่อ)

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
2.วิทยากรกระบวนการนำป้ายบอกระดับความรู้สี่ 4 ระดับ ไปติดตามมุมต่าง ๆ จากนั้นหยิบยกตัวอย่างประเด็นปัญหาและความต้องการหรือประเด็นเรื่องที่ยากพัฒนา อันดับ 1 ขึ้นมา และให้สมาชิกแต่ละคนประเมินว่า มีความรู้สี่กรุนแรงมากน้อยอย่างไรต่อปัญหาหรือต่อประเด็นเรื่องที่ยากพัฒนาว่าถ้าไม่ได้รับการพัฒนางจะส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างไรคือ	-ป้ายบอกระดับความรู้สี่ 4 ระดับ
(1) ไม่รู้สี่ทุกข์เท่าไรทนได้สบายมาก (2) เริ่มรู้สี่ทุกข์แต่ยังทนได้ (3) รู้สี่ทุกข์มากทนไม่ค่อยไหว (4) รู้สี่ทุกข์มากจนสุดจะทนแล้ว โดยให้สมาชิกแต่ละคนยืนตามป้ายที่ตรงกับความรู้สี่ของตนเอง	
3.ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มที่มีความรู้สี่เดียวกันร่วมกันพูดคุยว่า เพราะอะไรจึงเลือกให้น้ำหนักความรู้สี่ของตนเช่นนี้ และส่งตัวแทนนำเสนอในกลุ่มใหญ่	
4.วิทยากรกระบวนการสรุปให้เห็นว่าอสม.มีวิธึมองปัญหา หรือมีมุมมองในเรื่องการพัฒนาคที่แตกต่างกัน บางคนอาจรู้สี่ทุกข์มาก บางคนอาจรู้สี่ทุกข์น้อยในเรื่องเดียวกันมีปัจจัยใดที่ทำให้คนในชุมชนเกิดความรู้สี่ต่างกันเช่นนั้นตามใบความรู้ 1	-ใบความรู้ 1
5.ให้สมาชิกแต่ละคนพิจารณาประเด็นในบอร์ดที่คิดไว้ในข้อ 1 แล้วตัดสินใจเลือกปัญหาที่ตนอยากแก้ไขหรือเลือกที่จะพัฒนา คนละ 1 ประเด็น โดยเขียนชื่อตนเองใต้ประเด็นที่เลือก	- ปากกาเคมี
6.แบ่งกลุ่มสมาชิกเป็น 3 กลุ่มตามประเด็นที่สมาชิกเลือก เพื่อร่วมกันคิดหากิจกรรมที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือสนองตอบความต้องการพัฒนาของชุมชนได้ ตามใบกิจกรรม 1	-ใบกิจกรรม 1

กิจกรรมการเรียนรู้ (ต่อ)

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
7.วิทยากรกระบวนการสรุปผลที่ได้ และให้ข้อเสนอแนะว่ากิจกรรมที่ไม่ได้รับเลือกก็เป็นกิจกรรมที่สำคัญ ชุมชนสามารถเก็บไว้เป็นกิจกรรมที่จะทำต่อไปในอนาคตได้	
8.วิทยากรกระบวนการให้แต่ละกลุ่มร่วมกันคิดและกำหนดโครงการ พร้อมใส่รายละเอียดของกิจกรรมหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกกลุ่มไปกิจกรรมที่ 2	- ใบกิจกรรม 2 - กระดาษปอนด์
9.วิทยากรกระบวนการสรุปโครงการ/กิจกรรมที่แต่ละกลุ่มนำเสนอ และเชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญของการทำพันธสัญญาร่วมกันเพื่อแสดงความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อนงานให้เกิดเป็นรูปธรรม ตามใบความรู้ 2	- ใบความรู้ 2
10.วิทยากรกระบวนการให้สมาชิกทุกคนร่วมกันคิดกำหนดวันประกาศการนำกิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อนัดหมายและเชิญชวนให้สมาชิกทุกคนร่วมแสดงพลังเพื่อสร้างสุข โดยให้ทุกคนจับมือล้อมกันเป็นวงกลม และคิดหาสัญลักษณ์ประจำกลุ่ม หลังจากนั้นวิทยากรกระบวนการกล่าวปิดกลุ่ม	

(ที่มา : คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังชีวิต ฮีต ผู้,2554.)

แผนกิจกรรมครั้งที่ 4 (วันที่ 2)

เรื่อง สร้างชุมชน ให้เกิด พลังอำนาจในตัวเอง (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับอสม.เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้าน

อุปกรณ์

บัตรคำ บอร์ดสำหรับติดบัตรคำ กระดาษสี การดาษเอ 4 เพลงที่มีเนื้อหาให้กำลังใจ

เป้าหมาย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีพลังผู้ เป็นต้นแบบให้กับคนอื่น ๆ ในชุมชน เกิดความเข้มแข็งในชุมชน

กิจกรรมการเรียนรู้

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
<p>กิจกรรมการเรียนรู้</p> <p>1.แบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่ผ่านมาทั้งหมดจากการทำแผนการจัดกิจกรรมที่ 1-3 และส่งตัวแทนนำเสนอในรูปแบบของสมาชิก เช่น นำเสนอปกแปล่า My Mapping</p>	<p>- กระดาษปอนด์ - ปากกาเคมี</p>
<p>2.วิทยากรกระบวนการสรุปและเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนที่ยังขาดอยู่</p>	
<p>3.ให้สมาชิกแต่ละคนคิดว่า เมื่อเกิดเหตุวิกฤตหรือมีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด มีอะไรบ้าง มีใครบ้าง ที่จะช่วยให้ชุมชนผ่านพ้นวิกฤตนั้น ๆ ไปได้ โดยเขียนลงในบัตรคำและนำไปติดบอร์ด</p>	<p>-บัตรคำ -บอร์ดสำหรับติดบัตรคำ</p>
<p>4.วิทยากรกระบวนการรวบรวมบัตรคำและจัดหมวดหมู่แยกตามประเภท พร้อมสรุปให้อส.เห็นถึงต้นทุนทรัพยากรที่จะช่วยให้ออส.มีพลัง</p>	<p>-ใบความรู้ 1</p>
<p>5.วิทยากรกระบวนการแจกกระดาษสี หรือกระดาษเอ4 ให้สมาชิกคนละ 1 แผ่น ให้สมาชิกจับคู่กันเขียนวิธีการที่จะสร้างให้ออส.มีพลัง</p>	<p>-ใบกิจกรรม</p>
<p>6.วิทยากรกระบวนการสุ่มถามสมาชิกว่า เลือกวิธีการใด เพราะเหตุใด และสรุปเพิ่มเติมตามใบความรู้ 2</p>	<p>-ใบความรู้ 2</p>
<p>กิจกรรมการเรียนรู้</p>	<p>สื่อ/เนื้อหา</p>
<p>7.แบ่งสมาชิกเป็นกลุ่ม ๆ ละ 15 คน ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มหันหลังและจับมือเป็นวงกลม โดยขอให้สมาชิกหาวิธีการหันหน้าเข้าหากันโดยห้ามให้มีมือหลุดออกจากรัน หลังจากนั้นก็วิทยากรกระบวนการสุ่มถามกลุ่มที่ท่าเสร็จเร็วที่สุดว่ามีวิธีการทำอย่างไร และถามกลุ่มที่เสร็จช้าว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้น และวิทยากรกระบวนการสรุปตามใบความรู้ที่ 3</p>	<p>-ใบความรู้ 3</p>

กิจกรรมการเรียนรู้ (ต่อ)

กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/เนื้อหา
<p>8. ให้สมาชิกจับมือกันเป็นวงกลมซ้อนกันสองวงหันหน้าเข้าหากันและยืนตรงกันเป็นคู่ๆ ให้แต่ละคู่จับมือกันและพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จากนั้นให้คนที่อยู่ในวงกลมวงในยืนอยู่กับที่ส่วนคนที่ยืนอยู่นอกวงเคลื่อนไปทางขวามือโดยใช้วิทยากรกระบวนกรเป็นผู้บอกสัญญาณให้ทั้งคู่อับมือและให้กำลังใจ ทำจนครบวงกลมในขณะที่ทำกิจกรรมนี้ให้เปิดเพลงบรรเลง</p>	<p>-เพลงที่มีเนื้อหาให้กำลังใจ -ความเหมาะสมของสมาชิก</p>
<p>9. เมื่อเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมวิทยากรกระบวนกรถามความรู้สึกของสมาชิกว่า รู้สึกอย่างไรและคำให้กำลังใจใดที่ ยังประทับใจอยู่ในหัวใจจากนั้นวิทยากรกระบวนกร สรุปรายข้อให้ทุกคนเก็บความประทับใจไว้ เพื่อเป็นกำลังใจยามเมื่อเกิดทุกข์ ขณะเดียวกันเมื่อเห็นผู้อื่นมีทุกข์อย่าลืมให้กำลังใจเขาด้วย เพราะการให้กำลังใจกัน จะทำให้คนเราสามารถทนต่อความทุกข์ได้</p> <p>10. ให้ทุกคนจับมือรวมกันเป็นวงกลมใหญ่ และเปิดเพลงที่มีเนื้อหาบ่งบอกถึงการให้กำลังใจกันให้สมาชิกโยกตัวและร่วมร้องเพลง</p>	<p>-เพลงที่มีเนื้อหาให้กำลังใจ -ความเหมาะสมของสมาชิก</p>

(ที่มา : คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังชีวิต อีดี ซีดี, 2554.)

3.4.2.3 ระยะหลังการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง(ครั้งที่1) 2 สัปดาห์ ได้แก่แบบสอบถาม ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และแบบประเมินพฤติกรรมในการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.4.3 ระยะติดตามผลการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง(ครั้งที่2) 2 สัปดาห์ ระยะเวลาหลังจากจบการทดลองแล้ว 1 เดือน ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และแบบประเมินพฤติกรรมในการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แล้วเสร็จลง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้
คือ

3.5.1 การเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

3.5.1.1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและจัดหมวดหมู่ข้อมูลโดยแยกแบบสอบถามที่ได้มาจากกลุ่มทดลองและแบบสอบถามที่ได้มาจากกลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามว่าครบตามจำนวนที่กำหนดไว้หรือไม่ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องต้องมีการดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่ม

3.5.1.2 ผู้วิจัยให้รหัสข้อมูลในแบบสอบถามและลงรหัสข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์และลงบันทึกด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แบบสำเร็จรูป

3.5.1.3 ผู้วิจัยสร้างแฟ้มข้อมูลเพื่อลงบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลภายหลังการบันทึกข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการลงรหัสผิดหรือการพิมพ์ข้อมูลผิด โดยการตรวจสอบจากการกระจายความถี่ของข้อมูล

3.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล มีระดับความมีนัยสำคัญ หรือระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.5.2.1 ใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยมัชฌิมเลขคณิต Fisher's Exact test และ Independent t-test สำหรับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

3.5.2.2 ใช้สถิติ Repeated-measure ANOVA การเปรียบเทียบความแตกต่างระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในส่วนของความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ผลของการวิเคราะห์สามารถนำเสนอได้เป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 33.3 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย กลุ่มทดลอง 55.8 (SD 9.81) ปี กลุ่มเปรียบเทียบ 52.3 (SD 12.26) ปี แสดงว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนอายุต่ำสุด และอายุสูงสุด ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มทดลอง 34-77 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ 22- 75 ปี) และรองลงมาทั้ง 2 กลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.7 และ 30.0 ตามลำดับ

เพศ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.7 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

สถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 73.3 ตามลำดับ รองลงมาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ

อาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา ในกลุ่มทดลอง ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 26.7

รายได้เฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย/เดือน น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 86.7 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย ของรายได้/เดือน ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 4,930.53 (SD 4,109.10) บาท และในกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 7,523.33 (SD 7,786.53) บาท ตามลำดับ แสดงว่าในกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน สูงกว่า กลุ่มทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบรายได้ต่ำสุดและรายได้สูงสุดแล้ว กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้สูงสุด สูงกว่ากลุ่มทดลอง (กลุ่มทดลอง 600-15,000 บาท กลุ่มเปรียบเทียบ 600-36,000 บาท)

ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 60.0 ตามลำดับ รองลงมา ในกลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 16.7

ประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 10-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม โดยมีค่าเฉลี่ยของประสบการณ์ในการเป็น อสม. ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.53 (SD 9.71) ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 13.87 (SD 9.60) ปี และปีที่มีประสบการณ์ในการเป็นอสม.ต่ำสุด และสูงสุด ของกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่ากลุ่มทดลอง (กลุ่มทดลอง 1-32 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ 1-34 ปี) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Chi-square test และ Independent t-test พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 (ตารางที่ 4.1)

อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ใช่อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 63.3 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 4.1)

ระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 56.7 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 4.1)

ระดับการรับรู้พลังอำนาจของอสม.

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.3 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการรับรู้พลังอำนาจ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.7 (ตารางที่ 4.1)

ระดับพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม.

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 60.0 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 62.55 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ(ปี)					
<40	2	6.7	5	16.6	.27 ^b
40-49	5	16.7	6	20.0	
50-59	12	40.0	10	33.3	
>60	11	36.7	9	30.0	
	$\bar{X}=55.8$	S.D.=9.81	$\bar{X}=52.3$	S. D.=12.26	
	Min.=34	Max.=77	Min.=22	Max.=75	
เพศ					
ชาย	1	3.3	1	3.3	1.0 ^a
หญิง	29	96.7	29	96.7	
สถานภาพสมรส					
โสด	3	10.0	2	6.7	.70 ^a
คู่	19	63.3	22	73.3	
หม้าย/หย่า/แยก	8	26.7	6	20.0	
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	8	26.7	4	13.3	.06 ^a
เกษตรกรกรรม	14	46.7	8	26.7	
รับจ้าง	6	20.0	13	43.3	
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	2	6.7	5	16.7	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/บาท					
<10,000	25	83.3	26	86.7	.26 ^b
10,000-50,000	5	16.7	4	13.3	
	$\bar{X}=4,930.53$	S.D.=4,109.10	$\bar{X}=7,523.33$	S.D.=7,786.53	
	Min.=600	Max.=15,000	Min.=600	Max.=36,000	

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามข้อมูล ทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	15	50.0	18	60.0	0.81 ^a
มัธยมศึกษาต้น	5	16.7	5	16.7	
มัธยมปลาย/ปวช.	8	26.7	5	16.7	
ปริญญาตรี	2	6.7	2	6.7	
ประสบการณ์การทำงานเป็นอสม.					
<5	4	13.3	7	23.3	0.74 ^b
5-9	7	23.3	2	6.7	
10-14	8	26.7	8	26.7	
15-19	2	6.7	3	10.0	
20-24	3	10.0	5	16.7	
>25	6	20.0	5	16.7	
	$\bar{X}=13.53$	S.D.=9.71	$\bar{X}=13.87$	S.D.=9.60	
	Min.=1	Max.=32	Min.=1	Max.=34	
อสม.เชี่ยวชาญ					
ใช่	9	30.0	11	36.7	0.78 ^a
ไม่ใช่	21	70.0	19	63.3	
ความรู้เรื่องโรค					
ความดันโลหิตสูง					
ระดับสูง	14	46.7	13	43.3	1.0 ^b
ระดับต่ำ	16	53.3	17	56.7	
	$\bar{X}=12.73$	S.D.=0.41	$\bar{X}=12.20$	S.D.=0.37	
	Min.=8	Max.=17	Min.=7	Max.=16	

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรับรู้พลังอำนาจของอสม.					
ระดับสูง	14	46.7	20	66.7	1.0 ^b
ระดับต่ำ	16	53.3	10	33.3	
	$\bar{X}= 3.81$	S.D.= 0.57	$\bar{X}= 4.01$	S.D.= 0.38	
	Min.= 2.64	Max.= 4.82	Min.= 3.36	Max.= 4.99	
พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม.					
ระดับสูง	18	60.0	10	33.3	0.69 ^b
ระดับต่ำ	12	40.0	20	66.7	
	$\bar{X}= 22.7$	S.D.= 3.18	$\bar{X}= 21.43$	S.D.= 4.06	
	Min.=17	Max.=29	Min.= 12	Max.=29	

^a Fisher’s Exact test

^b Independent t-test

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอสม.และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม. ระยะเวลาการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาเมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA พบว่าภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=13.99$ $p\text{-value} = < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคู่ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.05$) แต่ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน (ตารางที่2) ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ($F=3.04$ $p\text{-value} = 0.053$) ไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงของเวลา (ตารางที่4.2)

2.2 การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด

ผลการศึกษาเมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA พบว่าภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.20$ $p\text{-value} = 0.003$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคู่ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.05$) แต่ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน (ตารางที่) ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้พลังอำนาจของ

อาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ (F = 0.05 p-value = 0.947) ไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงของเวลา (ตารางที่ 4.2)

2.3 พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้

ผลการศึกษาเมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA พบว่าภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=149.88 p-value = < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคู่ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = < 0.05) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = < 0.05) แต่ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน (ตารางที่) ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ (F = 0.56 p-value = 0.570) ไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงของเวลา (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอสม.และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม. ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)		
	MD	Std. Er.	p-value	MD	Std. Er.	p-value
ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-3.16	0.62	0.000	-0.90	0.42	0.052
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-2.33	0.62	0.001	-1.23	0.59	0.059
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	0.83	0.62	0.163	-0.33	0.50	1.000
	F=13.99 p-value = < 0.001			F=3.04 p-value = 0.053		
การรับรู้พลังอำนาจ						
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-0.41	0.12	0.004	0.03	0.11	1.000
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.33	0.12	0.013	0.00	0.11	1.000
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	0.07	0.12	1.000	-0.03	0.11	1.000
	F = 6.20 p-value = 0.003			F = 0.05 p-value = 0.947		
พฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน						
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-7.16	0.59	0.000	-0.96	0.92	0.226
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-7.30	0.58	0.000	-0.63	0.92	0.364
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.13	0.10	0.634	0.33	0.92	0.201
	F=149.88 p-value = < 0.001			F = 0.56 p-value = 0.570		

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอสม.และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม. ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

3.1 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาเมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA พบว่าผล คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.98$, $p - value = < 0.001$) (ตารางที่ 4.3) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.01$, $p - value = < 0.001$) และพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.14$, $p - value = 0.004$) (ตารางที่ 4.2)

3.2 การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดหนัก

ผลการศึกษาเมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA พบว่าผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.65$, $p - value = 0.013$) และพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.22$, $p - value = 0.008$) (ตารางที่ 4.2)

3.3 พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดหนัก

ผลการศึกษาเมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA พบว่าผล คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.25$, $p - value = < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน (ตารางที่ 4.3) ที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.62$, $p - value = < 0.001$) และพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 103.74$, $p - value = < 0.001$) (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอสม. และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม. ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง					
ภายในกลุ่ม					
เวลา	147.54	2	73.77	19.01	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	199.12	58	3.43		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	123.34	1	123.34	18.98	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	188.49	29	6.50		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลา					
กลุ่มและเวลา	38.54	2	19.27	6.14	0.004
ความคลาดเคลื่อน	182.12	58	3.14		
การรับรู้พลังอำนาจ					
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1.25	2	0.63	4.65	0.013
ความคลาดเคลื่อน	7.81	58	0.14		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	0.13	1	0.13	0.42	0.522
ความคลาดเคลื่อน	8.95	29	0.39		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลา					
กลุ่มและเวลา	1.64	2	0.82	5.22	0.008
ความคลาดเคลื่อน	9.09	58	0.16		

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอสม. และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม. ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) (ต่อ)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน					
ภายในกลุ่ม					
กลุ่ม	645.64	2	322.82	85.62	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	218.69	58	3.77		
ระหว่างกลุ่ม					
เวลา	1388.89	1	1388.89	85.25	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	472.44	29	16.29		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลา					
กลุ่มและเวลา	415.51	2	207.76	103.74	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	116.16	58	2.00		

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อ อสม.เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มีความรู้สึกเป็นอิสระในการตัดสินใจ ตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตน และสามารถพึ่งตนเองได้ โดยการสร้างเสริมพลังด้านความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมเยี่ยมบ้านของอสม.ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 60 คนแบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน เริ่มการศึกษาตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2560 รวมระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 9 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และแบบสังเกตการณ์พฤติกรรม โดยเก็บข้อมูล 3 ระยะ ใช้แบบสอบถามและแบบสังเกตการณ์พฤติกรรมชุดเดียวกันทั้ง 3 ระยะ เริ่มจากระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมเยี่ยมบ้านของ อสม.ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพิ่มขึ้น นำข้อมูลมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 50-59 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ อาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพ รับจ้าง รายได้เฉลี่ย/เดือน น้อยกว่า 10,000 บาท แต่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 10-14 ปี แต่กลุ่มทดลอง

มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ใช่อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อ กลุ่มทดลองมีอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ระดับความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองใกล้เคียงกัน อยู่ในระดับต่ำทั้งสองกลุ่ม ส่วนการรับรู้กลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีตรา สุทธิธรรม (2554:76), นวรัตน์ ภูหิน (2555:68) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท และจากการศึกษาของอำพร ศรีโยธา (2555:91) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 10-14 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพา พูลสวัสดิ์ (2557:83) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 10)

ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = 1.00$) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = <0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดจาก โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ช่วยให้ อสม.เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลจากการศึกษาวิจัยสนับสนุนแนวคิดของเปาโลแฟร์ การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เอื้อให้บุคคลมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จะช่วยให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้อยู่ได้อย่างมีความสุขในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลง ในสถานการณ์ที่เขาอาศัยอยู่ในขณะนั้น และการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม ต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ด้าน ทั้งการเปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูลสื่อสาร เพื่อให้เขามีความรู้ มีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ แก้ปัญหา และเปิดโอกาสให้เข้าร่วมในกิจกรรมเพื่อสาธารณะ การส่งเสริมการดำเนินงานที่มีความรับผิดชอบ โปร่งใส และตรวจสอบได้ และการส่งเสริมศักยภาพขององค์กรส่วนท้องถิ่น ปรากฏ จิโรจน์กุล (2556: 80-82) การสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม จากการทำกิจกรรมร่วมกันในการที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ผลลัพธ์ของกระบวนการนี้ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่รู้สึกอิสระในการตัดสินใจ ตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง และพึ่งตนเองได้ (นิศย์ ทัศนีย์มและคณะ, 2555)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของเปาโล แพร์ มาทำกิจกรรมร่วมกันในการที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ผลลัพธ์ของกระบวนการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นภาวะที่คนมีความรู้สึกเป็นอิสระในการตัดสินใจ ตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตน และสามารถพึ่งตนเองได้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1. การเสวนา (dialogue) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แล้วไม่ได้รับการรักษาขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง แล้วจึงเปิดโอกาสให้ อสม. ได้เสวนาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ ถึงประเด็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแสดงความคิดเห็นตามมุมมองของแต่ละคน ที่เคยร่วมกันทำงานคิดหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง เมื่อได้ข้อสรุปจึงมานำเสนอในกลุ่มใหญ่ 2. การสร้างความตระหนัก (awareness / consciousness) อสม. ได้รับฟังบุคคลต้นแบบ เล่าประสบการณ์ชีวิตช่วงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง แล้วกลับมาหาย และสามารถกลับมาใช้แขนขาได้ตามปกติ อสม. ได้รับรู้ ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาการเจ็บป่วย ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ทำให้ได้คิด และเริ่มมองศักยภาพของตนเองในการให้ความสำคัญในการจัดการกับปัญหา ด้วยความใส่ใจ เปิดโอกาสให้พูดคุยและแลกเปลี่ยนปัญหากัน เพื่อเริ่มตัดสินใจทำบางอย่างเพื่อแก้ไขปัญหา ได้ข้อสรุปแล้วมานำเสนอในกลุ่มใหญ่ 3. การปฏิบัติกิจกรรม (action) อสม. ได้ดูสถานการณ์จำลองเพื่อสาธิตวิธีการเยี่ยมบ้านตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน เพื่อเสริมพลังอำนาจ เน้นการเรียงลำดับตามเหตุการณ์ก่อน-หลัง และอสม. ได้ลงมือฝึกปฏิบัติจริงทุกคนจนครบ 30 คนภายในกลุ่มย่อย และ 4. การสะท้อนคิด (reflection) อสม. ได้ทำกิจกรรมร่วมกันวางแผน โดยยกตัวอย่างปัญหา 1 ปัญหาจากความรู้สึก 4 ระดับของความรู้สึกที่มีคะแนนตรงกันมากที่สุด ที่ได้คิดและไตร่ตรองแล้ว เพียงปัญหาเดียวก่อน แล้วจึงกำหนดกิจกรรม แก้ไขปัญหา และทำสัญญาร่วมกัน เพื่อแสดงความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อน ตามทรัพยากรที่มีจำกัดในชุมชน และเสริม

ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานด้วยการเสริมสร้างกำลังใจ ให้กำลังใจกันและกัน เป้าหมายหรือผลลัพธ์ คือต้องการให้ออส.เกิดพลังอำนาจในตนเอง

เมื่อดำเนินกิจกรรมมาถึงระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.163$) แสดงว่าเมื่อเวลาผ่านไปหลังสิ้นสุดการทำโปรแกรมแล้ว ความรู้ของออส.มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เพราะออส.ยังมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องกับจนท. โดยมีข้อซักถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยอยู่ตลอดในระหว่างลงปฏิบัติงาน และใช้คู่มือออส.ประกอบในการให้ข้อมูลผู้ป่วยอยู่เสมอ

เมื่อวิเคราะห์ผลการทดลองรายชื่อ สามารถระบุการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะข้อที่มีคะแนนก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน เช่นการมีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานๆ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดที่ตา ทำให้ตาบอดได้ ออส.มีความเข้าใจว่าความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดที่ตา แต่ไม่ทำให้ตาบอดได้ เนื่องจากไม่เคยทราบข้อมูลเช่นนี้มาก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มออส.มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้เพิ่มขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา พูลสวัสดิ์ (2557:83) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี พบว่าหลังการทดลอง ออส.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีความรู้ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนวรรตน์ ภูเหิน (2555:71) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันวันโรคปอดในชุมชน อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการทดลอง ออส.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดสูงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปวีตรา สุทธิธรรม (2554:73) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าหลังการทดลอง ออส.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิด

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = 1.00$) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิด เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = <0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ช่วยให้ อสม.เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อวิเคราะห์ผลการทดลองรายชื่อ สามารถระบุการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะข้อที่มีคะแนนก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน ได้แก่ การควบคุมอาหารรสหวาน มัน และเค็ม ช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ปกติ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจาก อสม. ได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อากาศ และภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้ยาลดความดัน ได้เห็นบุคคลต้นแบบได้ฝึกการวิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำแผนแก้ไขปัญหา การได้เห็นตัวอย่างสาธิตการเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งฝึกทดลองปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ทำให้อสม.เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของยูพา พูลสวัสดิ์ (2557:83) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี พบว่าหลังการทดลอง อสม.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ เกิดการรับรู้สมรรถนะในตน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนวรรตน์ ภูเหิน (2555:71) ที่ศึกษาการประยุกต์ ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ป้องกันโรคปอดในชุมชน อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการทดลอง อสม.ที่ได้รับ กระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอสม.ต่อการป้องกันโรค ปอดในชุมชนสูงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปวีตรา สุทธิธรรม (2554:73) ที่ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรับรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าหลังการทดลอง อสม.ที่ ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีการรับรู้พลังอำนาจและการรับรู้ความสามารถใน การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงขาดนัด

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงขาดนัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = 0.69$) หลังจากเข้าร่วม กิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงขาดนัด เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = <0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง ขาดนัด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดจาก โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ช่วยให้ อสม.เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อวิเคราะห์ผลการทดลองรายชื่อ สามารถระบุการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านของ อาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัดเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะข้อที่มีคะแนนก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ระยะหลัง

การทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน เช่น ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน และขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยอมรับและไว้วางใจ เนื่องจากอสม. มีคู่มือการเยี่ยมบ้าน แบบฟอร์มติดตามการเยี่ยมบ้าน ที่จะต้องลงบันทึกการเยี่ยม ตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ทำให้พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นไปตามขั้นตอนทั้งหมดอย่างครบถ้วน ประกอบกับได้รับความเชื่อมั่น ทำให้อสม.มีพฤติกรรมที่ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษากับงานวิจัยต่างประเทศของชาเรทรา (Shrestha S.;2003:120) ที่ศึกษากระบวนการและผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพศหญิง ในการเพิ่มขึ้นของการยอมรับการคุมกำเนิดในกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้วของกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในประเทศเนปาล พบว่าหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับการกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีทักษะและความมั่นใจในการแนะนำด้านการวางแผนครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าหญิงกลุ่มวัยเจริญพันธุ์มีพฤติกรรมในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลอง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง รูปแบบการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนทดลอง และหลังทดลอง (Quasi-Experimental Research with two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 22-77 ปี ชาวบ้านในชุมชนให้การยอมรับนับถือ สมัครใจช่วยชุมชน มีเวลาพอเพียง มีความคล่องตัวในการประสานงาน พออ่านออกเขียนได้ เป็นตัวอย่างที่ดีในการพัฒนาสุขภาพ ไม่เป็นข้าราชการ หรือ ลูกจ้างของรัฐ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดอย่างน้อย 1 คน ในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครอย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านโพธิ์หรือในพื้นที่ที่ทำการศึกษ จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2560 รวมระยะเวลาที่ทำการศึกษาทั้งหมด 9 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม และแบบประเมินการสังเกต พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ส่วน โดยนำเครื่องมือทั้ง 4 ส่วนไปตรวจสอบคุณภาพ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุขชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และการสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งหมด 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.90-1.00 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขทดลองใช้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข เท่ากับ 0.63 ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข เท่ากับ 0.61 และส่วนที่ 4 แบบสังเกตด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของเปาโล แพร์รี่ โดยจัดกิจกรรมการอบรม จำนวน 2 วัน กิจกรรมที่ 1- กิจกรรมที่ 3 จัดในวันที่ 1 และกิจกรรมที่

4 จัดในวันที่ 2 เป็นกิจกรรมกลุ่ม มีการคู่วิทัศน์ มีบุคคลต้นแบบ มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนากาการ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการเยี่ยมชมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการเขียนแผนงานโครงการ และ กำหนดวันเวลาและสถานที่เพื่อนัดหมายอสม. ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้านนัด โดยกำหนดให้อสม. 1 คนต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1 คน เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม. และใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ การรับรู้หลังอ่านาร่วมด้วย พบว่าความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม.เพิ่มขึ้นทุกด้านทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง แสดงถึงการคงไว้ซึ่งความสามารถของอสม.จึงควรมีการศึกษาและติดตามอสม.กลุ่มทดลองนี้ไปอีกสักระยะหรือประมาณ 6 เดือน เพื่อประเมินทักษะทั้ง 3ด้าน เป็นการติดตามการคงไว้ซึ่งความสามารถของอสม.อีกช่วงเวลาหนึ่งที่น่าสนใจและเป็นการบอกถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของทั้งสองแห่ง ได้แก่คณะกรรมการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะกรรมการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แล้วนั้นจึงได้ดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์พื้นที่ในการลงเก็บข้อมูล คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า เพื่อลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย แล้วจึงทำแบบสอบถาม และลงสังเกตพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยแบบสอบถามชุดเดิมโดยผู้ทำวิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมเพียงคนเดียว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เมื่อได้ตรวจสอบแบบสอบถามจนครบถ้วนแล้ว จึงนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัชฌิมเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test , Independent t-test และ Repeated Measure one way ANOVA โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น $\alpha = .05$ จึงสรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1.คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 50-59 ปี(ร้อยละ 40.0 และ 33.3 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 55.8 ปีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุเฉลี่ย 52.3 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ อาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพ รับจ้าง รายได้เฉลี่ย/เดือน น้อยกว่า 10,000 บาท แต่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4,930.53 บาท น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,523.33 บาท จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 10-14 ปี กลุ่มทดลองมีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 13.53 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 13.87 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ใช่อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อ มีระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ และใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม ระดับการรับรู้พลังอำนาจของอสม.ในกลุ่มทดลองอยู่ระดับต่ำ และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอสม.อยู่ระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2.ผลที่ได้จากการศึกษา

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด และด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด และด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

1.ด้านการบริหาร

เสนอแนะให้ผู้บริหารจัดการทำนโยบายในการอบรมแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจ กำลังใจและพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ การรับรู้ และพัฒนาพฤติกรรมการทำงาน ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.ด้านการปฏิบัติงานในชุมชน

ผู้บริหารระดับต้นด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหัวหน้าส่วนสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนตำบล นำรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ไปประยุกต์ใช้ในพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ ความสามารถทางด้านสุขภาพ เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดความเชื่อมั่น ตระหนักในศักยภาพของตนเอง เกิดการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของชุมชน จากบุคคลต้นแบบที่มีประสบการณ์ เกิดการยอมรับ และวางแผนที่จะจัดการกับปัญหา ตามศักยภาพและทรัพยากรที่จำกัดของชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และมีกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน มีอำนาจในการตัดสินใจอย่างอิสระ ตระหนักในหน้าที่ที่รับผิดชอบ สามารถพึ่งตนเองได้ สามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน โดยลำพัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการและรับข้อมูลเพื่อการส่งต่อ ในกรณีเร่งด่วน หรือวิกฤติ คอยติดตามการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะเท่านั้น

2.1 กิจกรรมในกลุ่มย่อย สมาชิกในกลุ่มต้องมีจำนวนไม่เกิน 10 คน ขนาดของกลุ่มจะไม่ใหญ่จนเกินไป สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันอย่างทั่วถึงและครบถ้วนทุกคน มีกิจกรรมในช่วงสั้น ๆ 5-10 นาที เพื่อการผ่อนคลายและไม่ตึงเครียดจนเกินไป เกิดความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ มีการกระตุ้นกลุ่มเป็นระยะ มีกติการ่วมกันในกลุ่มในการแสดงความคิดเห็น และการรับฟังในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มเสนอความคิดเห็น การสาธิตขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ควรใช้เวลาในการสืดย้อนกลับของสมาชิก เพราะต้องชำนาญและแม่นยำที่สุดก่อนการลงปฏิบัติจริง และฝึกสถานการณ์ในการแก้ไขปัญหาส่วนบุคคลโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยแสดงตัวอย่างที่พบ

ได้จริงในประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน เพื่อการพัฒนาทักษะของอสม. ให้เข้าใจหัวใจความเป็นมนุษย์มากยิ่งขึ้น

2.2 การจัดทำแผน เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนให้เฉพาะเจาะจง ตรงตามประเด็นของหัวข้อมากที่สุดเลือกเพียง 1 ปัญหาเพื่อเป็นตัวอย่างในการจัดการปัญหา ให้อสม. ค่อยๆ ฝึกการเรียนรู้ และเหมาะสมกับเวลาที่กำหนด สำหรับปัญหาอื่นๆ ที่รองลงมา ที่ไม่ได้นำมาเป็นตัวอย่าง อสม. สามารถนำไปดำเนินการได้เองในโอกาสต่อไป

2.3 สื่อและอุปกรณ์ จัดให้เหมาะสมตรงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อหา สื่อที่เป็นใบงานข้อใช้คำถามที่อ่านเข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด ตัวอักษรขนาดใหญ่พอเหมาะ เครื่องเสียง และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีความคมชัด ชัดเจน และ ดึงพื่อเหมาะ บอร์ดในการติดเอกสารในการนำเสนอ ประจำกลุ่มมีเพียงพอ และเหมาะสม

2.4 การนัดหมายในการทำกิจกรรมกลุ่ม กำหนดนัดหมายตารางการทำกิจกรรมตามความพร้อมของสมาชิกกลุ่ม เพื่ออำนวยความสะดวกของสมาชิกให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม

2.5 สถานที่ในการทำกิจกรรมควรมีอากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ สะอาดและเพียงพอในการทำกิจกรรมกลุ่มย่อย

3.ด้านการวิจัย

หลังจากการดำเนินงาน จัดโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง มีการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด และมี พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด เพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของอสม. มากขึ้นอีก ควรมีการพัฒนาการเสริมศักยภาพในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้านแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ (Action Research) ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจ สร้างความเชื่อมั่น ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัดในโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคจิตเภท เป็นต้น

2. การศึกษาติดตามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มนี้ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อจะประเมินผลการปฏิบัติงาน ติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดมารับการรักษาที่ต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น และเป็นการติดตามความยั่งยืนผลของโปรแกรมการศึกษาในครั้งนี้ด้วย
3. ศึกษารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านแบบสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคลในชุมชน เช่นการวิจัยเชิงปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้านแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Action Research)

ข้อจำกัดในการวิจัย

โปรแกรมนี้เหมาะสมในการนำไปใช้ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด หากต้องนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต้องมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา ขั้นตอนวิธีการ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคนั้น ๆ และผู้ประเมินพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านไม่ควรเป็นผู้สาคิต หรือสอนวิธีการเยี่ยมบ้าน ให้กับอสม.ควรเป็นวิทยากรอื่นหรือผู้ช่วยในการทำวิจัย และผู้ประเมินไม่ควรประเมินพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านเพียงคนเดียว ควรมีสองคน

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM FOR VILLAGE HEALTH VOLUNTEER IN HOME VISIT BEHAVIORS TO THE HYPERTENSION PATIENTS WHO MISSED APPOINTMENTS

ประภัศสร เกียรติลือเดช 5736309 PHCN/M

พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อรวรรณ แก้วบุญชู, Ph.D.(MEDICINE),
เพลินพิศ สุวรรณอำไพ, Ph.D.(ENVIRONMENTAL HEALTH SCIENCES)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

องค์การอนามัยโลก มีการกำหนดเป้าหมายระดับโลกไว้ 9 ประการ ในการแก้ปัญหา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพราะถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสุขภาพของประชากรโลก และสังคมโลกซึ่งแสดงถึงการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชากร ในการจัดการปัญหา แก้ไขปัญหา ตามเกณฑ์ชีวิตด้านสุขภาพ เราจึงต้องมีรูปแบบบริการที่เข้มแข็งและเชื่อมโยงไปสู่ชุมชน นำไปสู่เป้าหมายของการควบคุมป้องกันโรค เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ดิเรก จำเป็น, 2560) สำหรับประเทศไทย จากสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ มีการรายงานเมื่อปี 2555 โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค มีจำนวนทั้งสิ้น 1,009,002 ราย โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุด มีจำนวน 602,548 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 937.58 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคสะสม (รายใหม่และรายเก่า) ระหว่างปี พ.ศ.2551-2555 จากจำนวน 5,471,929 ราย โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกสูงที่สุด คือพบผู้ป่วย 3,398,412 ราย อัตราความชุก 5,288.01 ต่อประชากรแสนคน แสดงถึงแนวโน้มการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นกว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น

โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (เทคศักดิ์ เดชคง, 2560 : 36) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูง ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งยังเป็นภาระโรคของประชากรทั่วโลกและประเทศไทยด้วย (ดิเรก จำเป็น, 2560)

จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุดในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน สอดคล้องกับข้อมูลของระดับประเทศ ในปี 2559 จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 14,196 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 541.21 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 7,209 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 274.83 ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งจากการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ซ่อนอยู่ในชุมชน แล้วนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด บริการในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท หากเกินหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท จัดเป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ปัญหาที่พบจากการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น 1,013 คน กลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง 303 คน และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และขาดนัดไม่มารับการตรวจรักษา หรือรับยาต่อเนื่อง 351 คน คิดเป็นร้อยละ 34.65 และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการไม่มาตรวจตามนัด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.13 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า, 2559) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตจึงจะสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตได้ดังนั้นการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้มีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการติดตามกระตุ้นเตือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้

ปัจจุบันอสม.ปฏิบัติงานโดยใช้ประสบการณ์เดิมและความรู้จากการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน โดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งยังไม่สามารถพัฒนาความเชื่อมั่น และความมั่นใจในการปฏิบัติงานของอสม.ได้(รายงานสรุปการประเมินผลโครงการตำบลลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ, 2558) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่จะพัฒนาความเชื่อมั่นให้กับอสม. โดยให้มีทักษะเรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การไม่ดื่มสุรา และการไม่สูบบุหรี่ นั้น

ต้องพัฒนาให้เกิดพลังอำนาจ จึงจะทำให้หอสม.เกิดความเชื่อมั่นที่จะดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัด

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อให้หอสม.มีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยลดปัญหาผู้ป่วยขาดนัด เสริมทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้าน ติดตามวัดความดันโลหิตผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ไม่คงที่ และส่งต่อเพื่อรับการรักษาย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาศักยภาพให้กับหอสม.ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วม โปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังเข้าร่วม โปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวในเรื่องการมาตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ของอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ลดลงในระยะติดตามผล

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขจำนวนทั้งหมด 191 คน กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สุ่มเลือกมาจากประชากรที่ศึกษาจำนวน 60 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G Power version 3.1.10) ประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง (estimation of sample size) เนื่องจากไม่ทราบค่าอิทธิพล (Effect size) จึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนของกลุ่มทดลอง (72.80 และ 6.96) กลุ่มเปรียบเทียบ (58 และ 7.66) ป้อนค่าสถิติทั้งสองกลุ่มลงในโปรแกรม เพื่อการวิเคราะห์ โดยเลือกสถิติกลุ่มทดสอบแบบ t-test และเลือกประเภทการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ แบบ Means: Difference between two independent means (two groups) ขนาดสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเท่ากัน กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยใช้การทดสอบทางเดียว เมื่อได้ค่าอิทธิพล (Effect size) มีค่ามากกว่า 0.80 จำแนกได้ว่าเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ เท่ากับ 0.80 แทนค่าลงในโปรแกรม โดยกำหนดให้มีค่า $\alpha = .05$ และ $\beta (1-P) = .80$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 คนและเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณ ร้อยละ 40 จึงได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 60 คน

วิธีการชักตัวอย่าง (Sampling technique) จากประชากร 191 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากนั้น จัดตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยเป็นกลุ่มละ 30 คน โดยใช้เกณฑ์การจับคู่จากคะแนนการวัดความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง โดยแบ่ง เป็น 2 กลุ่ม โดยการจับเป็นคู่ เรียงตามลำดับคะแนนที่ได้ โดยเลือกคะแนนที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน แล้วจึงชักตัวอย่างทีละคู่ โดยให้การจับครั้งแรกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ การจับครั้งที่สองเป็นกลุ่มทดลอง จนกระทั่งครบ 30 คู่ จะได้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบรวมทั้งสิ้น 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

อสม.ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป อยู่ในชุมชนเขตตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดอยู่ในละแวกรับผิดชอบอย่างน้อย 1 ราย มีคร้วเรือนในละแวกที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน มีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยเป็นอสม.เชี่ยวชาญและอสม.ทั่วไป

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

อสม.ที่ไม่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดอยู่ในละแวกรับผิดชอบ และผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง ใจ ตา หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง อย่างใดอย่างหนึ่ง ในระหว่างดำเนินการวิจัย และ อสม.มีเหตุอันสุดวิสัยที่ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุกระดูกขาหัก เดินไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้

เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ในตอนแรกอยู่ในเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา และยินดีเข้าร่วมการวิจัยแต่ต่อมาเปลี่ยนใจ ขอเลิกจากการศึกษาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ

เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ –เมษายน 2560 รวมระยะเวลาที่ทำการศึกษาทั้งหมด 9 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 2 ส่วน ประกอบไปด้วย เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยแผนและสื่อการจัดกิจกรรมมีทั้งหมด 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการอบรม 2 วัน

- กิจกรรมที่ 1 (วันที่ 1) ชื่อกิจกรรมหลอมดวงใจเป็นหนึ่งเดียว เพื่อเปิดประตูชุมชนสู่พลังอำนาจในตัวเอง กิจกรรมนี้ให้ความสำคัญของการทำงานร่วมกันเพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน ในเรื่องความรู้ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นกิจกรรมกลุ่ม มีการดูวิดีโอ มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนากา

- กิจกรรมที่ 2 (วันที่ 1) ชื่อกิจกรรมมารู้จักชุมชนของเรากันเถอะ กิจกรรมนี้ ให้ร่วมคิด ร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน โดยการเสวนากลุ่ม หลังจากฟังบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมองตีบต้องป่วยเป็นอัมพาต ได้รับการกายภาพบำบัด ปัจจุบันหายแล้วกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ เพื่อสร้างความตระหนัก ในการควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังเช่นคนต้นแบบเป็นกิจกรรมกลุ่ม มีบุคคลต้นแบบ มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนากา

- กิจกรรมที่ 3 (วันที่ 1) ชื่อกิจกรรมร่วมแรงร่วมใจ จับมือผู้นำ หากิร่วมทำ สร้างสุขให้ชุมชนของเรา กิจกรรมนี้ สร้างจิตสำนึกในการมีความรับผิดชอบต่อปัญหาของชุมชนตั้งแต่ร่วมวางแผน การกำหนดกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ การสร้างพันธสัญญา และเห็นความแตกต่างของผู้ที่มีพลังอำนาจในตัวเรา ต่อการมองปัญหาที่ไม่เหมือนกัน และการลงมือปฏิบัติในการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมกลุ่ม มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการเขียนแผนงาน โครงการ มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนากา

- กิจกรรมที่ 4 (วันที่ 2) ชื่อกิจกรรมสร้างชุมชน ให้เกิด พลังอำนาจในตัวเอง กิจกรรมนี้มุ่งเน้น แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวเรา ในระดับบุคคล และชุมชน เกิดการสะท้อนคิด เกิดแรงจูงใจ และการให้กำลังใจกันและกันที่จะกระทำต่อไปเป็นกิจกรรมกลุ่ม มีการนำเสนอ มีการทำใบงาน มีกิจกรรมสนทนากา กำหนดวันเวลาและสถานที่เพื่อนัดหมายขอสม. ก่อนที่ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยกำหนดให้ขอสม. 1 คนต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1 คน

2.เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน คำถามแบบเลือกและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในเรื่องการตรวจตามนัด การทบทวนระบบการนัด การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการตรวจตามนัดและผลเสียของการไม่มาตรวจตามนัด และช่องทางสำหรับการขอเลื่อนนัด ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ลักษณะคำถามเป็นแบบข้อคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว จำนวน 19 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.63

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของอำพร ศรีโยธา และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยอื่นๆ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดประเมินค่า (Rating Scale) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.61

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด โดยใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพรเจริญ บัวพุ่มและคณะ และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยอื่นๆจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดประเมินค่า (Rating Scale) ค่าความเชื่อมั่น Interater reliability เท่ากับ 0.95

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 4 ส่วนไปตรวจสอบคุณภาพ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุขชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และการสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งหมด 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.90-1.00 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขทดลองใช้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ KR-20 , Cronbach's Alpha Coefficient และ Interater reliability ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข เท่ากับ 0.63 ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม การรับรู้พลัง

อำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข เท่ากับ 0.61 และส่วนที่ 4 แบบสังเกตด้านพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มเก็บข้อมูลโดยนำแบบสอบถามที่ประกอบไปด้วย 1.ข้อมูลทั่วไป 2.แบบวัดความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง 3.แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของในการเยี่ยมบ้าน ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 คน ได้ทำ และออกสังเกต พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 คน ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการและประเมิน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการเก็บแบบสอบถามมาตรวจสอบ และรวบรวมแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test Independent t-test และ Repeated Measure one way ANOVA โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น $\alpha = .05$

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 40.0 และ 33.3 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 55.8 ปีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุเฉลี่ย 52.3 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ อาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพ รับจ้าง รายได้เฉลี่ย/เดือน น้อยกว่า 10,000 บาท แต่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4,930.53 บาท น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,523.33 บาท จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 10-14 ปี กลุ่มทดลองมีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 13.53 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีประสบการณ์ ในการ

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 13.87 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ใช่อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อ และมีระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ และใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองระดับการรับรู้ต่ำ และระดับพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ ระยะเวลาการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ($F=13.99$ $p\text{-value} = < 0.001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ของภายในกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ($F=3.04$ $p\text{-value} = 0.053$) ไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงของเวลา(ตารางที่1)

2.2 การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ ($F = 6.20$ $p\text{-value} = 0.003$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ของภายในกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้ ($F = 0.05$ $p\text{-value} = 0.947$) ไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงของเวลา(ตารางที่1)

2.3 พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดนี้

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดหนัก ($F=149.88$ $p\text{-value} = < 0.001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดหนัก ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน ของภายในกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้านพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดหนัก ($F = 0.56$ $p\text{-value} = 0.570$) ไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงของเวลา(ตารางที่1)

ตารางที่1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)			
	MD	Std. Er.	p-value	MD	Std. Er.	p-value	
ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-3.16	0.50	0.000	-0.90	0.36	0.052
	ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-2.33	0.56	0.001	-1.23	0.59	0.059
	หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	0.83	0.42	0.163	-0.33	0.50	1.000
		F=13.99 p-value = < 0.001			F=3.04 p-value = 0.053		
การรับรู้หลังอำนาจ	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-0.41	0.12	0.004	0.03	0.09	1.000
	ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.33	0.11	0.013	0.00	0.09	1.000
	หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	0.07	0.10	1.000	-0.03	0.08	1.000
		F = 6.20 p-value = 0.003			F = 0.05 p-value = 0.947		
พฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-7.16	0.59	0.000	-0.96	0.52	0.226
	ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	-7.30	0.58	0.000	-0.63	0.39	0.364
	หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.13	0.10	0.634	0.33	0.17	0.201
		F=149.88 p-value = < 0.001			F = 0.56 p-value = 0.570		

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข และพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

3.1 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.98$, $p - value = < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 21.43$, $p - value = < 0.001$) และพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.14$, $p - value = 0.004$) (ตารางที่2)

3.2 การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.65$, $p - value = 0.013$) และพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.22$, $p - value = 0.008$) (ตารางที่2)

3.3 พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.25$, $p - value = < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเยี่ยมบ้าน ที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.62$, $p - value = < 0.001$) และพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 103.74$, $p - value = < 0.001$) (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง(n=30) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง					
ภายในกลุ่ม					
เวลา	147.54	2	73.77	21.49	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	199.12	58	3.43		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	123.34	1	123.34	18.98	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	188.49	29	6.50		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลา					
กลุ่มและเวลา	38.54	2	19.27	6.14	0.004
ความคลาดเคลื่อน	182.12	58	3.14		
การรับรู้พลังอำนาจ					
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1.25	2	0.63	4.65	0.013
ความคลาดเคลื่อน	7.81	58	0.14		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	0.13	1	0.13	0.42	0.522
ความคลาดเคลื่อน	8.95	29	0.39		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลา					
กลุ่มและเวลา	1.64	2	0.82	5.22	0.008
ความคลาดเคลื่อน	9.09	58	0.16		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง(n=30) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) (ต่อ)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมกรรการเยี่ยมบ้าน					
ภายในกลุ่ม					
กลุ่ม	645.64	2	322.82	85.62	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	218.69	58	3.77		
ระหว่างกลุ่ม					
เวลา	1388.89	1	1388.89	85.25	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	472.44	29	16.29		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลา					
กลุ่มและเวลา	415.51	2	207.76	103.74	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	116.16	58	2.00		

อภิปรายผล

ข้อมูลที่น่ามาศึกษา นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = <0.05$) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ซึ่งแนวทางในการจัดกิจกรรมดังกล่าว เป็นรูปแบบกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่เอื้อให้บุคคลมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จะช่วยให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้อยู่ได้อย่างผาสุกในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลง ในสถานการณ์ที่เขาอาศัยอยู่ในขณะนั้น และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ด้าน ทั้งการเปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูลสื่อสาร เพื่อให้เขามีความรู้ มีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ แก้ปัญหา และเปิดโอกาสให้เข้าร่วมในกิจกรรมเพื่อสาธารณะ การส่งเสริมการดำเนินงานที่มีความรับผิดชอบ โปร่งใส และตรวจสอบได้ ตามแนวคิดของเปาโล แฟร์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1. การเสวนา (dialogue) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้

รับชมวีดิทัศน์ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แล้วไม่ได้รับการรักษา ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง แล้วจึงเปิดโอกาสให้ อสม. ได้เสวนาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ ถึงประเด็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแสดงความคิดเห็นตามมุมมองของแต่ละคน ที่เคยร่วมกันทำงานคิดหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง เมื่อได้ข้อสรุปจึงมานำเสนอในกลุ่มใหญ่ 2. *การสร้างความตระหนัก (awareness / consciousness)* อสม. ได้รับฟังบุคคลต้นแบบ เล่าประสบการณ์ชีวิตช่วงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง แล้วกลับมาหา และสามารถกลับมาใช้แขนขาได้ตามปกติ อสม. ได้รับรู้ ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาการเจ็บป่วย ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ทำให้ได้คิด และเริ่มมองศักยภาพของตนเองในการให้ความสำคัญในการจัดการกับปัญหา ด้วยความใส่ใจ เปิดโอกาสให้พูดคุยและแลกเปลี่ยนปัญหากันเพื่อเริ่มตัดสินใจทำบางอย่างเพื่อแก้ไขปัญหา ได้ข้อสรุปแล้วมานำเสนอในกลุ่มใหญ่ 3. *การปฏิบัติกิจกรรม (action)* อสม. ได้ดูสถานการณ์จำลองเพื่อสาธิตวิธีการเยี่ยมบ้านตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมพลังอำนาจ เน้นการเรียงลำดับตามเหตุการณ์ก่อน-หลัง และอสม. ได้ลงมือฝึกปฏิบัติจริงทุกคนจนครบ 30 คนภายในกลุ่มย่อย และ 4. *การสะท้อนคิด (reflection)* อสม. ได้ทำกิจกรรมร่วมกันวางแผน โดยยกตัวอย่างปัญหา 1 ปัญหาจากความรู้สึก 4 ระดับของความรู้สึกที่มีคะแนนตรงกันมากที่สุด ที่ได้คิดและไตร่ตรองแล้ว เพียงปัญหาเดียวก่อน แล้วจึงกำหนดกิจกรรมแก้ไขปัญหา และทำสัญญาร่วมกัน เพื่อแสดงความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อน ตามทรัพยากรที่มีจำกัด ในชุมชน และเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานด้วยการเสริมสร้างกำลังใจ ให้กำลังใจกันและกัน เป้าหมายหรือผลลัพธ์ คือต้องการให้ อสม. เกิดพลังอำนาจในตนเอง

ซึ่งประสิทธิผลที่ได้จากโปรแกรมกระบวนการการสร้างเสริมพลังอำนาจนี้ สังเกตได้จากการที่คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ระหว่างหลังการติดตามและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.163$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อสม. ยังได้ติดตามสอบถามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ และได้ศึกษาคู่มือในการติดตามเยี่ยมบ้านตลอดเวลา ได้ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ จึงทำให้ความรู้ของอสม. ยังคงอยู่ แม้เวลาจะผ่านไป

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา พูลสวัสดิ์ (2557:83) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี พบว่าหลังการทดลอง อสม. ที่ได้รับการกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีความรู้และเกิดการเรียนรู้สมรรถนะในตน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษานวัตกรรม ภูหิน (2555:71) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน

การป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการทดลอง อสม.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดสูงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปวีตรา สุทธิธรรม (2554:73) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าหลังการทดลอง อสม.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอสม.ไม่เคยทราบข้อมูลเช่นนี้มาก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มอสม.มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้เพิ่มขึ้น

2. การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดหนัก

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล (p -value = <0.05) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ซึ่งแนวทางในการจัดกิจกรรมดังกล่าว เป็นรูปแบบกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่เอื้อให้บุคคลมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จะช่วยให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้อยู่ได้อย่างผาสุกในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลง ในสถานการณ์ที่เขาอาศัยอยู่ในขณะนั้น และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ด้าน ทั้งการเปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูลสื่อสาร เพื่อให้เขามีความรู้ มีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ แก้ปัญหา และเปิดโอกาสให้เข้าร่วมในกิจกรรมเพื่อสาธารณะ การส่งเสริมการดำเนินงานที่มีความรับผิดชอบ โปร่งใส และตรวจสอบได้ ตามแนวคิดของเปาโล แพร์

ในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองคงที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งประสิทธิผลที่ได้จากโปรแกรมกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจนี้ ทำให้อสม.มีการรับรู้พลังอำนาจยังคงอยู่แม้เวลาจะผ่านไป

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา พูลสวัสดิ์ (2557:83) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี พบว่าหลังการทดลอง อสม.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ เกิดการรับรู้สมรรถนะในตน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนวรรตน์ ภูเหิน (2555:71) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ

ป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการทดลอง อสม.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอสม.ต่อการป้องกันวัณโรคปอดในชุมชนสูงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปวีตรา สุทธิธรรม (2554:73) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าหลังการทดลอง อสม.ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีการรับรู้พลังอำนาจและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก อสม.ได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้ยาลดความดัน ได้เห็นบุคคลต้นแบบได้ฝึกการวิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำแผนแก้ไขปัญหา การได้เห็นตัวอย่างสาธิตการเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งฝึกทดลองปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ทำให้อสม.เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้น

3. พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดหนัก

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขนาดหนัก เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = <0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สามารถอภิปรายผลได้ว่าโปรแกรมกระบวนการการสร้างเสริมพลังอำนาจนี้ทำให้อสม.มีความรู้และการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข ดีขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษากับงานวิจัยต่างประเทศของชาเรทรา (Shrestha S.;2003:120) ที่ศึกษากระบวนการและผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพศหญิง ในการเพิ่มขึ้นของการยอมรับการคุมกำเนิดในกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้วของกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในประเทศเนปาล พบว่าหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับกระบวนการ การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีทักษะในการแนะนำการวางแผนครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าหญิงกลุ่มวัยเจริญพันธุ์มีพฤติกรรมในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.ด้านการบริหาร

เสนอแนะให้ผู้บริหารจัดการทำนโยบายในการอบรมแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจ กำลังใจและพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ การรับรู้ และพัฒนาพฤติกรรมการทำงาน ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ในการปฏิบัติงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.ด้านการปฏิบัติงานในชุมชน

ผู้บริหารระดับต้นด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหัวหน้าส่วนสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนตำบล นำรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด มาประยุกต์ใช้ ในพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ ความสามารถทางด้านสุขภาพ เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดความเชื่อมั่น ตระหนักในศักยภาพของตนเอง เกิดการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของชุมชน จากบุคคลต้นแบบที่มีประสบการณ์ เกิดการยอมรับ และวางแผนที่จะจัดการกับปัญหา ตามศักยภาพและทรัพยากรที่จำกัดของชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และมีกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน มีอำนาจในการตัดสินใจอย่างอิสระ ตระหนักในหน้าที่ที่รับผิดชอบ สามารถพึ่งตนเองได้ สามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน โดยลำพัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการและรับข้อมูลเพื่อการส่งต่อ ในกรณีเร่งด่วน หรือวิกฤติ คอยติดตามการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะเท่านั้น

2.1 กิจกรรมในกลุ่มย่อย สมาชิกในกลุ่มต้องมีจำนวนไม่เกิน 10 คน ขนาดของกลุ่มจะไม่ใหญ่จนเกินไป สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันอย่างถั่วถึงและครบถ้วนทุกคน มีกิจกรรมในช่วงสั้น ๆ 5-10 นาที เพื่อการผ่อนคลายและไม่เครียดจนเกินไป เกิดความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ มีการกระตุ้นกลุ่มเป็นระยะ มีคิดการร่วมกันในกลุ่มในการแสดงความคิดเห็น และการรับฟังในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มเสนอความคิดเห็น การสาริดขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ควรให้เวลาในการสืดย้อนกลับของสมาชิก เพราะต้องชำนาญและแม่นยำที่สุดก่อนการลงปฏิบัติจริง และฝึกสถานการณ์ในการแก้ไขปัญหาส่วนบุคคลโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยแสดงตัวอย่างที่พบได้จริงในประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน เพื่อการพัฒนาทักษะของอสม.ให้เข้าใจหัวใจความเป็นมนุษย์มากยิ่งขึ้น

2.2 การจัดทำแผน เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนให้เฉพาะเจาะจง ตรงตามประเด็นของหัวข้อมากที่สุดเลือกเพียง 1 ปัญหาเพื่อเป็นตัวอย่างในการจัดการปัญหา ให้อสม.ค่อยๆ

ฝึกการเรียนรู้ และเหมาะสมกับเวลาที่กำหนด สำหรับปัญหาอื่นๆที่รองลงมา ที่ไม่ได้นำมาเป็นตัวอย่าง อสม.สามารถนำไปดำเนินการได้เองในโอกาสต่อไป

2.3 สื่อและอุปกรณ์ จัดให้เหมาะสมตรงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อหา สื่อที่เป็นใบงานข้อใช้คำถามที่อ่านเข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด ตัวอักษรขนาดใหญ่พอเหมาะ เครื่องเสียง และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีความคมชัด ชัดเจน และ ดั่งพอเหมาะ บอร์ดในการติดเอกสารในการนำเสนอ ประจำกลุ่มมีเพียงพอ และเหมาะสม

2.4 การนัดหมายในการทำกิจกรรมกลุ่ม กำหนดนัดหมายตารางการทำกิจกรรมตามความพร้อมของสมาชิกกลุ่ม เพื่ออำนวยความสะดวกของสมาชิกให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม

2.5 สถานที่ในการทำกิจกรรมควรมีอากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ สะอาดและเพียงพอในการทำกิจกรรมกลุ่มย่อย

3.ด้านการวิจัย

3.1 ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจ สร้างความเชื่อมั่น ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัดในโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคจิตเภทเป็นต้น

3.2 การศึกษาติดตามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มนี้ให้ เป็นไปอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อจะประเมินผลการปฏิบัติงาน ติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดมารับการรักษาที่ต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น และเป็นการติดตามความยั่งยืนผลของโปรแกรมการศึกษา ในครั้งนี้ด้วย

3.3 ศึกษารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านแบบสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคลในชุมชน เช่นการวิจัยเชิงปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้านแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Action Research)

THE EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS' HOME VISIT BEHAVIORS TO HYPERTENSION PATIENTS WHO MISSED APPOINTMENTS

PRAPHATSORN KIATLUEDET 5736309 PHCN/M

M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE:ORAWAN KAEWBOONCHOOB,
Ph.D. (MEDICINE), PLERNPIT SUWAN-AMPAI,
Ph.D. (ENVIRONMENTAL HEALTH SCIENCES)

EXTENDED SUMMARY

Background and significance

World Health Organization (WHO) has announced a series of global monitoring frameworks ensuring the progress on targeting chronic non-communicable diseases (NCDs); this is because of the health crisis of the world population and the global community, of which it represents the importance of health care for the population in addressing health problems. Therefore, we should have a strong service model and link to the community leading towards the goal of disease control to reduce complications and death toll from chronic NCDs (Direk Khampan, B.E. 2560). According to a surveillance of chronic NCDs in 2012 (B.E. 2555) by the Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (Thailand), the report revealed a number of new patients, who were diagnosed of a multiple of five chronic NCDs, was about 1 million cases. Obviously, the prevalence of hypertension has been in the top list as more than half of a million (602,548) cases reported, corresponding to the rate of 937.58 per 100,000 population. Evidently, the rate of hypertension has tendency to increase. Of overall report of 5 multiple chronic NCDs (accumulated number of new and old patients) during 2008-2012, more than 5 million

cases (5,471,929) of patients were diagnosed hypertension with the highest prevalence rate of more than 3 million cases, corresponding to the prevalence rate of more than 5 thousand cases per 100,000 population, which was higher than those of other chronic NCDs, such as diabetes, ischemic heart disease, stroke, etc. (Therdsak Dejkong, B.E. 2560:36). Additionally, hypertension also causes an unappropriated-age death. Consequently, hypertension is a dreadful burden for not only Thailand, but also for the entire world (Direk Khumpan, B.E. 2516).

Nakhon Ratchasima, a.k.a. “Korat” (a province in northeastern Thailand), was reported as a province with its population having the highest prevalence number of hypertension. This province is complied with the national data reported as the highest rate among other chronic NCDs as well. In 2016, Nakhon Ratchasima had more than ten thousand (14,196) of new cases of hypertension, *i.e.* corresponding to the rate of 541.21 cases per 100,000 population. Following the second prevalence is diabetes mellitus (7,209 cases), with the rate of 274.83 cases per 100,000 population. (Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, B.E. 2560), of which the report was intended to screen out and search for new patients who were overlooked in the community. Accordingly, the patients were then admitted to the Ministry of Public Health service. In treatment of hypertensive patients, it is important to control the blood pressure (BP) to a normalized level not exceeding 140/90 mmHg. In case a patient with BP is equal to or exceeding 140/90 mmHg, he/she will be diagnosed as uncontrolled hypertension.

One of the problems encountered in the public health services of hypertensive patients in charge at Ban- Pho Health Promotion Hospital, Amphoe Mueang, Nakhon Ratchasima is that there is a prevalence of hypertensive patients (1,013 cases). Other than the number of high-risk hypertensive patients (303 cases), there are many of uncontrolled hypertensive patients who have been absent from medical appointments nor discontinued to receive medications (351 cases), *i.e.* 34.65% of the total cases (Health Promotion Hospital, Tambon Makha, B.E. 2559). As with the case, they must have been treated properly and must be adjusted to the lifestyle for them to be able to control the severity of the disease not to develop towards a pathogenicity of stroke. Therefore, village health volunteers (VHVs) have been developed in order to gain more skills and confidence in monitoring hypertensive

patients for behavioral changes and continuation of treatment so that they would enable patients to control BP and prevent its complications.

At present, VHVs provide service under their own experiences; however, there are certain knowledge from prior training of hypertension and complications by the public health authorities. Obviously, they still cannot develop their skills and confidence in the performance as a competent Village Health Volunteer ([District Report of Risk Assessment of Non-Communicable Diseases, B.E. 2558](#)), especially the home visiting of patients. To get continuous care and to help develop confidence to VHVs to gain more skills on food consumption, exercise, relaxation, taking medicine, keeping up on appointments, neither drinking alcohol nor smoking, it is essential that the concerned authority should develop the empowerment program to help make a confidence in monitoring the home visit of uncontrollable hypertensive patients to prevent complications, and as an objective goal, is to keep up patients with the follow-up appointment.

As a community health nurse, researcher of this study is interested in developing a VHV program to empower the home visit of hypertensive patients and helping them gain their confidence in their job assignments. Hence, main purpose of this study was to develop the program to help reduce the problems of absentee hypertensive patients who missed medical appointments, enhancing the skills of VHVs to visit the patient's house, follow up BP monitors of hypertensive patients with unstable BP control, and refer the patients to treat properly and continuously and that is to be used as a model for further development of potential VHV.

Objectives

To determine the effectiveness of intervention to improve control of high BP in hypertensive patients. To evaluate and compare the effectiveness, awareness, and home visit of absentee hypertensive patients, who missed the medical appointments, with VHVs between the Experimental and the Comparison groups, pre-trial and follow-up periods.

Hypotheses

1). After joining the Public Health Volunteer program, the Experimental group should have knowledge of hypertension and its complications, including practicing and reviewing the appointment system, using of Hypertensive Patient Handbook, perception of the empowerment of health volunteers in follow-up visits to homes of absentee hypertensive patients. The effectiveness of the program in the Experimental group VHVs should be higher than the Comparison group.

2). After joining the VHV program, the Experimental group should have knowledge of hypertension and its complications, including practicing in appointments, reviewing the appointment system, using of *Hypertension Patient Handbook*, perception of the empowerment of health volunteers in follow-up visits to high-impact hypertensive patients, and home visit behavior of the absentee patients higher than that of prior to the experiment.

3). After joining the VHV program, the Experimental group should have knowledge of high BP and complications, including practicing in appointments, reviewing the appointment system, using of *Hypertension Patient Handbook*, perception of the empowerment of health volunteers in follow-up visits to high-impact hypertensive patients, and home visit behavior of the absentee patients no lesser in the follow-up period than other prior periods.

Procedures

This research is a quasi-experimental design, of which the sample was consisted of 2 groups, *i.e.* Experimental and Comparison groups. In this study, the population were the VHVs, whose duties were responsible in the areas of Health Promotion Hospital of two sub-districts (Tambon), *i.e.* Tambon Makha and Tambon Ban-Pho in Amphur Mueang (district) of Nakhon Ratchasima (province) of total 191 persons. The samples were randomly selected from a screened-out population using simple random sampling technique.

Estimated sample size was calculated by G*Power (ver. 3.1.10) software program. Since the effect size is unknown, the researcher had to use a relevant study, *i.e.* the effects of VHV empowerment program on ability to care for the elderly who

are chronically ill in the community. Then, the mean and standard deviation were calculated for the estimated group size of the Experimental group (72.80 and 6.96) and the Comparison group (58 and 7.66), respectively.

For data analysis, *t*-test was used and choosing the power analysis type, [Means: Difference between two independent means (two equal groups)]. Two groups of samples were analyzed by one-way test when the effect size is greater than 0.80, it can be classified as a large magnitude equal to 0.80 by setting $\alpha = 0.05$ and $\beta (1-P) = 0.80$. Thus, the sample size was estimated at 21. In addition to preventing data incompleteness and loss of sample, the sample size was added up by 40%. Hence, the participation of the Experimental and the Comparison groups were estimated at 30 participants each, and that the total number of participants was 60.

Sampling was performed from the population of 191 people by simple random sampling technique. Then, the sample was equally divided into 2 groups, 30 each. Based on the matching scores of the knowledge of hypertension, prior to the experiment, the samplings were divided into 2 groups by pairing, sorting the rating scores by choosing each one who had equal or similar points. Then, selecting each pair of the sample one by one. The first capture is for Comparison group. Then, the next capture was for the Experimental group, and so forth. Repeat the process until the counting reached the 30th paired of each of the Experimental and the Comparison groups, so that the total number of participants was 60.

Selection Criteria for Recruiting the Participants

To be qualified for inclusion in the program, VHVs both males and females must be at least 20 years old, and reside in Tambon Ban-Pho, Amphoe Mueang of Nakhon Ratchasima. They must have at least 1 year of work experience in the field of public health, and having at least 1 diagnosed hypertensive patient in their area. There must also be 8-15 households located in their vicinity denoting the intention to participate in the study.

Selection Criteria for Excluding the Participants

Any VHVs who (i) had no hypertensive patients that dropped out the medical appointments in their community, including (ii) any of their patients

apparently developed a complication any kind of kidney, eyes, coronary artery heart or brain disease during the study, and (iii) any VHVs who could not be able to visit patient's home, such as any accident that causes broken leg, unable to walk, or any of disabilities would be excluded from the study.

Selection Criteria for Dismissing the Participants

At the beginning, the participants may be recruited to study and willingness to participate in research. However, they then changed their mind and wish to drop out of the program regardless of any reason.

The study of Village Health Volunteers program on absenteeism of hypertensive patients lasted 9 weeks from February to April 2017.

Research tools

There are 2 portions -- workshop and tools for collecting data as followed:

1. Training Program --The empowerment program of the VHVs is consisted of a plan and 4 interactive activities for 2 days.

(I) 1st Activity (Day 1): The activity is titled **“Melting Heart All-for-One, One-for All open the community’s doors to power in itself.”** This workshop was emphasized on the importance of working together to give the community a consistent understanding of knowledge about the uncontrolled hypertension and its complications, and to acknowledge the uncontrollable hypertension situation. This activity was set as a group watching multimedia video, presentations, and recreation.

(II) 2nd Activity (Day 1): Activity is titled **“Let's Get to Know Our Community.”** The activity shared ideas, finding out the real issues and needs of the community, by group seminar. After listening to a sample model of patient, who is not under controlled hypertension, stroke complications are paralyzed. Get physical therapy and then return to normal life. To raise awareness of how to control the regular BP of patients who did not show up at the medical appointments. To prevent complications. As a prototype is a group activity. Have a prototype presentation, have a job offer, have recreational activities.

(III) 3rd Activity (Day 1): The activity is titled **“Join to Lead the Team to Create Happiness for Our Community.”** This activity creates a sense of responsibility for the community's problems. Determining the covenant responsible activity, and see the difference of those who have power in us. To look at the problem is not the same, and follow-up on home visits is a group activity, *i.e.* demonstration of home visitation procedures for follow-up period of hypertensive patients, a project plan, a presentation, a work plan, and a leisure activity.

(IV) 4th Activity (Day 2): This activity is named **“Community Gives Yourself Power.”** This activity focuses on the empowerment approach to themselves individually and to community level, reflecting on motivation and encouragement for each other to continue as a group activity and that is to make an appointment with the VHV's prior to home visiting the hypertensive patient one by one.

2. Data Collection – A 4-part questionnaire

Part 1: Demography -- Questionnaire is about personal information, such as age, sex, marital status, occupation, income, education, and work experience. It provides choices and blank space for answering to 7 questions.

Part 2: Hypertension Questions -- Preparation for appointments, reviewing the appointment system, use of the patient directory hypertension, the benefits of appointment screening and the consequences of not keeping up with medical appointments. And a channel for postponement in high-risk hypertensive patients to prevent complications of public health volunteers. Type of questionnaire is closed end questions only to either answer “Yes” or “No” for 19 questions to answer. Confidence value by Kuder-Richardson (KR-20) is 0.63.

Part 3: Empowerment of Volunteer --The questionnaire was used to assess the power of health volunteers in visiting homes of hypertensive patients without medical appointment by using the 5-rating scale of 11 questions. It was a rating scale, Cronbach's Alpha Coefficient was 0.61.

Part 4: Follow-up Assessment – the form was used to evaluate the behaviors of home visits of absentee hypertensive patients. The form using a 3-scale rating model is modified from a questionnaire of [Porncharoen Buaphum](#) and his colleagues. In addition, the form was included 20 questions from other research

literatures. The questionnaire was a rating scale set the reliability of inter-rater reliability at 0.95.

Quality control of research tool

The researcher in this study has taken all four parts of the tools to evaluate for the quality. The content validity was evaluated by three experts in the field of Community Health Nurse, Family Health Medicine, and Community Public Health. The indicators had a correlation between 0.90-1.00. Then, the form was modified to use with the VHVs with similar characteristics to the sample of 30 subjects. The questionnaire was then analyzed using the Kuder-Richardson (KR-20)/Cronbach's Alpha coefficient and inter-rater reliability. The second part of the questionnaire is a set of questions for assessing knowledge of hypertension for the health volunteers were 0.63. The third part of questionnaire was 0.61. And, the fourth part was a questionnaire of home visit for hypertensive patients had a reliability of 0.95.

Data collection

The data were collected by using a questionnaire consisting of: (i) General information, (ii) Knowledge of hypertension, and (iii) measurement of perceived power of home visits. Of those 60 VHVs, they were randomly assigned to observe home visits of hypertensive patients who were absent from the appointment of VHVs. Of 60 samples, pre-trial, post-trial, and follow-up periods, the data were collected with the same questionnaire. Then, evaluate the home visit behavior of absentee hypertensive patients. The researcher observed and assessed pre-trial, post-trial, and follow-up periods.

Data analysis

By collecting the questionnaire for review, the completed questionnaire was analyzed with a software program. The data were statistically analyzed by

percentage, arithmetic mean, Chi-square test independent *t*-test and repeated measure one-way ANOVA. Confidence level was set at $\alpha = .05$.

Results

1. Demography of the Samples

Both Experimental and Comparison groups were mostly female, aged between 50-59 years old (40.0% and 33.3% respectively). The Experimental group had an average age of 55.8 years old, while the Comparison group was 52.3 years old. Most of the samples in Experimental group had current marital status and career in agriculture, while the Comparison group were waged workers with the average income per month less than 10,000 Baht/month. The average monthly income of the Experimental group was about 5,000 Baht lesser than the Comparison group of which the average monthly income of 7,500 Baht. The education in both groups was in Primary level. They had experience in health volunteers between 10-14 years. In particular, the Experimental group had 13.53 years in volunteer health care as comparable to the Comparison group with 13.87 years.

2. Comparison of mean scores on knowledge of hypertension, empowerment, and home-visit behavior among VHVs in hypertensive patients on pre, post, and follow-up periods within Experimental vs. Comparison groups.

2.1 Knowledge of Hypertension

The results showed that the mean score of the knowledge about hypertension was significantly different ($F = 13.99, p\text{-value} < 0.001$). It was found that the mean score of post-trial and follow-up periods of hypertension knowledge was significantly higher than pre-trial period ($p\text{-value} < 0.05$). However, there was no different of within the Comparison group. The mean scores of the knowledge on hypertension did not differ each other in term of time periods ($F = 3.04, p\text{-value} = 0.053$). (Table 1)

2.2 Perception of the Empowerment of VHVs on Home Visit of the Absentee Hypertensive Patients

The study showed that there was a significant difference in the mean score of the influent of the VHVs on visiting of absentee hypertensive patients

($F = 6.20$, p -value = 0.003). It was also found that the mean scores of the power perception of VHVs in visiting home of hypertensive patients of post-trial vs. follow-up periods was significantly higher than pre-trial period (p -value < 0.05). However, there was no significantly different between post-trial vs. the follow-up periods of within the Comparison group. The mean score of empowerments of VHVs in visiting home of absentee hypertensive patients was not significantly different at different time periods ($F = 0.05$, p -value = 0.947). (Table 1)

2.3 Home Visiting Behavior of the VHVs on Absentee Hypertensive Patients

The results showed that there was statistically significant difference in the mean score of home visit behavior of VHVs on absentee hypertensive patients ($F = 149.88$, p -value < 0.001). It was found that the average score of behavioral visiting of VHVs on absentee hypertensive patients of post-trial vs. the follow-up periods was significantly higher than the pre-trial period (p -value < 0.05). However, the post-trial and follow-up periods were not significantly different of the within the Comparison group. The mean scores of VHVs on home visit behavior did not differ at different time periods ($F = 0.56$, p -value = 0.570). (Table 1)

Table 1. Comparisons of means VHV's study of the pre-trial, post-trial, and follow-up periods of within Experimental group vs. within Comparison groups.

Variables	Experimental Group (n = 30)			Comparison Group (n = 30)		
	MD	SE	p	MD	SE	p-value
Hypertension Awareness						
Pre-trial vs. Post-trial	-3.16	0.50	0.000	-0.90	0.36	0.052
Pre-trial vs. Follow-up	-2.33	0.56	0.001	-1.23	0.59	0.059
Post-trial vs. Follow-up	0.83	0.42	0.163	-0.33	0.50	1.000
	<i>F</i> = 13.99, <i>p</i> -value < 0.001			<i>F</i> = 3.04, <i>p</i> -value = 0.053		
Empowerment Perception						
Pre-trial vs. Post-trial	-0.41	0.12	0.004	0.03	0.09	1.000
Pre-trial vs. Follow-up	-0.33	0.11	0.13	0.00	0.09	1.000
Post-trial vs Follow-up	0.07	1.10	1.0001	-0.03	0.08	1.000
	<i>F</i> = 6.20, <i>p</i> -value = 0.003			<i>F</i> = 0.05, <i>p</i> -value = 0.947		
Home Visit						
Pre-trial vs. Post-trial	-7.16	0.59	0.000	-0.96	0.52	0.226
Pre-trial vs. Follow-up	-7.30	0.58	0.000	-0.63	0.39	0.34
Post-trial vs. Follow-up	-0.13	0.10	0.34	0.33	0.17	0.201
	<i>F</i> = 149.88, <i>p</i> -value < 0.001			<i>F</i> = 0.56, <i>p</i> -value = 0.570		

3. Comparisons of means of knowledge of hypertension, empowerment of VHV's on home-visit behavior of pre-trial, post-trial, and follow-up periods of within Experimental vs. Comparison groups

3.1 Knowledge of Hypertension

The study showed that the mean scores on knowledge of hypertension between Experimental and Comparison groups was statistical significant different (*F* = 18.98, *p*-value < 0.001). Mean knowledge of hypertension measured at different intervals (pre-trial and post-trial vs. follow-up periods) was a statistically

significant different ($F = 21.43$, p -value < 0.001). And, the Experimental and the Comparison groups were significantly different at different time intervals ($F = 6.14$, p -value = 0.004). (Table 2)

3.2 Perception of the Empowerment of VHV's on Home Visit of Absentee Hypertensive Patients

The study showed that the average empowerment score between Experimental and Comparison groups was not statistically different (p -value > 0.05). Average mean score on knowledge of high BP measured at different time intervals, *i.e.* pre-trial, post-trial, *vs.* follow-up periods, was statistically significant different ($F = 4.65$, p -value = 0.013). Likewise, the time interval of the Experimental *vs.* the Comparison groups was statistically significant different ($F = 5.22$, p -value = 0.008) (Table 2).

3.3 Behavior of VHV's on Home Visit of the Absentee Hypertensive Patients

The study showed that the mean score of visiting behavior between Experimental *vs.* Comparison groups was statistically significant different ($F = 85.25$, $p < 0.001$). The mean score of visiting behavior measured at different time intervals, *i.e.* pre-trial, post-trial, *vs.* follow-up periods, was statistically significant different ($F = 85.62$, p -value < 0.001). Likewise, the time factor of the Experimental and the Comparison groups was statistically significant ($F = 103.74$, p -value < 0.001). (Table 2)

Table 2. Comparisons of mean differences of the VHV's study between pre-trial, post-trial and follow-up periods of the within Experimental vs. Comparison groups (*n* = 30 each)

Variables	SS	df	MS	F	p-value
Knowledge of Hypertension					
Within-Group					
Time	147.54	2	73.77	21.49	< 0.001
Error	199.12	58	3.43		
Between-Groups					
Groups	123.34	1	123.34	18.98	< 0.001
Error	188.49	29	6.50		
Groups x Time Interaction					
Groups x Time	38.54	2	19.27	6.14	0.004
Error	182.12	58	3.14		
Empowerment of Perception					
Within-Group					
Time	1.25	2	0.63	465	0.013
Error	7.81	58	3.14		
Between Groups					
Groups	0.13	1	0.13	0.42	0.522
Error	8.95	29	0.39		
Groups x Time Interaction					
Groups x Time	1.64	2	0.82	5.22	0.008
Error	9.09	58	0.16		

Table 2. Comparisons of mean differences of the VHV's study between pre-trial, post-trial and follow-up periods of the within Experimental vs. Comparison groups ($n = 30$ each) (cont.)

Variables	SS	df	MS	F	p-value
Home Visit Behavior					
Within Groups	645.64	2	322.82	85.62	< 0.001
Error	218.69	58	3.77		
Between Groups	1388.89	1	1388.89	85.25	< 0.001
Time	472.44	29	16.29		
Error	472.44	29	16.29		
Groups x Time Interaction					
Groups x Time	415.51	2	207.76	103.74	< 0.001
Error	116.16	58	2.00		

Discussions

After a 9 weeks of interventions workshop, generally beneficial changes were observed in VHV's. The results of this study demonstrated an effective community-based interactive health education strategy in improving clinical outcomes in hypertensive patients and are summarized below:

1. Knowledge of High Blood Pressure

The results of this study showed that the post-trial period of Experimental group had a statistically different higher mean score of knowledge of hypertension than the pre-trial period, and significantly higher than the Comparison group (p -value < 0.05). The result of this change was from the effectiveness of the program of empowering VHV's on home visits of absentee hypertensive patients, who had missed the medical appointments. Such activities were a powerful learning process, which encourages individuals to gain the knowledge, skills and attitudes that will help them to live happily in a changing world, through the situation they live in at that time. Nevertheless, behavioral changes depend on many factors, including the opportunity

to access informative communication so that they have the knowledge and information for decision making and that they have opportunities for public participation.

The promotion of responsible, transparent, and accountable operations under the concept of **Paolo Fair** is consisted of 4 main elements: -

(1) **Dialogue** -- The VHVs watched a video session about stroke in hypertensive patients, to whom the BP was uncontrolled and not under treatment, yet lacking of awareness of their own health. Then, the VHVs had an opportunity to exchange their opinions about this issue and analyze the cause of the problem, and any comment on each person's point of view of their ever worked together to think for a solution had been discussed. Once concluded, they presented it in a large group.

(2) **Awareness & Consciousness** – VHVs listened to experienced people talking about their cerebrovascular disease, who lost ability to use limbs but then they could be recovered to use limbs as normal again. VHVs had a chance to realize about the real situation from patients experiencing illness. They then were thinking and starting to look at their own potential to focus on solving problem with care. Hence, they had an opportunity to talk to each other and start making some decisions to solve the problem. Conclusions were then presented in large groups.

(3) **Practicing Activity** -- VHVs watched a model demonstrating of how to visit the patients' house through the empowering home's visit, focusing on sorting by pre-post events. And then, all of 30 HVHs followed practicing in each subgroup.

(4) **Reflection of Ideas** – VHVs took one of the problems from four most common feelings to think and ponder to that just problem first. Then, they set up problem solving and joint agreement to show the commitment to their motive under limited resources in the community and enhancing the confidence in the work by strengthening the morale, encourage each other goal or outcome, and that is for the VHV to gain self-empowerment.

The effectiveness of this empowerment process program was observed by the average score on knowledge of high BP of the post-trial and the follow-up of the Experimental groups were statistically significantly different (p -value = 0.163). It can be explainable that for post-trial and follow-up, VHVs followed the advice of the staff regularly. And they continued studying a handbook for the guideline to follow the

home visit all the time. They visited the patient's home with the staff. The knowledge of the VHVs still remain, even time will pass.

The results of this study are similar in line with [Yupa Poolsawat \(B.E. 2557:83\)](#), who studied the effects of empowerment programs for VHVs on home use of drugs among elderly patients with chronic diseases in Ratchaburi. It was found that VHVs who were empowered after the experiment, their knowledge and experience in performance was significantly higher than the pre-trial period. Likewise, the result is consistent with the report of [Nawarat Phurin \(B.E. 2555:71\)](#), of which the application of empowerment theory increased the capacity of VHVs to prevent pulmonary tuberculosis in the community of Yangtalad district, Kalasin. It was found that after the trial, the VHVs could be empowered the knowledge of the tuberculosis was higher than the pre-trial period. The results are consistent with the former report of [Pavitra Suthithum \(B.E. 2554: 73\)](#), the effect of the VHV empowerment program to perceive the ability to care for the elderly who are chronically ill in the community. It was found that after the experiment the VHVs could be empowered the knowledge in caring for elderly people with chronic illness in the community. This was significantly higher than pre-trial period. Due to the VHVs had no knowledge before, then after the post-trial and follow-up periods the VHVs could use the knowledge to apply for their work.

2. Perception of the Empowerment of VHVs on Home Visit of the Absentee Hypertensive Patients

The study showed that, after the experiment the Experimental group had higher perception of the empowerment of the post-trial and the follow-up periods than the pre-trial periods (p -value < 0.05). It is explainable that the significant change was from an empowerment program for VHV practice to visit homes with absenteeism of hypertensive patients. The guidelines for organizing such activities is a powerful learning process. It is a process that encourages people to have the knowledge, skills, and attitudes that will help them to live happily in a changing world, in the situation where they live at that time. Moreover, behavioral change depends on many factors, including the opportunity to access information communication, so they had the knowledge and information for decision making and opportunities for public

participation, promoting responsible, transparent, and accountable operations, in accordance with the concept of [Paolo Fair](#).

For the follow-up period, average empowered perception score between post-trial vs. follow-up of the Experimental group was statistically significant. The effectiveness of this empowerment program has made it possible for the VHVs to be recognized to remain in place despite the time passed by.

In addition, the results of this study are consistent with [Yupa Poolsawat \(B.E. 2557:83\)](#), whose study was on the results of the empowerment program for VHVs on medication used at home of chronically ill elderly people in Ratchaburi. After the experiment, it was found that the VHVs were empowered knowledge and perception of performance in person were significantly higher than the one before the experiment. Similarly, the result was consistent with the results of [Nawarat Puhern \(B.E. 2555:71\)](#), of which the application of empowerment theory was increased the capacity of VHVs to prevent pulmonary tuberculosis in the community of Amphor Yangtalad in Kalasin. After the experiment, the trained volunteers could be able to gain high perception of the role of tuberculosis prevention in the community than the pre-trial, and statistically significant increase in the effectiveness of the volunteer empowerment program, similarly to [Pravitra Suthithum \(B.E. 2554:73\)](#), whose study was on the public health to perceive the ability to care for the elderly who are chronically ill in the community. It was found that after the experiment, VHVs gained more empowerment, perceived power and ability to care for the elderly who are chronically ill in the community, significantly higher than the pre-trial period. Since VHVs had developed a knowledge about the causes, symptoms, and its complications of hypertension, they also had earned more of, including but not limited to, the behavioral hypertensive treatment, the use of antihypertensive drugs, having seen the good prototype, having trained the situation analysis, making a problem resolution plan, seeing examples of home visits, and practicing home visits. Along these skills and experiences having made the VHVs gained more confidence in their capability to work.

3. Behavior of the VHVs on Home visit of the Absentee Hypertensive Patients

The results of this study revealed that the post-trial period of Experimental group had mean score of home-visit behavior of VHVs on visiting home of absentee hypertensive patients significantly higher than the pre-trial period; as opposed to the Comparison group, whereas it was significantly higher in both post-trial and follow-up periods (p -value < 0.05). It can be explainable that this empowered program made knowledge and awareness. Thus, the health behaviors of the VHVs were improved.

Likewise, the results of this study are in line with a recent research (Shrestha S. 2003:120), of which it studied the processes and effects of empowerment of community health volunteer females of the acceptance of contraception among married women of reproductive age in Nepal. It was found that post-trial period of the public health volunteers who received a process of empowerment was significantly higher than pre-trial period. Moreover, it was found that women in the reproductive age group had higher behavior of choosing contraception than the behavior prior to the training.

Suggestions

1. Administration Aspect

It is suggested that the concerned administrative staff should make policy on enhancing the empowerment of training focusing on the VHVs in order to gain more confidence, encouragement, and development of knowledge, awareness, and work behavior at least once a year.

2. Community Services Aspect

Implementing a model of empowerment program for VHVs on follow-up visits to homes with hypertensive patients who missed appointments to apply to develop the capacity of VHVs to have health literacy skills, self-confidence, realizing the self-confidence of their potential, real perception of community health problems from an experienced prototype. And plan to deal with the problem by the potential and limited resources of the communities in which they live. To change in a better way and to be motivated to perform. Have the power to make independent decisions, realize

their responsibilities. Self-reliant Can visit home patients with chronic non-communicable diseases. Living in a community alone. Health officials merely provide technical supporters and receive information for referrals in urgent or crisis case, including monitor the operation of VHV's only.

2.1 Subgroup Activities -- Members size must be no larger than 10. That said, group size should not be too large so that they can share experiences and learn about each other. Each activity should last about 5-10 minutes, as that for relaxing and not too stress. Member would be ready to learn new things. There should be a periodic stimulation. There are rules in the group to comment and listening to what the members of the group propose. A demonstration of the process of visiting the home should give the member a time to tune back. Because it requires the most accurate and practical before the actual implementation. And practice the situation to solve personal problems based on patients zero. By showing real examples in the home visit experience in order to improve the skills of the VHV's to understand the human heart more.

2.2 Plan Management -- To address specific community issues that meet the most issuing topics, it should be chosen only one problem to be an example to solve. Allowing VHV's for a suitable time set. For other minor issues that is not taken as an example, VHV's could do it by their own in a later time.

2.3 Multimedia and Equipment – Content of the presentation should be arranged in the appropriate order. The media should be easy to read, succinct, compact, and large font. Audiovisual and electronic media should be loud and clear enough. The board for posting documents in group presentations should be adequate and appropriate.

2.4 Schedule of Activities – Table of activities should be arranged per availability of each group members to facilitate their participation in all activities.

2.5 Place of Activities – It should be well ventilated, enough light, convenient, and sufficient space for small group workshop.

3. Research Aspects

3.1 Further study should extend on improving the confidence to VHVs on follow-up visits to absentee patients' home of other disease, such as diabetes, coronary heart disease, stroke, schizophrenia, and so on.

3.2 Continue studying of these groups of VHVs should be to further evaluate their performance. Keep on retrieving the absentee hypertensive patients' information who have missed the appointments for ongoing treatment. Thus, the follow-up study would sustain this educational program.

3.3 Additional studying the patterns of home visit, empowerment of individual in the community, such as an action research to enhance the empowerment of the VHVs on home visit should be performed in senior citizens.

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
<http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- กลุ่มงานพัฒนาการทรัพยากรบุคคลและคุณภาพบริการ. (2557). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.
- คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง.(2555). สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.หน้า 19-20
- ชลธิรา กาวไสง, รุจิรา ดวงสงค์. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา.ศรีนครินทร์เวชสาร 2557 ; 29(3):295-303.
- ฐิติมา อินทร์เนตร. (2553). การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดิเรก จำเป็น. (2560). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(พิมพ์ครั้งที่1).ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย: 1-5
- ทวีศักดิ์ นพเกษตร. (2540). วิกฤตสังคมไทยกับบทบาทวิทยาการกระบวนการ เล่ม 1 ,2 สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม ธนาคารออมสิน.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2560). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(พิมพ์ครั้งที่1).ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: 36

- นวรรตน์ ภูเหิน. (2555). การประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคปอดในชุมชน อำเภอขามเฒ่า
จังหวัดกาฬสินธุ์.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการ
จัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นัฏอริน แสงพงษ์พิทยา. (2556). ความรู้ความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัด
กิจกรรมที่ใช้สื่อด้วยสัญลักษณ์.วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชา
การทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิตย์ ทศนิยม, และสมพนธ์ ทศนิยม. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพ:การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.หน้า35-55
- แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป.(2554). สถาบันวิจัยและ
ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.หน้า1-13
- บุษยา สังขชาติ, วรวรรณ จันทวิเมือง, และสุริย์ เจียมสุขฤกษ์. (2555). การสร้างเสริมพลังอำนาจ
อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน.
วารสาร BCNSK 5/2555 : 1-11.
- ปองพล ชุชนะโชติ, และสุปราณี สนธิรัตน์ . (2556). ระดับอ้อมโนทัศน์ การเสริมสร้างพลังอำนาจ
การเลียนแบบพฤติกรรมเอื้อเพื่อ และบุคลิกภาพเอื้อเพื่อ ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านใน จังหวัดสมุทรปราการ.วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.ปีที่
39 : 95-108.
- ประกาย จิโรจน์กุล.(2554).แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้ .(พิมพ์ครั้งที่1).
โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร : 82
- ประกาศ อนันดา ,และจรัญญ ทองอเนก. (2556). ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้าน ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ปี พ.ศ.2555.สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
- ปวีตรา สุทธิธรรม. (2554). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรเจริญ บัวพุ่ม,สมทรง มณีรอด,และเพ็ญศรี รอดพรหม. (2556). ระดับความสามารถและความต้องการในการพัฒนาความสามารถในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.งานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี.

พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2550). 2007 Guidelines ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง.ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช : 15-16.

มินตรา สารรักษ์. (2553). การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).วารสารวิชาการ มอ.ปีที่ 12 : 39-47.

ยุพา พูลสวัสดิ์. (2557). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการเฝ้าระวังที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

รายงานสรุปการประเมินผลโครงการตำบลลดเสียงโรคไม่ติดต่อ ปังบประมาณ 2558. (2558).โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.

รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด. (2559). โปรแกรมการบันทึกการให้บริการผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.

ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. (2543). เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้.(พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์สุวิริยะสาส์น.

ถิวรรณ อุณาภิรักษ์.(2548). พยาธิสรีรวิทยาการพยาบาล.กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

วิรัชศา แสงไพบลูย์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมพลังอำนาจกับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วิไลพร พุททวงศ์,วิริณชี กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา.วารสารสาธารณสุขศาสตร์,ปีที่44(1): 30-45

- ศิริพร ชัมภลิจิต,จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). คู่มือการสอน การสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต.ขอนแก่น.แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ(พย.สสส.) ระยะที่ 2คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.หน้า80-104
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2559) <http://www.thaihypertension.org/information.html>
- สุจินต์ สิมารักษ์. (2545). วิทยากรกระบวนการ.(เอกสารอัดสำเนา)
- สุพรรณ ศรีธรรมมา . (2557). การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุมาลี วัจนากร,ชุตินา ผาดิคำรงกุล,และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.สงขลานครินทร์เวชสาร.ปีที่ 26 : 539-547
- สำนักงานแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.(2560) http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=1053
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.(2542). คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- อรวรรณ ดวงใจ,อมรากุล อินโชนานนท์ . (2554). คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังชีวิต ฮีต ฮู้ ในชุมชน. นนทบุรี.สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.หน้า7-41.
- อารีย์ รัชชพัฒน์นันท์ . (2553). แนวทางการเสริมพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสมุทรสาคร.สารนิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อังคณา อังปิฒมานะ. (2554). การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโดยยึดชุมชนเป็นฐาน และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำพร ศรีโยธา . (2555). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครสาธารณสุข.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- Bernstein Bruce. (1999). Perception is Everything. New York: Ronjo Magic
- Bloom, B. S. 1976. Human Characteristic and School Learning. New York : McGraw-Hill Book Company
- Chobanian AV. Seventh .(2003). report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Hypertension,42,1206-1252.
- Courtney, R.,Ballard,E.,Fauver,S.,Gariota,M. & Holland,L. (1996). The Partnership Model:Working with individuals,families,and communities toward a new vision of health.Public Health Nursing,13,177-186.
- Freire,P . (1972). Pedagogy of the oppressed.Harmondsworth: Penguin Books
- Gibson. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advance Nursing,21,1201-1210.
- I Gusti Ngurah Made Kusuma Negara. (2012). The relationships between socio-demographic characteristics, structural empowerment, psychological empowerment and job satisfaction of community health volunteers in Indonesia. The Journal of Prapokkiao Hospital Clinical Medical Education Center,31, 6-17.
- Julia L.H, Kirk D, Helena P, Ngyuyen .H.A, Dirk G.S,David .R.M. (2002). Empowerment in rural Viet Nam: Exploring changes in mothers and health volunteers in the context of an integrated nutrition project,23,83-91.
- Kieffer,C.H. (1984). Citizen empowerment:A developmental perspective.Prevention in Human Services,9,3-36.
- Laverack,G. (2009). Community empowerment.A background paper prepared for the 7 Global Conference on Health Promotion,Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap,Nairobi,Kenya,26-30 October 2009.
- McIlrath,C. (2005). The concept analysis of facilitation.In J.R. Cutcliffe & H.P.McKenna. The essential concepts of nursing, building blocks for practice.Edinburgh: Elsevier. pp.125-140.
- Oakley, P. & Marsden, D . (1984). Approaches to participation in rural development.Geneva: ILO.
- Oakley, P. (1989). Community involvement in health development, An examination of the critical issues. Geneva: WHO.

- Shrestha, S. (2003). The process and outcome of female community health volunteers in regards to increase in the currently married woman of reproductive age group in rural Nepal. Chulalongkorn University
- Smith, M.K. (2009). Facilitating learning and change in groups, the encyclopedia of informal education. [Online]; Available from: www.infed.org/biblio/b-facil.html.
- Tengland P.(2007). Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy*.10(2),197-207
- Tone, K. & Green, J. (2004). *Health promotion, planning and strategies*. London:Sage.
- World Health Organization. (1988). *Primary health care, a joint report by the Director General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Childrens Fund*. Geneva:WHO.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs *American Journal of Health Promotion*, 6, 3, 197-205.
- Zbigniew Gaciong ,Macciej Sinski, Jacek Lewandowski . (2013). Blood Pressure Control and Primary Prevention of Stroke.*Curr Hypertens Rep* (2013).15:559-574.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

1. รองศาสตราจารย์ ดร.พุดิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์
อาจารย์ประจำโปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
2. อาจารย์ นพ.ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล
อาจารย์ประจำสำนักวิชาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. อาจารย์กนิษฐา ปิ่นสุวรรณ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลครอบครัว และชุมชน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับภาษาไทย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เอกสารรับรองเลขที่	KHE 2017- 004
ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด
รหัสโครงการ	NRPH 004
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวประภัสสร เกียรติลือเดช
หน่วยงานที่สังกัด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
เอกสารที่รับรอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือยินยอมตนในการทำวิจัย 4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรม/กิจกรรม
วันที่รับรอง	9 มกราคม 2560
วันหมดอายุ	9 มกราคม 2561

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเขตเชิงกจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ลงนาม.....

(นายแพทย์วิริยะ บดพิบูลย์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(นายแพทย์สุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับภาษาอังกฤษ



Certificate of Approval
Ethical Review Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

COA. No. MUPH 2017-039

Protocol Title : THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM FOR VILLAGE HEALTH VOLUNTEER TO HOME VISIT THE HYPERTENSION PATIENT WHO LOST FOLLOW UP

Protocol No. : 219/2559

Principal Investigator : Miss Praphatsom Kiatluedet

Co-Investigator(s) : Assoc. Prof. Dr. Orawan Kaewboonchoo
Lect. Dr. Plernpit Suwan-ampai

Affiliation : Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner
Faculty of Public Health, Mahidol University

Approval Includes :
1. Project proposal
2. Information sheet
3. Informed consent form
4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval : 22 February 2017

Date of Expiration : 21 February 2018

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Declaration of Helsinki by Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University.

S. Nanthamongkolchai

(Assoc. Prof. Dr. Sutham Nanthamongkolchai)

Chairperson of Ethical Review Committee for Human Research

P. Fongsatitkul

(Assoc. Prof. Dr. Prayoon Fongsatitkul)

Dean of Faculty of Public Health

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิดคือ เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนกิจกรรมในการวิจัย

แบบสอบถามหมายเลข.....

วันที่ทำการเก็บข้อมูล.....

แบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมในการพัฒนาความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และทักษะในการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดต่อไป แบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 7	ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง	จำนวน 19	ข้อ
ส่วนที่ 3 การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน	จำนวน 11	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข	จำนวน 20	ข้อ
รวมจำนวนข้อทั้งหมด	จำนวน 47	ข้อ

ข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัดและจะไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านแต่อย่างใด การนำเสนอเป็นไปเพื่อการศึกษา ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนในงานวิจัยในครั้งนี้

ประภัสสร เกียรติลือเดช

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลสาธารณสุข)สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยมหิดล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ และเติมคำในช่องว่าง () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.อายุ.....ปี(อายุเต็ม)

2.เพศ

() 1.ชาย () 2. หญิง

3.สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย / หย่า / แยก

4.อาชีพ

() 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. เกษตรกรรม
() 3. รับจ้าง () 4. ค้าขาย / กิจการส่วนตัว
() 5. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

5.รายได้ เดือนละ.....บาท

6.ระดับการศึกษา

() 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. () 4. อนุปริญญา / ปวส.
() 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

7.ประสบการณ์ในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข.....ปี

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามความรู้ความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อคำถามปลายเปิดให้
เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียวมีจำนวน 19 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่าน ลงเพียงช่องเดียวเท่านั้น
ในแต่ละข้อโดยพิจารณาว่าข้อใดถูก หรือ ข้อใดผิด หรือข้อใดไม่ทราบ

ข้อ	ข้อคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ
1.	ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุจากพันธุกรรม			
2.	ความดันโลหิตสูงคือผู้ที่มีค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท วัดอย่างน้อย 2-3 ครั้งในเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์			
	.			
	.			
	.			
	.			
	.			
19.	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดสามารถมารับบริการที่รพ.สต. นอกเวลาราชการหากพบว่า มีระดับความดันโลหิตที่สูงมากระดับ 2 และ 3 จึงมาพบแพทย์อีกครั้งในเวลาราชการ			

ส่วนที่ 3 การรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด

คำชี้แจง แบบสอบถามประเมินการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด จำนวน 11 ข้อ ใ้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	อสม. ได้รับความรู้ด้วยการอบรม ทำให้มีความรู้ความสามารถมากขึ้นในการให้คำแนะนำผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดได้อย่างมั่นใจ					
2.	การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาของตนได้ถูกต้อง					
	.					
	.					
	.					
	.					
11.	ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคน โดยไม่จำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอยู่เสมอก็ได้					

ส่วนที่ 4แบบประเมินทักษะการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจงแบบประเมินทักษะในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากการสังเกตในการเยี่ยมบ้านผู้วิจัยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการสังเกตความสามารถของ อสม. ดังนี้

ข้อ	ข้อปฏิบัติของอสม.	ผลการสังเกต		
		ปฏิบัติถูกต้อง	ปฏิบัติบางส่วน	ปฏิบัติไม่ได้
	ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน			
1.	หาข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดเพื่อทำความเข้าใจ			
2.	กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน			
			
	ขั้นตอนการดำเนินเยี่ยมบ้าน			
			
	ขั้นหลังการเยี่ยมบ้าน			
			
20.	มีการนัดหมายการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครั้งต่อไป			

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวประภัศร เกียรติลือเดช
วัน เดือน ปีเกิด	12 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2518
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีลุปาง 2 พ.ศ. 2536-2538 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์(ระดับต้น) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2545-2547 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2557-2560 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ที่อยู่	1111/9 หมู่ที่1 ตำบลหัวทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000 Email – address : sorn55@gmail.com โทรศัพท์ 08-1977-9315
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า 367 หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30310