



การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

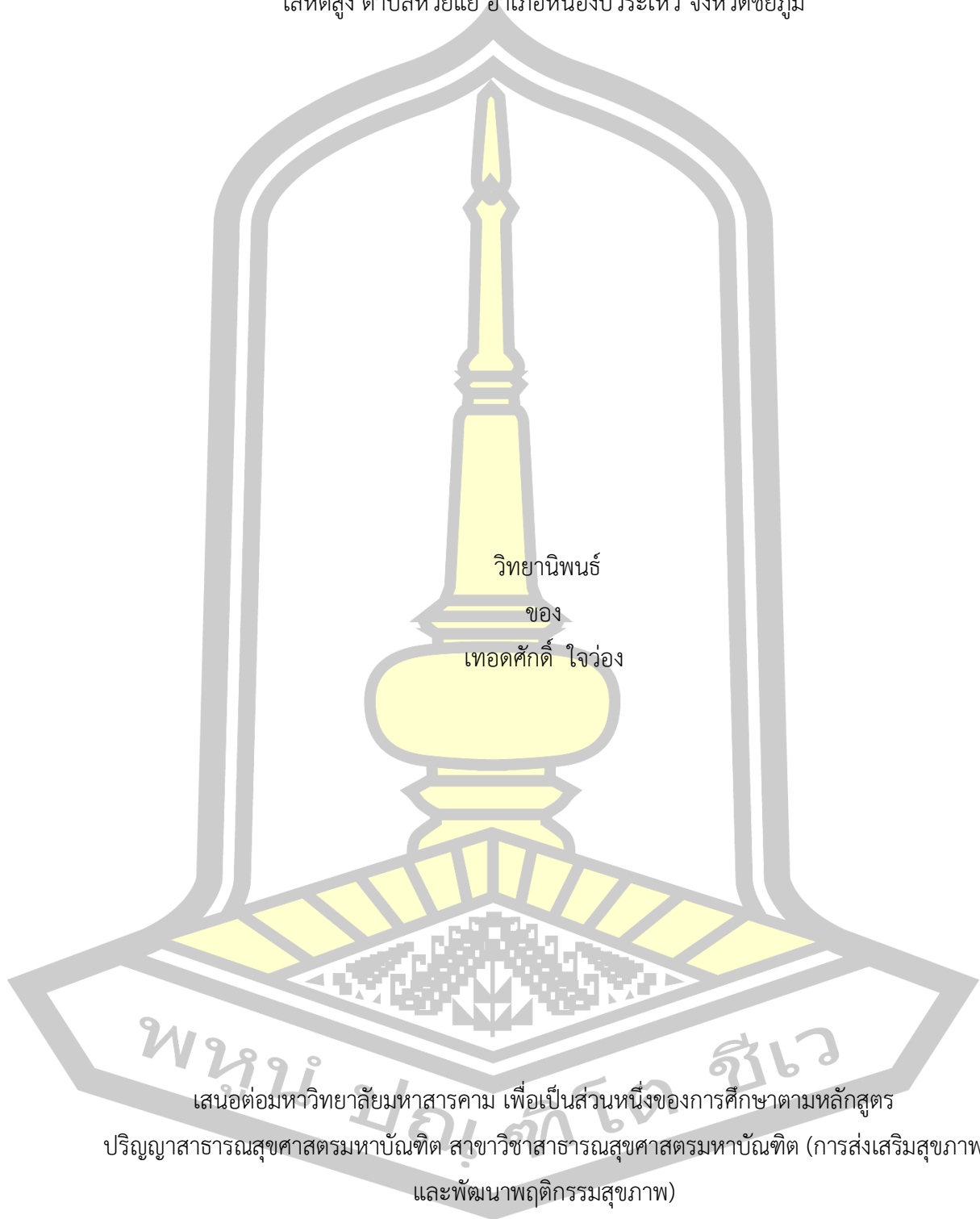
วิทยานิพนธ์
ของ
เทอดศักดิ์ ใจว่อง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)

มกราคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

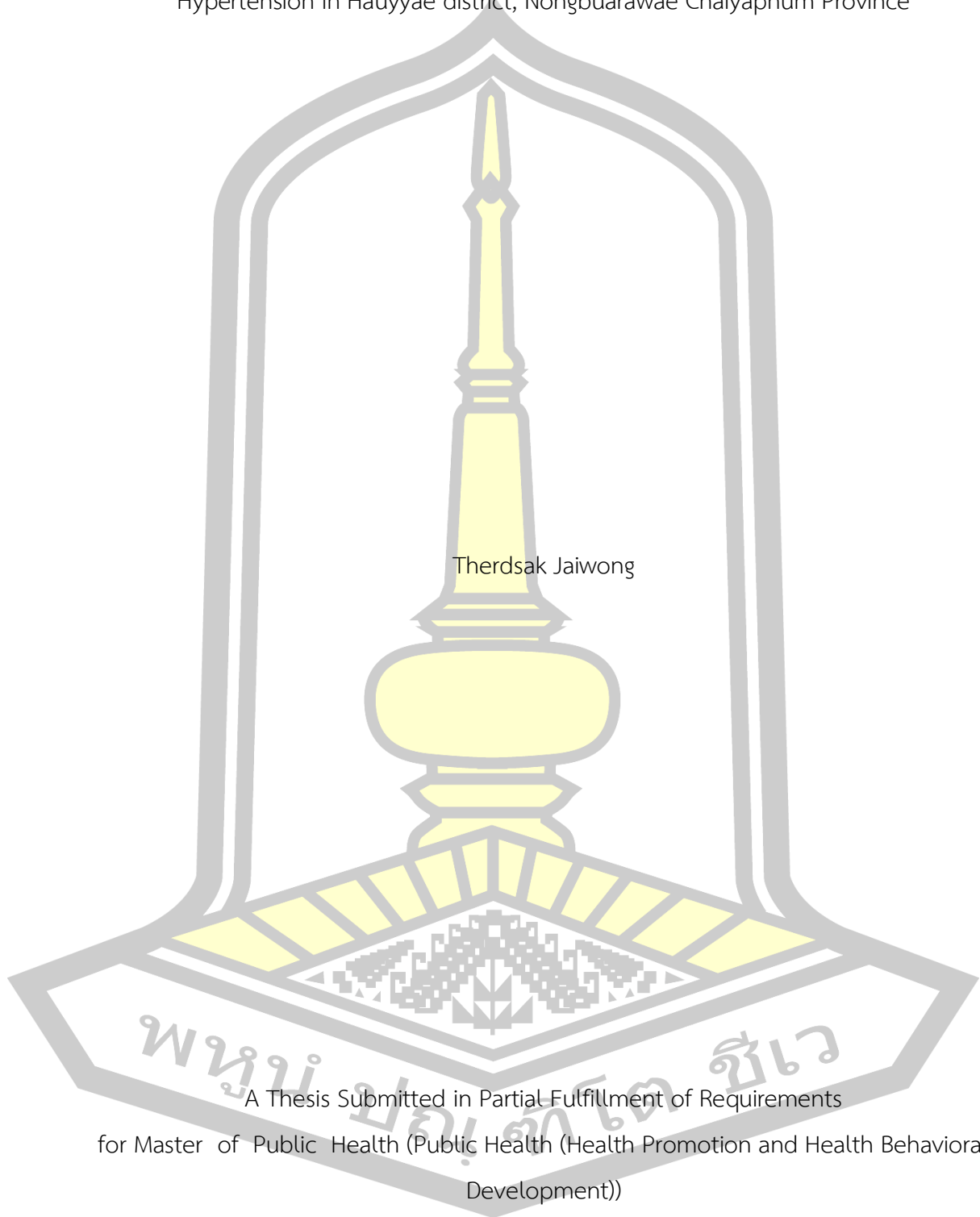


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)

มกราคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Home Health Promotion and Self-care Processes in Patients
Hypertension in Hauyyae district, Nongbuarawae Chaiyaphum Province



Therdsak Jaiwong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Promotion and Health Behavioral
Development))

January 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายเทอดศักดิ์ ใจว่อง
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ) ของ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดี)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์)

กรรมการ

(ผศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(นพ. ณรงค์ชัย สังชา)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ		
ผู้วิจัย	เทอดศักดิ์ ใจว่อง		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

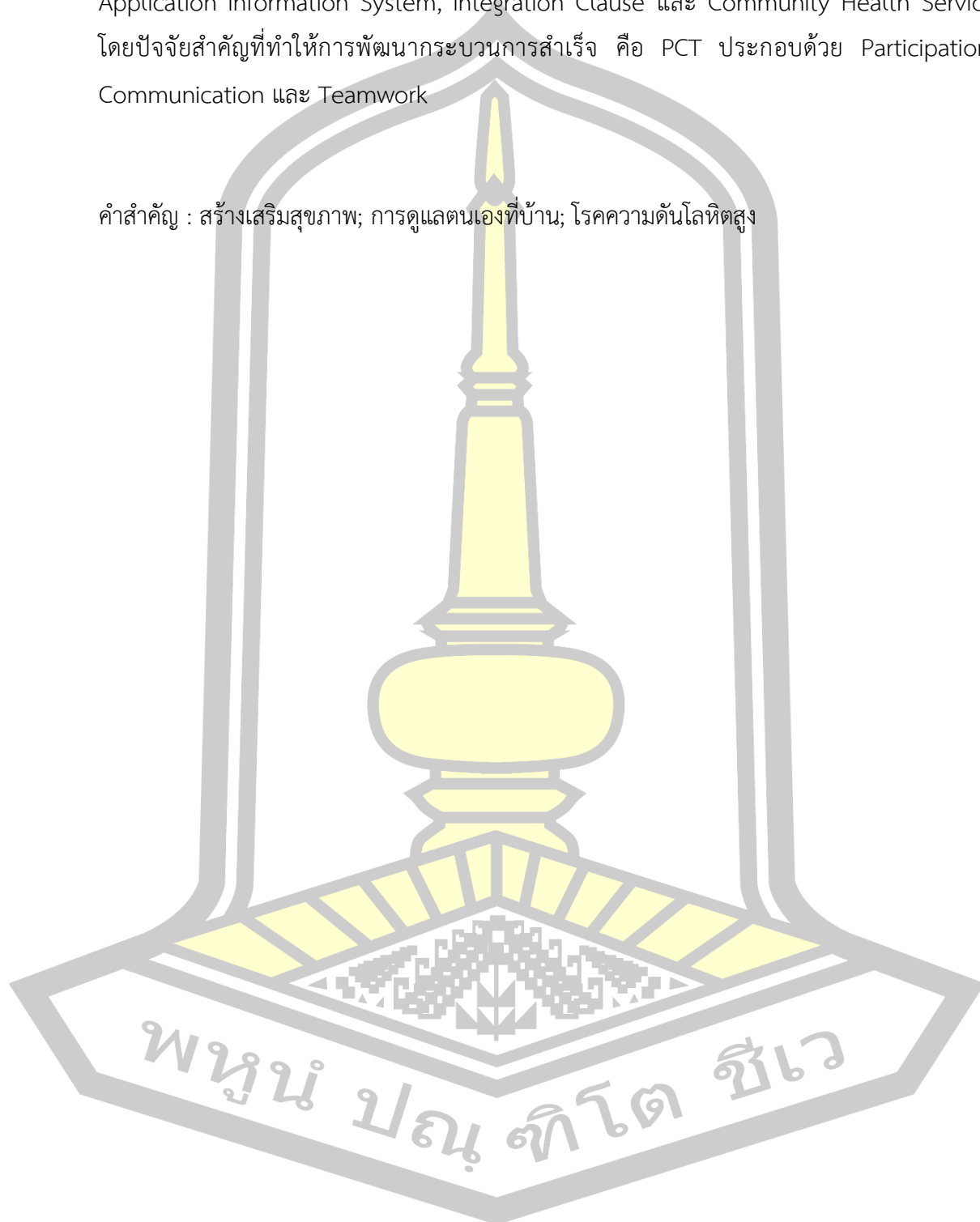
บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเป็นภาคีเครือข่าย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 76 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม – มิถุนายน 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Simple t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์บริบทการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน 2) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา 3) จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต 4) โครงการอบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน 5) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิต 6) ติดตาม นิเทศงาน 7) ประเมินผลลัพธ์การพัฒนา 8) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) ถอดบทเรียน ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับค่าเฉลี่ยของบทบาทในการดำเนินงาน ความรู้ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติ และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และเกิดรูปแบบเบื้องต้นของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ คือ PUBLIC Model

ประกอบด้วย Participation Health Management, Unity, Belonging Health Decision, LINE Application Information System, Integration Clause และ Community Health Service โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาระบบการสำเร็จ คือ PCT ประกอบด้วย Participation, Communication และ Teamwork

คำสำคัญ : สร้างเสริมสุขภาพ; การดูแลตนเองที่บ้าน; โรคความดันโลหิตสูง



TITLE	Development of Home Health Promotion and Self-care Processes in Patients Hypertension in Hauyyae district, Nongbuarawae Chaiyaphum Province		
AUTHOR	Therdsak Jaiwong		
ADVISORS	Terdsak Promarak , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Promotion and Health Behavioral Development)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

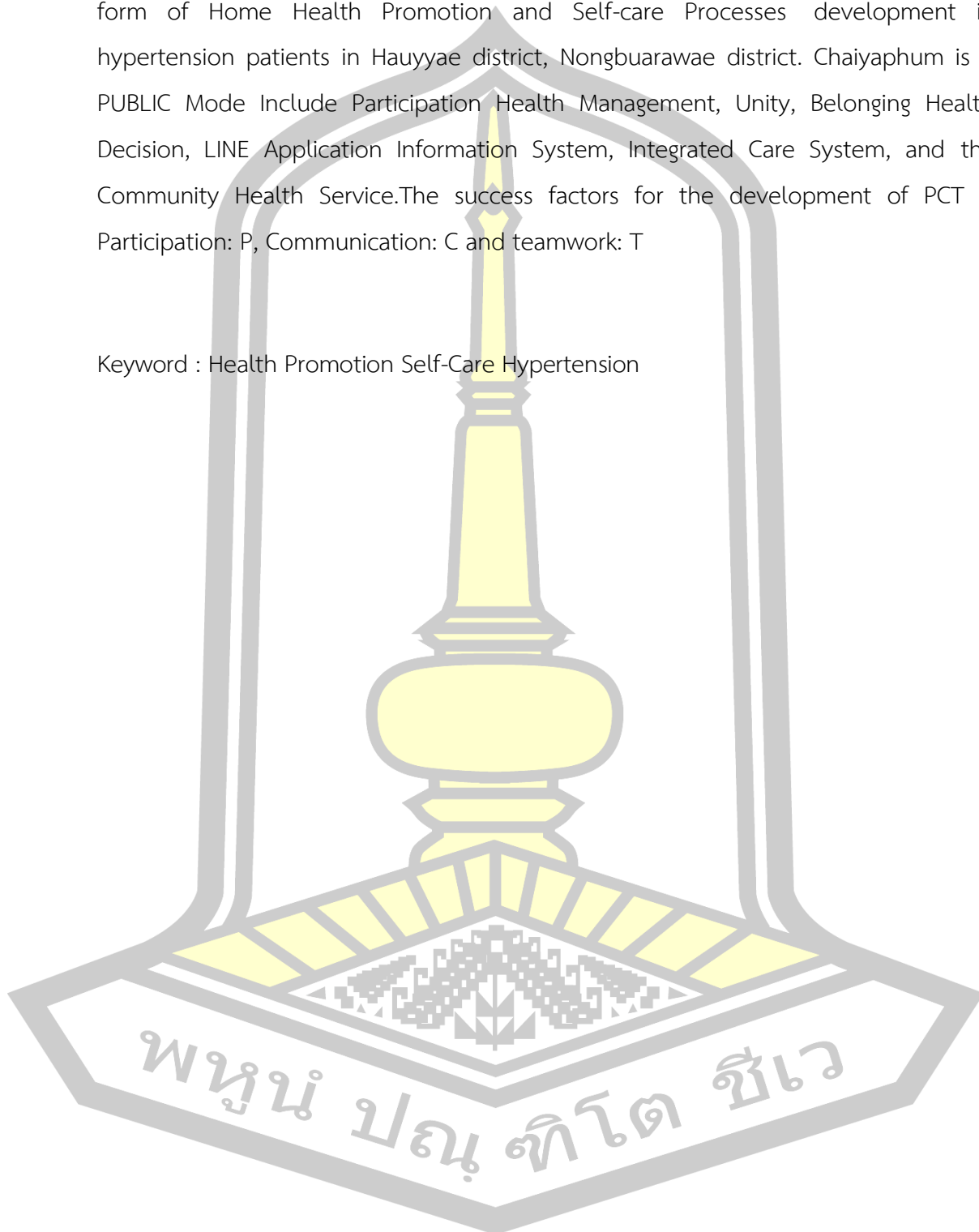
ABSTRACT

The purpose of this study was to Development of Home Health Promotion and Self-care Processes in Patients Hypertension in Hauyyae district, Nongbuarawae. Chaiyaphum Province The target audience is a network partner. A total of 76 patients were enrolled during January to June 2018. The data were collected both quantitatively and qualitatively. Quantitative analysis was performed using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation Paired Simple t-test. Analyze qualitative data by content analysis.

The research found that the Development of Home Health Promotion and Self-care Processes in Patients Hypertension in Hauyyae district, Nongbuarawae district. Chaiyaphum Province consists of 9 steps. 1) Analyze the context Home Health Promotion and Self-care Processes by the community. 2) Analyze the situation of the problem. 3) Make a plan to develop the process of Home Health Promotion and Self-care Processes at home by the community. In patients with hypertension, 4) Knowledge training program, 3๐, 2๙ health lead, 5) Change in hypertension patient behavior. 6) follow up supervision; 7) evaluate development results; 8) organize meetings and 9) The lesson learned was that the participants with Chronic Care Model: CCM had an average level of knowledge, participation, practice,

and satisfaction. Statistically significant at the 0.05 level (p -value < 0.001). The primary form of Home Health Promotion and Self-care Processes development in hypertension patients in Hauyyae district, Nongbuarawae district. Chaiyaphum is a PUBLIC Mode Include Participation Health Management, Unity, Belonging Health Decision, LINE Application Information System, Integrated Care System, and the Community Health Service. The success factors for the development of PCT is Participation: P, Communication: C and teamwork: T

Keyword : Health Promotion Self-Care Hypertension



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของ อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาที่ให้คำแนะนำข้อคิดเห็นตรวจสอบ และแก้ไขร่างวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้เขียนจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ โดยมี อาจารย์ ดร.กฤษณ์ ขุนลิก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ เป็นกรรมการ และนายแพทย์ณรงค์ชัย สังขา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ อาจารย์ปิยะนุช อากกล้า ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในทุก ๆ ด้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกท่านที่ให้ความสะดวกด้านอำนวยความสะดวก และประสานงาน ในการทำวิทยานิพนธ์ให้ผู้เขียนตลอดมาตลอดจนค้นคว้าหาข้อมูลในการจัดทำวิทยานิพนธ์ของผู้เขียนครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้ผู้เขียนขอโน้มรำลึกถึงอำนาจบารมีของคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่อยู่ในสากลโลก อันเป็นที่พึ่งให้ผู้เขียนมีสติปัญญาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้เขียนขอให้เป็นกตเวทิตาแต่บิดา มารดา ครอบครัวของผู้เขียน ตลอดจนผู้เขียนหนังสือ และบทความต่างๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้เขียนจนสามารถให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

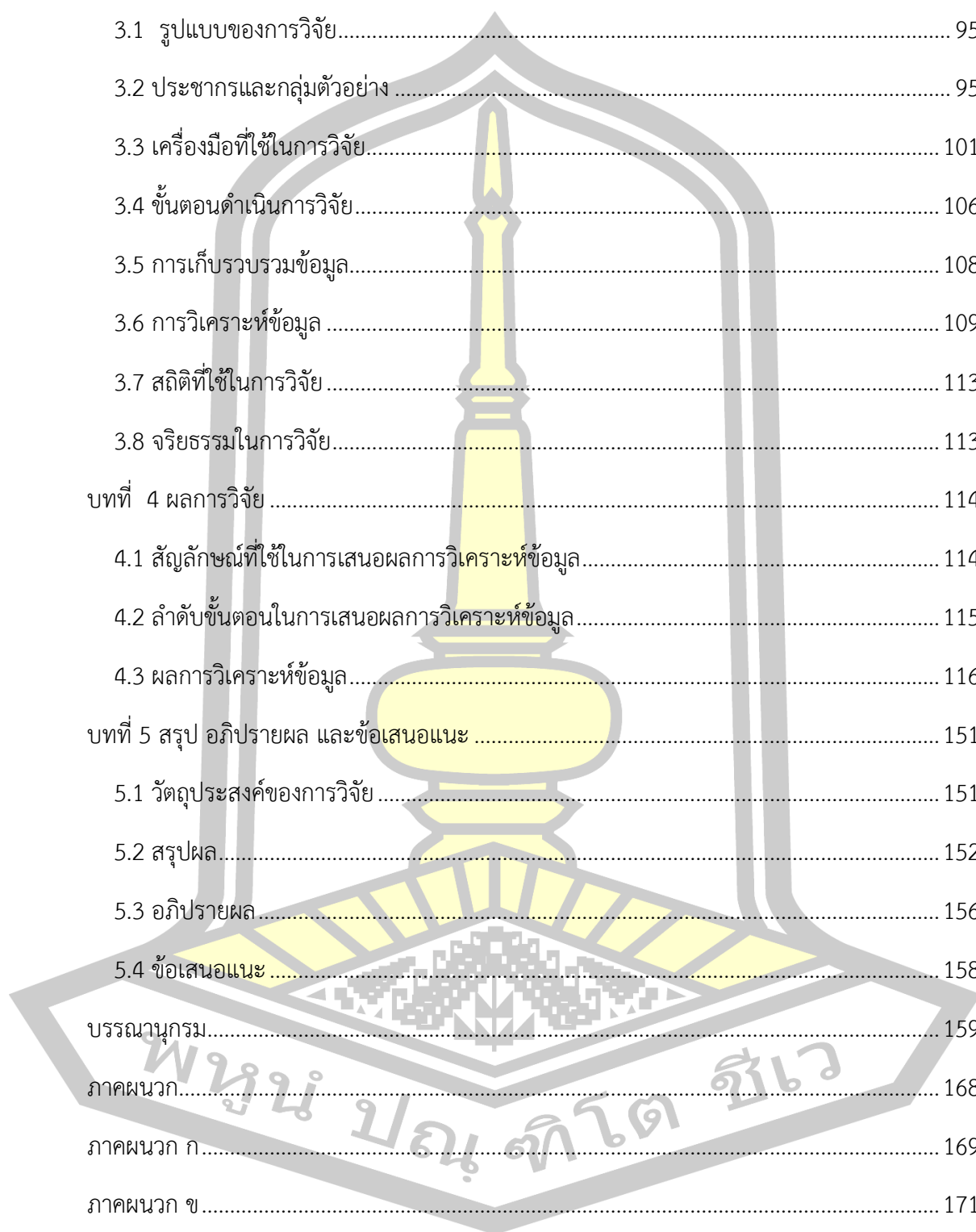
เทอดศักดิ์ ใจว่อง

พูน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ.....	9
2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง.....	17
2.3 แนวคิดการดำเนินงานต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM).....	32
2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม.....	66
2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับชุมชน.....	76
2.6 แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	81
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	86
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	94

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	95
3.1 รูปแบบของการวิจัย.....	95
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	95
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	101
3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	106
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	108
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	109
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	113
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	113
บทที่ 4 ผลการวิจัย	114
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	114
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	115
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	116
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	151
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	151
5.2 สรุปผล.....	152
5.3 อภิปรายผล.....	156
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	158
บรรณานุกรม.....	159
ภาคผนวก.....	168
ภาคผนวก ก.....	169
ภาคผนวก ข.....	171
ภาคผนวก ค.....	201
ประวัติผู้เขียน.....	213



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ปริมาณโซเดียมในวัสดุเครื่องปรุงรสอาหาร.....	28
ตาราง 2 ดัชนีมวลกาย และเกณฑ์การตัดสินในการประเมินภาวะโภชนาการ.....	29
ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างแนวทางการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย.....	36
ตาราง 4 Plan Care 4 ประเภท ตามคำแนะนำของ ICIC ตามกลุ่มโรค และวิชาชีพที่ควรมีในทีม... 38	38
ตาราง 5 องค์ประกอบด้านบุคลากรในคลินิกหออครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)	45
ตาราง 6 ระบบบริการของคลินิกหออครอบครัว.....	49
ตาราง 7 จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนในคลินิกหออครอบครัว	54
ตาราง 8 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยผู้มีส่วนขับเคลื่อนในการพัฒนากระบวนการ.....	96
ตาราง 9 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มภาคีเครือข่าย.....	98
ตาราง 10 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	99
ตาราง 11 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	100
ตาราง 12 โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ 5 อันดับแรกย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2556 - 2560) 118	118
ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มภาคีเครือข่าย จำแนกตามลักษณะทาง .. 120	120
ตาราง 14 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนก.. 122	122
ตาราง 15 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับการปฏิบัติก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา.....	132
ตาราง 16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา.....	132
ตาราง 17 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความรู้ก่อนการพัฒนาและ หลังการพัฒนา	133
ตาราง 18 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา.....	133

ตาราง 19 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา.....	134
ตาราง 20 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา.....	135
ตาราง 21 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับบทบาทในการพัฒนา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา.....	135
ตาราง 22 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับบทบาทในการพัฒนาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา.....	136
ตาราง 23 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความพึงพอใจก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา.....	136
ตาราง 24 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา.....	136
ตาราง 25 การจัดระบบบริการสุขภาพตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model ในรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่.....	138



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบของบริการที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค	33
ภาพประกอบ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model)	34
ภาพประกอบ 3 ระบบบริการการแพทย์ที่ควรเป็น	43
ภาพประกอบ 4 ระบบบริการการแพทย์ในปัจจุบัน	43
ภาพประกอบ 5 Primary Care Cluster รูปแบบที่ 1	52
ภาพประกอบ 6 Primary Care Cluster รูปแบบที่ 2	53
ภาพประกอบ 7 Primary Care Cluster รูปแบบที่ 3	53
ภาพประกอบ 8 การดูแลผู้ป่วย Home Base Care โดยทีมสหวิชาชีพ	55
ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัย	94
ภาพประกอบ 10 แผนที่ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ	117
ภาพประกอบ 11 กิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group) วิเคราะห์บริบทการดำเนินงานสร้างเสริม	125
ภาพประกอบ 12 การประชุมวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา	127
ภาพประกอบ 13 การประชุมทำแผนปฏิบัติการ	128
ภาพประกอบ 14 การอบรมให้ความรู้เรื่องโครงการอบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน....	129
ภาพประกอบ 15 การอบรมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	130
ภาพประกอบ 16 ประชุม Small Room จัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. และตั้งกลุ่ม LINE Application.....	131
ภาพประกอบ 17 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	131
ภาพประกอบ 18 การประเมินผลการดำเนินงาน.....	134
ภาพประกอบ 19 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	140
ภาพประกอบ 20 กิจกรรมการประชุมถอดบทเรียน	140

ภาพประกอบ 21 แผนผังขั้นตอนการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและ	145
ภาพประกอบ 22 ความสัมพันธ์ของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความโลหิตสูง กับ PUBLIC Model.....	148
ภาพประกอบ 23 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	150



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชากรทั่วโลกเปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ทุกประเทศจึงให้ความสำคัญกับการจัดการโรคกลุ่มนี้ จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้สถิติจากประเทศต่างๆ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (mm.Hg.) (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2556) โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง ร้อยละ 45.90 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 58.50 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยมีสาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 16.70 ล้านคนหรือร้อยละ 29.20 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง และคาดการณ์ไว้ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดต่อสูงถึง ร้อยละ 73.00 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก (สำนักระบาดวิทยา, 2551)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) ได้กำหนดเป้าประสงค์คือ ประชาชนชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพื่อลดการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ มีการส่งเสริมสุขภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย ให้มีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร มีการเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม รวมถึงมีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เพื่อให้คนไทยแข็งแรง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม โดยจากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในประชากรอายุ 40 ปี ขึ้นไป พบว่า ประชาชนไทยมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุด (ร้อยละ 8.31) รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ (ร้อยละ 3.69 และ 1.07) ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2555)

สำหรับประเทศไทยรายงานจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป

ร้อยละ 21.40 โดยพบร้อยละ 60.00 ในเพศชาย และร้อยละ 40.00 พบในเพศหญิง ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และร้อยละ 8.00-9.00 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ทั้งนี้ สถิติจากการรายงานดังกล่าวยังพบว่า ร้อยละ 20.90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ทั้งนี้ ยังพบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2551 และ ปี พ.ศ. 2556 เพิ่มจาก 169.60 เป็น 760.50 ต่อประชากรแสนคน หรือเพิ่มสูงขึ้นถึง 5 เท่า (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 88,806 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 24,321 ราย ร้อยละ 28.02 ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 88,617 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 30,647 ราย ร้อยละ 34.58 และในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 92,019 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 31,055 ราย ร้อยละ 33.75 (HDC, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2559) ซึ่งเมื่อดูจากแนวโน้ม พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพที่ 9 ที่ระบุไว้ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 50.00 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

อำเภอหนองบัวระเหว พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2557-2559 ร้อยละ 7.61, 7.77 และ 8.57 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 6.16, 26.88 และ 15.82 (Health Data Center (HDC), สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนประชากร 5,750 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 337 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.46 ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 373 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.60 และปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 380 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 (Health Data Center (HDC), สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2559) ซึ่งมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี และข้อมูลตัวชี้วัดของกระทรวงในตัวชี้วัดการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีของผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 50 ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เป็นจำนวนมาก จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไตซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดและเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อ

ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะก่อให้เกิดการสูญเสียคุณภาพชีวิต และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาในสถานบริการเพิ่มขึ้น

การให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ เป็นการให้บริการที่เน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก มีการนัดผู้ป่วยมารับการตรวจรับยาตามนัด ซึ่งจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่รับยาและตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหว และส่วนที่มารับยาและตรวจรักษาที่พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ โดยแพทย์จะทำการนัดเป็นประจำทุก 3 เดือน โดยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้จะให้บริการเดือนละ 2 ครั้ง ให้บริการผู้ป่วยวันละ 40-50 คน/ครั้ง ผู้ป่วยจะมารับยาตรวจรักษาที่คลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ 3 ครั้ง และจะถูกส่งตัวไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหวในครั้งถัดไป เพื่อตรวจร่างกาย และโรงพยาบาลหนองบัวระเหวก็จะส่งตัวกลับมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ดังเดิม ถึงแม้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหวและผู้นำท้องถิ่นของตำบลห้วยแย้ที่มีอยู่ ก็ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติตามเกณฑ์ได้ ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน Home Health Care ของอำเภอหนองบัวระเหว ไม่ผ่านเกณฑ์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 225 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เป็นเพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการขาดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดภาวะความรุนแรงที่จะตามมาของโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนจำเป็นต้องมีการหาวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม มีแบบแผนอย่างชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่นได้เห็นถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังจึงทำให้เกิดความยั่งยืน

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยกลไกสำคัญที่เป็นประโยชน์นั่นคือ “ชุมชน” โดยประชาชนเป็นผู้เสนอแนวคิดและตัดสินใจเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน มีผู้นำทุกระดับเป็นผู้ขับเคลื่อนอำนาจการตัดสินใจ และการสนับสนุนสิ่งต่างๆ เพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้การที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการนั้น นับว่าสิ่งสำคัญในการพัฒนาประเทศ เพราะเป็นการพัฒนาขึ้นมาจากรากฐาน และจะเป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทและสถานการณ์ในการดำเนินงานสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

1.3.2.2 กระบวนการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

1.3.2.3 ผลของกระบวนการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

1.3.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี ไม่มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางไตและโรคหัวใจ มีการรับประทานยาชนิดเดียว คือ Amlodipine 5 หรือ 10 มิลลิกรัม แล้วถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ และกลุ่มที่ 2 ภาควิชาช่วยในการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแล

ตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษานี้มุ่งศึกษาผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 11 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และสังเกต

1.4.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งศึกษาถึงผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บริบทของชุมชนในการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561–30 มิถุนายน พ.ศ. 2561 รวม 6 เดือน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความหมายของคำหรือข้อความที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายหรือข้อความต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.5.1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถนะทางร่างกาย และเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้รูปแบบกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน โดยใช้หลัก 3 อ. 2 ส. คือ ด้านอารมณ์ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทักษะในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและมีเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยงตลอดจนให้การชี้แนะการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม

1.5.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลนองบัวระเหวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แล้วถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้

มีประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี ไม่มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางไตและโรคหัวใจ มีการรับประทานยาชนิดเดียว คือ Amlodipine 5 หรือ 10 มิลลิกรัม

1.5.3 กลุ่มภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีบทบาทหน้าที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อันประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

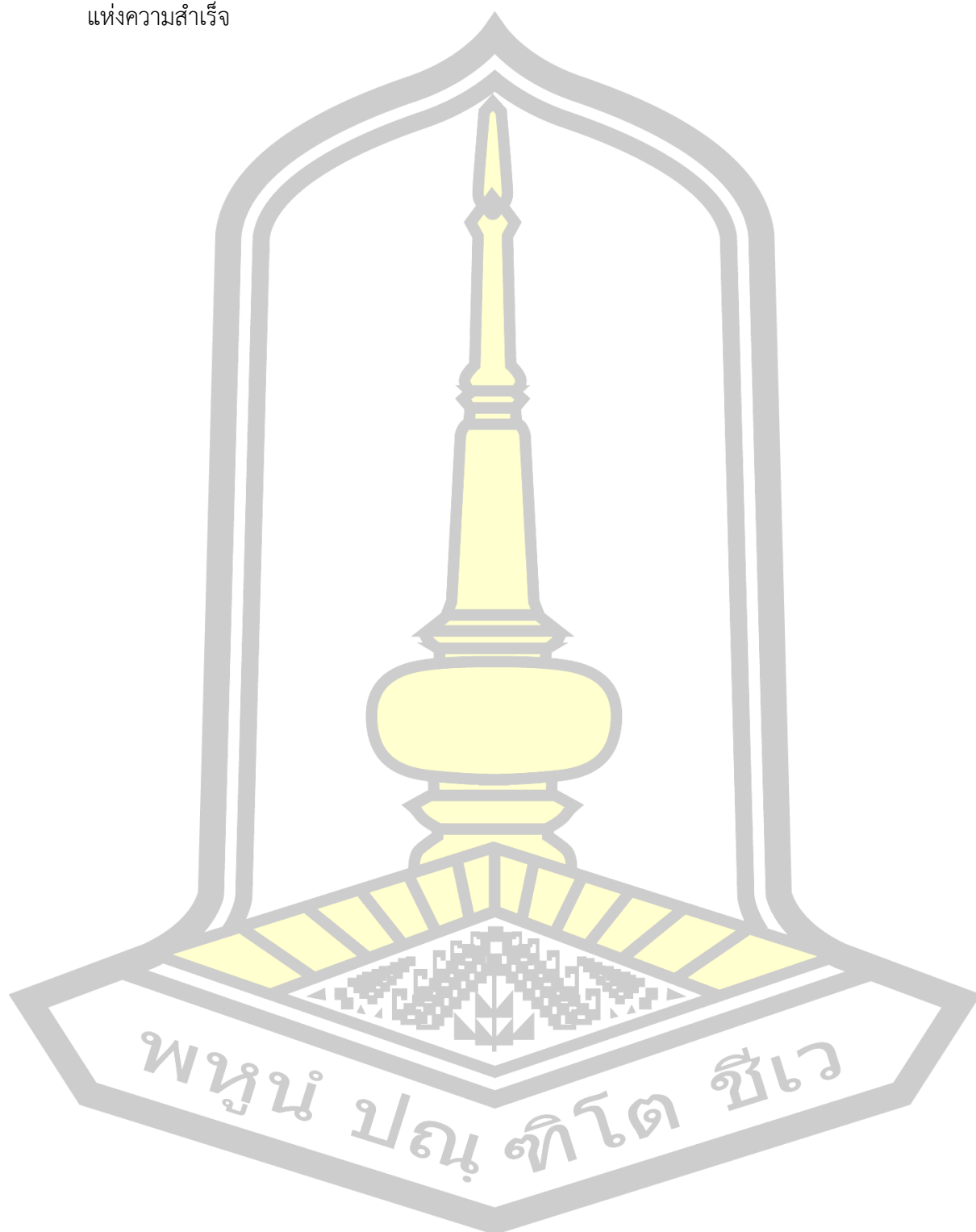
ภาคการเมือง ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น และผู้นำชุมชน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล พัฒนาชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล ในตำบลห้วยแย้

ภาควิชาการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ทำงานในตำบลห้วยแย้ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

ภาคประชาสังคม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนสถานศึกษา เจ้าอาวาสหรือพระอริการ ในตำบลห้วยแย้

1.5.4 การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และความร่วมมือของชุมชนตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ที่กระทำแล้วก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในภาวะปกติได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลัก 3 อ. 2 ส. คือ ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา ร่วมกับการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนากระบวนการ มี 4 ระยะ 9 ขั้นตอน ดังนี้ ระยะที่ 1 วางแผน Planning ประกอบด้วย P1: วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน P2: ประชุม ค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลัก (AIC) และ P3: จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยระบุกิจกรรม ระยะเวลาร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัย ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ Action ประกอบด้วย A4: โครงการอบรมความรู้ 3อ. แก่นนำสุขภาพชุมชน และ A5: โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ระยะที่ 3 สังเกตและรวบรวมข้อมูล (Observation) ประกอบด้วย O6: ติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย และ O7: ประเมินผลการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และระยะที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประกอบด้วย R8: การจัดประชุมเวที

แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตในชุมชน และ R9: ร่วมถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ



บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ และอภิปรายผลการศึกษาในครั้งนี้ ตามรายละเอียด ดังนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1.1 ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1.2 แนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1.3 กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1.4 หลักการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2.2 ชนิดของความดันโลหิตสูง
 - 2.2.3 สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2.4 อาการของความดันโลหิตสูง
 - 2.2.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2.6 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2.7 การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 2.3.1 การดำเนินงานต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (CCM)
 - 2.3.2 คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC)
 - 2.3.3 ระบบสุขภาพอำเภอ District Health System (DHS) กับคลินิกหมอครอบครัว
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม
 - 2.4.1 ความหมายการมีส่วนร่วม
 - 2.4.2 ลักษณะ และความสำคัญของการมีส่วนร่วม
 - 2.4.3 ระดับการมีส่วนร่วม
 - 2.4.4 การส่งเสริมการมีส่วนร่วม

2.4.5 แนวคิดกระบวนการ A-I-C

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับชุมชน

2.5.1 ความหมายของชุมชน

2.5.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน

2.6 แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ

2.1.1 ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ

คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพเริ่มที่ใช้ครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อประมาณ ปี พ.ศ. 2542 ในความหมายที่กว้าง และครอบคลุมกว่าคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ โดยที่การสร้างเสริมสุขภาพจะเน้นที่การดำรงสุขภาพทั่วไปของประชาชนให้อยู่ในสภาพดีหรือการปรับปรุงให้ดีขึ้น ส่วนการสร้างเสริมสุขภาพจะมีความหมายที่สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ซึ่งมีความหมายที่กว้างกว่าโดยการเน้นที่กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีรวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องของกระบวนการหรือยุทธศาสตร์ที่จะทำให้เกิดการมีสุขภาพดีโดยดำเนินการร่วมกันของระบบที่เกี่ยวข้อง (อำนาจ ศรีรัตนบัลล, 2550; กุลวรรณ นาครักษ์, 2551 อ่างในสฤณา บุญนารากร, 2551)

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคล และกลุ่มบุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ (สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2551)

โดยสรุปการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่เป็นการเพิ่มสมรรถนะของคนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของประชาชน และทุกภาคส่วน

2.1.2 แนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นแกนนำ และผลักดันทิศทาง และนโยบายในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนของประเทศสมาชิกทั่วโลกได้จัดประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน

ณ กรุงอัลมาอะตา ประเทศสหภาพโซเวียตเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2521 และได้ชูคำขวัญสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 (Health For All by The Year 2000) และขอให้ประเทศสมาชิกมีพันธสัญญาในการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งถือเป็นกุญแจไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า แต่การพัฒนาของระบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ไม่สามารถทำให้ระดับสุขภาพโดยรวมของประชาชนดีเท่าที่ควร แต่กลับพบปัญหาช่องว่างระหว่างชนบทกับเมือง หรือคนรวยกับคนจน ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการดั่งนั้นประเทศต่างๆ จึงมีข้อสรุปร่วมกันว่าประชาชนมีสิทธิ และหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมทั้งในระดับปัจเจกและกลุ่มบุคคล ในการวางแผน และดูแลสุขภาพของตนเองได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) ในปี พ.ศ. 2529 ได้มีการประชุมประเทศสมาชิกสำนักงานองค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป เพื่อหาแนวปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยายามมุ่งหาคำตอบต่อประเด็นที่ว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสาขา จากการประชุมทำให้ได้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพนั่นคือ กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter, 2529) ซึ่งกำหนดปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพในแนวใหม่ว่าเป็นการสร้างสมรรถนะของคนในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเองที่มีความสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องใช้แนวคิดดังกล่าว มาจากพื้นฐาน 4 ประการดังนี้

1) ปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการให้คนมีสุขภาพดี (Prerequisite for Health) ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้สิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศที่ดี ความเท่าเทียมหรือความยุติธรรมในสังคม ดั่งนั้น การที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีสุขภาพดีต้องพัฒนาหรือส่งเสริมปัจจัยเหล่านี้ จึงอาจกล่าวได้อีกว่า มุมมองนี้มองการส่งเสริมสุขภาพคือการส่งเสริมให้มีสันติภาพให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการศึกษา มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความยุติธรรมในสังคม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่เช่นสภาพแวดล้อม ระบบนิเวศน์ในมุมมองนี้สุขภาพถือเป็นทรัพยากรเป็นทุนทางสังคมของประชาชาติดั่งนั้น การพัฒนาสุขภาพจึงเป็นการลงทุนในอีกรูปแบบหนึ่ง และต้องทำในทุกระดับ ทั้งระดับปัจเจกบุคคล และระดับสังคม จากมุมมองนี้สะท้อนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ว่า ถ้ามองปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (Health Determinants) มีขอบเขตกว้าง การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาสุขภาพไม่สามารถทำได้โดยงานด้านสุขภาพ เท่านั้นแต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคีทุกฝ่ายต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบเป้าหมายเพื่อสร้างสมรรถนะให้คนเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับงานวิจัยสุกิจ ทองพิลา (2555) ซึ่งได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2) การให้ความสำคัญกับสุขภาพ (Advocacy) เพื่อให้สังคมมองว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นที่ต้องการมีสุขภาพที่ดีที่เป็นฐานทรัพยากรของการมีชีวิตที่ดีชีวิตที่มีคุณภาพ การให้ความสำคัญกับสุขภาพ หมายถึงการเรียกร้องให้สังคมเห็นคุณค่าตระหนักในความสำคัญของสุขภาพ (Public Awareness) เมื่อสังคมให้ความสำคัญภาคีต่างๆ ก็จะเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตน การที่จะทำได้ต้องอาศัยกลยุทธ์การขับเคลื่อนทางสังคม และต้องทำในระดับกว้าง เพราะต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งสื่อสารมวลชน ผู้นำทางความคิด นักพัฒนาสังคม และนักการเมือง ในแง่การมีพันธะสัญญาในระดับนโยบาย (Political Commitment)

3) จุดเน้นของการสร้างเสริมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลที่ความเท่าเทียมหรือความยุติธรรมทางสังคมในแง่ของโอกาสที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มั่นคง และปลอดภัย โอกาสที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ โอกาสที่จะเข้าถึงข้อมูล และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองดังนั้นเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ที่การพัฒนาสมรรถนะ (enable) ให้ทุกคนได้พัฒนาได้เต็มที่ตามศักยภาพของตนเพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีคนจึงจะมีสุขภาพดีได้

4) เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมีความซับซ้อน และกว้างขวาง และไม่ได้จำกัดเฉพาะงานด้านสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงด้านสังคม และเศรษฐกิจการที่จะปรับปรุงปัจจัยพื้นฐานจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคี ทั้งด้านเศรษฐกิจสังคมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรท้องถิ่น และทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจกครอบครัว และชุมชนดั่งนั้น บทบาทของบุคลากรวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางเชื่อมกลุ่มหรือภาคีต่างๆ ที่มีความสนใจแตกต่างกันในสังคม มารวมพลังสร้างสรรค์เพื่อสุขภาพ (นิตย | ทศนิยม, 2548) การประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยแม้ว่ากฎบัตรอตตาวาแห่งการสร้างเสริมสุขภาพจะได้มีการประกาศออกมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2529 แต่ในประเทศไทยมีการพูดถึงกันน้อย กระทรวงสาธารณสุขยังคงดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานตามแนวคิดที่เคยปฏิบัติกันมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 จนกระทั่ง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้จัดประชุมวิชาการโดยใช้หัวข้อการประชุมส่งเสริมสุขภาพบทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน การประชุมมีการทบทวน และรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดแห่งกฎบัตรอตตาวา และโครงการของทั้งใน และนอกประเทศ จัดพิมพ์เป็นเอกสาร และเผยแพร่อย่างกว้างขวาง มีผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนั้นเป็นนักวิชาการ และบุคลากรสาธารณสุขจากทั่วประเทศ หลังจากการประชุมได้มีการเคลื่อนไหวผลักดันให้ออกพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติซึ่ง

ประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2544 อันจะส่งผลดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะทำให้เกิดความร่วมมือของทุกองค์กรในชุมชนในการดูแลอย่างจริงจัง

2.1.3 กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากความหมายของสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะบุคคลครอบครัว และชุมชนจะเห็นว่ากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพต้องมุ่งเน้นให้คนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง รวมทั้งจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งกระทำได้เมื่อประชาชนมีทักษะที่จำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพ มีชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยงตลอดจนให้การชี้แนะจากแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทิศทางขอบเขตการดำเนินงานที่กว้าง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายดังที่ในกฎบัตรรอตตาวา (2529) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543 อ้างใน สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2551)

2.1.3.1 นโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพดี (Health Public Policy) ของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถ้ายึดแนวคิดของสุขภาพในลักษณะบูรณาการจะเห็นว่านโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพดี จะต้องเน้นการพัฒนาคน เป็นหัวใจสำคัญโดยระบบต่างๆ ของประเทศจะต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลให้คนเกิดจิตสำนึก และเห็นคุณค่าของสุขภาพ เกิดการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในชุมชน นอกจากนี้นโยบายต่างๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ

2.1.3.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ (Supportive Environment) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมทั้งกายภาพ ชีวภาพ และสังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การมีสุขภาพโภชนาการ และน้ำที่สะอาด มีที่ออกกำลังกาย มีการดูแลควบคุมมลพิษที่ดี การปฏิบัติถูกสุขลักษณะ เป็นต้น

1) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น ปราศจากเชื้อโรค และพาหะนำโรค เช่น ยุง แมลงต่างๆ สุนัขบ้า

2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพ และมิตรไมตรีต่อกันมีความเอื้ออาทรต่อกันในชุมชน

2.1.3.3 การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) เป็นการสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพึ่งตนเองโดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจ และจัดการ รวมทั้งระดมทรัพยากรภายในชุมชนให้ผู้ป่วยได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุนเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้กับชุมชน (Community Empowerment)

2.1.3.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) เป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมภาวะสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น มีทางเลือกมากขึ้น

โดยการให้ข้อมูลข่าวสารส่งเสริมการเรียนรู้ฝึกทักษะในการจัดการเพื่อการดำรงชีวิตตามวิถีทางที่สร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสันติ รู้จักรักษาสิ่งแวดล้อม มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณเพื่อเข้าถึงความดี

2.1.3.5 การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reoriented Health Service) จากเชิงรับที่มุ่งการรักษา และมุ่งเฉพาะบุคคล มาเป็นเชิงรุกที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และพึ่งพาตนเองการดูแลต้องใช้อการดูแลสุขภาพแบบพหุลักษณะ คือ รวบรวมดูแลทั้งการแพทย์ตะวันตก การแพทย์พื้นบ้าน และภูมิปัญญาไทย ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

โดยสรุปการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรให้ความสำคัญกับสุขภาพ เพราะเป็นฐานของการมีชีวิตดีมีคุณภาพ ซึ่งมีปัจจัยหลายด้านที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน และจากทุกภาคส่วนโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานการทำงานเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2.1.4 หลักการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส.

2.1.4.1 อ.1 อาหาร มีพฤติกรรมการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยให้ได้รับสารอาหาร 6 ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ประกอบด้วย

1) อาหารหมู่ที่ 1: เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์ ซึ่งจะให้สารอาหารโปรตีนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งวิตามิน และแร่ธาตุ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตโดยการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ กระดูก ฮอร์โมน เอนไซม์ และใช้เป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย เมื่อร่างกายได้รับอาหารคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ

2) อาหารหมู่ที่ 2: ข้าว แป้ง เผือก มัน และน้ำตาล ซึ่งให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ มีหน้าที่หลักในการให้พลังงาน แต่ถ้ารับประทานอาหารพวกนี้ในปริมาณมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย สารอาหารคาร์โบไฮเดรตจะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปไขมัน และสะสมในร่างกาย

3) อาหารหมู่ที่ 3: ผักต่างๆ เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ถั่วฝักยาว แตงกวา ฟักทอง ฯลฯ

4) อาหารหมู่ที่ 4: ผลไม้ต่างๆ เช่น มะละกอ กล้วย ส้ม มะม่วง สับปะรด ฝรั่ง ฯลฯ
อาหารหมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 นี้สามารถรับประทานได้มาก เพราะผัก และผลไม้เป็นแหล่งของสารอาหารจำพวกวิตามิน และแร่ธาตุช่วยให้ร่างกายปรับสมดุล ทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ตามปกติ ช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย และอุดมไปด้วยเส้นใยอาหาร และสารพฤกษเคมี (Photochemical) ซึ่งช่วยป้องกันโรคมะเร็งบางชนิดได้ และช่วยให้ระบบขับถ่ายดี

5) อาหารหมู่ที่ 5: ไขมันต่างๆ ทั้งจากสัตว์ และพืช ซึ่งให้สารอาหารไขมัน มีหน้าที่หลักในการให้พลังงาน และกรดไขมัน แต่ถ้ากินอาหารประเภทนี้มากเกินไปจะถูกสะสมในรูปไขมันตาม

ส่วนต่างๆ ของร่างกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เกิดโรคอ้วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากกว่าปกติ มี 2 ประเภท คือ อ้วนลงพุง และอ้วนทั้งตัว หรือบางคนเป็นทั้ง 2 ประเภทร่วมกัน จะมีโรคแทรกซ้อนจากการที่มีน้ำหนักตัวมาก ได้แก่ โรคไขข้อ ปวดข้อ ข้อเสื่อม ปวดหลัง ระบบหายใจทำงานติดขัด เป็นต้น

นอกจากโรคอ้วนแล้ว ภาวะโรคที่น่าสนใจอันเป็นสาเหตุจากพฤติกรรม คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ และมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะเริ่มต้นอาจดูแลทางการแพทย์โดยไม่ใช้ยา คือ การจัดการทางด้านโภชนาการในการป้องกัน และรักษาโรคความดันโลหิตสูง และโรคแทรกซ้อนอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือด ที่จะไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้า และน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบน้ำเลือดแรงขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ความดันโลหิตสูงเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวโดยผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นเพื่อพยายามให้เลือดไหลผ่าน หลอดเลือดที่มีสิ่งมาเกาะตามผนัง เช่น ไขมัน และสิ่งอื่นๆ ด้วยเหตุผลที่ว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในสมอง โรคไต และโรคของหลอดเลือดของหัวใจ ใช้เครื่องวัดความดัน วัดความดันโลหิตได้ค่าเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า (ค่าปกติจะอยู่ประมาณ 120/80 มิลลิเมตรปรอท) ตัวเลขแรก แสดงถึงแรงดันในเส้นเลือดแดง เมื่อหัวใจฉีดเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายแต่ละครั้ง คือ Systolic ตัวเลขที่สอง แสดงถึงแรงดันในเส้นเลือดแดง เมื่อหัวใจอยู่ในช่วงพักระหว่างสูบน้ำเลือดแต่ละครั้ง คือ Diastolic บางครั้งคนชอบเรียกว่าตัวบนกับตัวล่าง องค์การอนามัยโลก ให้คำนิยามว่า คือการที่ความดันสูงกว่า 140/90 มากกว่า 2 ครั้งในการวัดห่างกัน 1 เดือนขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง ความดันตัวล่าง จะถือว่ามีความสำคัญกว่า เช่นในผู้สูงอายุที่มีความดันตัวบนสูงอย่างเดียว อาจเป็นปกติจากเส้นเลือดขาดความยืดหยุ่นได้ แต่ถ้าตัวล่างสูง จะมีปัญหาทันทีซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน ส่วนน้อยมีสาเหตุจากโรคของไตต่อมหมวกไต โรคทางระบบประสาทส่วนกลาง โรคของหลอดเลือดแดงและอื่นๆ แต่ไม่ว่าความดันโลหิตของคุณจะสูงจากสาเหตุใดๆ ก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องพยายามควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติให้ได้ อาการ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ยกเว้นจะมีบางคน มีน้มน้ำตาล หายใจ หรือถ้าขึ้นสูงมากๆ อาจมีอาการของเส้นเลือดตีบในสมอง วิงเวียน ตาลาย อ่อนแรง อาเจียน นั่นหมายถึงต้องมาพบแพทย์ด่วน ถ้าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จะมีภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ หัวใจล้มเหลว (หัวใจวาย) อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือไตวาย

2.1.4.2 อ.2 ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 5 วัน และในแต่ละวันออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที การออกกำลังกาย

ที่สมบูรณ์แบบ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ ว่ายน้ำ วิ่ง ปั่นจักรยาน เดินเร็ว กระโดดเชือก แอโรบิกแดนซ์ และโยคะ เป็นต้น จะทำปอดหัวใจ หลอดเลือดตลอดจนระบบไหลเวียนทั่วร่างกายแข็งแรง ทนทาน และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรปฏิบัติ 3 ขั้นตอนคือ (1) การอบอุ่นร่างกาย (2) การออกกำลังกาย และ (3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วิธีการทดสอบว่าออกกำลังกายเพียงพอในแต่ละครั้ง ทำได้ด้วยการวัดอัตราการเต้นของหัวใจโดยการจับชีพจรหลังออกกำลังกายเสร็จ หรืออาจดูง่ายๆจากความเหนื่อยของตัวผู้ออกกำลังกาย เนื่องจากความแตกต่างของสมรรถนะในแต่ละคน จึงไม่ได้กำหนดอัตราเต้นของหัวใจไว้ตายตัว แต่จะกำหนดไว้กว้างๆ ที่นิยมในปัจจุบันคือ ให้จับชีพจรหลังหยุดออกกำลังกายทันทีให้อยู่ระหว่าง ร้อยละ 65-80 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum Heart Rate)

2.1.4.3 อ.3 อารมณ์ มีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และสามารถแสดงบทบาท(สอดคล้องกับบทบาท) ในการเป็นแกนนำ อารมณ์ หรือความรู้สึกความเป็นไปแห่งจิตใจในขณะหรือช่วงเวลาหนึ่งๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมาก ถ้าอารมณ์เสีย ชุนมัว ก็จะสนับสนุนการเกิดสุขภาพที่ทรุดโทรม แต่ถ้าอารมณ์ดี แจ่มใส ก็จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์ เพื่อให้เสริมสร้างภาวะอารมณ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ ทั้งทางด้านป้องกัน และด้านส่งเสริมหลายระดับ ดังนี้

- 1) การประกอบอาชีพโดยสุจริต กล่าววาจาโดยชอบ ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และไม่ตกเป็นทาสของเครื่องเสพติดมีนเมาให้โทษต่างๆ
- 2) ขยันขันแข็ง และความมีน้ำใจในการช่วยเหลือในกิจการงาน
- 3) ทำงานอย่างเป็นสุข การทำงานด้วยความตั้งใจเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง โดยหวังเกื้อกูลผู้อื่น ย่อมก่อให้เกิดความยินดี ความภูมิใจ และรู้สึกเป็นสุข
- 4) การออกกำลังกายจนเหงื่อออกพอสมควรเป็นประจำทุกวัน ทำให้ระบบประสาทคลายความเครียด
- 5) อย่าวิตกกังวลในเรื่องต่างๆมากเกินไป ผู้ที่คิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตัวเองตลอดเวลา เช่น กลัวจะไม่รวย กลัวจะขาดทุน กลัวจะไม่สวย กลัวคนจะไม่รัก กลัวจะไม่มีชื่อเสียง กลัวคนนินทาว่าร้าย กลัวจะเป็นโรคนั้นโรคนี้นี้ ย่อมทำให้จิตใจไม่มีความสุข และเกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นจริงๆ
- 6) การฝึกแผ่ความรัก หรือแผ่เมตตาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เมตตาเป็นเครื่องบำบัดความโกรธ และพยายามได้ เราต้องฝึกเมตตาให้ขยายขอบเขตออกไปเรื่อยๆ จะทำให้ใจของเราสงบ คลายความหงุดหงิด และรำคาญ จิตของเราขณะที่แผ่เมตตานี้จะอยู่ในภาวะที่เป็นกุศล เมื่อมีการพูดจาติดต่อกันกับผู้อื่นก็เป็นไปด้วยดี

7) การสวดมนต์ภาวนา เป็นการบริหารจัดการอย่างสูง มนุษย์เรียนรู้ความทุกข์จากการที่จิต ผักใฝ่อยู่แต่ในเรื่องของตนเอง จึงเกิดมีการสวดมนต์ขึ้น ถ้าจิตใจจดจ่ออยู่ในคำสวด ก็เป็นการเอาจิต ออกจากความจดจ่อในเรื่องของตัวเอง ทำให้จิตสงบที่เรียกว่า “สมาธิ”

2.1.4.4 ส.1 สูบบุหรี ไม่เสพติดบุหรี เป็นบุคคลตัวอย่างของผู้ไม่สูบบุหรี

บุหรีเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งถึงแม้ว่าจะเสพได้โดยไม่ผิดกฎหมายแต่พิษภัยของบุหรีก็ ร้ายแรง เพราะในควันบุหรีมีสารพิษอยู่มากมาย คือ

- 1) นิโคติน มีลักษณะเป็นน้ำมัน ไม่มีสี มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง
- 2) ทาร์ เป็นน้ำมันเหนียวข้น สีน้ำตาล จะเข้าไปจับอยู่ที่ปอดทำให้ระคายเคือง ฤกลมในปอดขยายขึ้น
- 3) คาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง
- 4) ไนโตรเจนไดออกไซด์ ทำลายเยื่อปอดหลอดลม ทำให้ถุงลมโป่งพอง
- 5) ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ทำลายเยื่อปอดหลอดลมชนิดมีขนมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปทำลายหลอดลมได้ง่าย ซึ่งสารเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี และผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี

2.1.4.5 ส.2 สุรา เป็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างไม่ดื่มสุรา

สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เมื่อดื่มสุรา แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมเข้าไปสู่กระแสเลือดไปยังประสาทส่วนกลาง ซึ่งถ้าดื่มติดต่อกันเป็นประจำจะทำให้ติดสุรา ลักษณะผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำจนติดสุรา จะมีนัยน์ตาแดง ใบหน้าบวมฉุมือสั่น เนื้อตัวสกปรก การแต่งกายไม่เรียบร้อย และถ้าไม่ได้ดื่มก็จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด ฝันร้าย และประสาทหลอนการดื่มสุราที่มีโทษอยู่หลายประการ ดังนี้

- 1) ทำให้เป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหาร โรคไตอักเสบ โรคหัวใจ
- 2) มีพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาไม่สุภาพ เพราะบังคับตัวเองไม่ได้
- 3) ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ๆ เช่น พลัดตกหกล้ม รถชนกัน
- 4) ทำให้สติปัญญา และความสามารถในการทำงานลดลง ทำงานบกพร่องหรือผิดพลาด

ได้ง่าย

- 5) ทำให้ครอบครัวมีปัญหา เช่น พ่อแม่ทะเลาะกัน ไม่มีเงิน
- 6) สิ้นเปลืองเงินทองในการซื้อสุรา
- 7) เป็นที่รังเกียจของผู้พบเห็น

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้แนวทางของ JNC 7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure The JNC 7 Report) ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ศึกษาข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และนำมาสรุปเพื่อทำเป็นแนวทาง ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ใช้คำจำกัดความ และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของ (JNC 7, 2003 อ้างใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ดังนี้

2.2.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และการวินิจฉัยให้แน่นอน จำเป็นต้องนัดมาตรวจให้ชัดเจน 2 ช่วง ห่างกันช่วงละ 4 สัปดาห์ ในแต่ละช่วงต้องทำการวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 2 นาที โดยการศึกษาครั้งนี้ จะใช้ค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และวัด 2 ครั้งห่างกัน 2 นาที เป็นเกณฑ์บ่งชี้ถึงการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์จำแนกระยะของโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของ JNC 7 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (JNC 7, 2003) Staging 1 คือระดับความดันโลหิตระหว่าง 140-159 หรือ 90-99 มม.ปรอท Staging 2 คือระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160 หรือ 100 มิลลิเมตรปรอท

องค์การอนามัยโลก (1999) หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของความดันโลหิตสูงตามสถาบันร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก คือ ผู้ที่มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ มีค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

ในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวาน และผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ของไตผิดปกติ ไม่ว่าจะความดันโลหิตซิสโตลิกหรือไดแอสโตลิกสูงเกินเกณฑ์ก็ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงได้ (Smeltzer & Bare, 2004; Hamiton & Ignatavicius อ้างใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคความโลหิตสูง ซึ่งพบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจหรือหลอดเลือด หรือมีภาวะ Atherosclerosis โดยพบในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 55 ปี และผู้หญิงที่มีอายุ มากกว่า 65 ปี ผู้ที่มีโรคอ้วน ผู้ที่มี Microalbuminuria และผู้ป่วยที่เป็นโรค Chronic Kidney Disease

2.2.2 ชนิดของความดันโลหิตสูง

2.2.2.1 ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension or Hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่เกิดจากหลายปัจจัยโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการรักษาสมดุลของร่างกาย พบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 25-55 ปี และไม่ค่อยพบในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่จะมีความดันโลหิต ทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกสูง ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับความสูงของค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิก

2.2.2.2 ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ เช่น เป็นโรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของระบบประสาท ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดรับประทาน ภาวะเครียดเฉียบพลัน ความผิดปกติของหลอดเลือด และความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น และสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงบางอย่างสามารถแก้ไขได้ ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการจำแนกสาเหตุของความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เพื่อประสิทธิภาพในการบำบัด ความรุนแรงของความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นสาเหตุ ปัจจัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม และระยะเวลาของการเป็นโรคที่เป็นสาเหตุ

2.2.2.3 ไวท์ โคท ไฮเปอร์เทนชัน (White Coat Hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่พบในบุคคลที่มีความดันโลหิตอยู่ใน เกณฑ์ปกติ แต่จะมีความดันโลหิตสูงเมื่อเจ้าหน้าที่ที่มสุขสภาพวัดความดันโลหิตให้เชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของประสาทเวกัส ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นชั่วคราว การตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยัน แยกโรคออกจากความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เป็นสิ่งสำคัญต่อการป้องกัน และการบำบัดรักษา

2.2.2.4 ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตไดแอสโตลิก-ความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก เป็นความดันโลหิตที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกสูงเท่ากับหรือ มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกยังคงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เชื่อว่าเกิด จากการมีปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกตอนที่เพิ่มขึ้น หรือเกิดจากอเทอโรสเคลอโรซิส (Atherosclerosis) ของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดยืดหยุ่นได้น้อย ในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากทั้ง สองสาเหตุ การเกิด และความรุนแรงของความดันโลหิตสูงชนิดนี้มักเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันไดแอสโตลิก เป็นความดันโลหิตสูงที่มีเฉพาะความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันโลหิตซิสโตลิกยังคงต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท

2.2.2.5 ความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง เป็นความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลา และมักมีการทำลายอวัยวะเป้าหมายด้วย เกิดเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดรักษาความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัด และจะกลายเป็นภาวะฉุกเฉิน หากความดันโลหิตยังสูงต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

2.2.3 สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 เป็นชนิดปฐมภูมิ มีเพียงร้อยละ 5-8 ที่เป็นความดันโลหิตทุติยภูมิ ความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และที่เปลี่ยนแปลงได้ (Smeltzer & Bare, 2004; Hamiton & Ignatavicius อ้างใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

2.2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable Risk Factor)

1) ประวัติครอบครัว ความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม และปัจจัยหลายอย่าง ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่า ผู้ที่มีพ่อแม่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคตั้งแต่อายุยังน้อย

2) อายุ ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิเกิดบ่อยในช่วงอายุ 30-50 ปี อัตราการเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ ร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีหลักฐานว่าการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยไม่ค่อยดีนัก

3) เพศ ในเพศชายมีความเสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง จนกระทั่งอายุ 55 ปี และที่อายุ 55-74 ปี ความเสี่ยงของผู้ชาย และผู้หญิงจะเท่ากัน และเมื่ออายุมากกว่า 74 ปี ผู้หญิงจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ชาย

4) เชื้อชาติ อัตราการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ต่ำสุดในผู้หญิงผิวขาว คือร้อยละ 4.7 ตามด้วยผู้ชายผิวขาวร้อยละ 6.3 ผู้ชายผิวดำ ร้อยละ 22.5 และสูงสุดในผู้หญิงผิวดำ คือร้อยละ 29.3

2.2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable Risk Factor)

1) ภาวะเครียด เป็นตัวกระตุ้น และการตอบสนองต่อภาวะเครียดขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่างๆ บุคลิกภาพ ปรากฏการณ์ทางสรีรร่างกายเป็นได้ทั้งสาเหตุ และองค์ประกอบของปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น เสี่ยงการติดเชื้อ การอักเสบ ความเจ็บปวดอากาศที่เย็น การได้รับบาดเจ็บ การทำงานหนัก การเป็นโรค การใช้ยา อายุมาก การผ่าตัด เป็นต้น

2) อ้วนมาก พบว่าผู้ที่อ้วนมากส่วนบนของร่างกาย หรือมีไขมันสะสมอยู่บริเวณเหนือเอว เอว และท้องเป็นจำนวนมาก จะสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ที่อ้วน

ส่วนล่างของร่างกาย แม้จะมีน้ำหนักมากเกินไปหรืออ้วนมาก มักไม่ค่อยเกิดความดันโลหิตสูงจากสาเหตุการมีน้ำหนักตัวเพิ่มเพียงอย่างเดียว

3) สารอาหาร การบริโภคโซเดียมมากมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูง ปฐมภูมิ อาหารที่มีเกลือสูงจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแนทริยูเรติก (Natriuretic Hormone) ซึ่งมีผลเพิ่มความดันโลหิต นอกจากนี้การได้รับโซเดียมมากยังกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลาง การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม โปแตสเซียม และแมกนีเซียมต่ำมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูง โดยการขาดโปแตสเซียมอาจเพิ่มความดันโลหิต และกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย

4) การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์การสูบบุหรี่กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่คนสูบบุหรี่ในระยะแรกจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะหลังจากเริ่มสูดควันบุหรี่ครั้งแรกไม่กี่วินาที ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 25 มิลลิเมตรปรอท บุหรี่มีผลทำลายระบบการทำงานของร่างกาย และเพิ่มความดันโลหิตให้อยู่ในระดับสูงเป็นระยะเวลานาน ยิ่งคนที่มีความเครียด และสูบบุหรี่ จะเป็นสาเหตุร่วมที่จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในระยะเริ่มแรก และเป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย

5) การดื่มแอลกอฮอล์ มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจ และการขยายตัวของหลอดเลือด เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะทำให้การไหลเวียนของโลหิตเพิ่มขึ้น แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ทำมาจากผลไม้หรือแป้งข้าว ดังนั้นการดื่มสุราเป็นประจำจึงเปรียบเสมือนการดื่มน้ำตาลเป็นเวลานาน และทำให้มีภาวะเบาหวานซ่อนเร้นอยู่ เป็นการปล่อยให้หลอดเลือดแช่อยู่ในน้ำตาล ซึ่งสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ออนซ์ต่อวัน มีการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวันเป็นประจำจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท

6) การขาดการออกกำลังกาย พบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย ผลดีของการออกกำลังกาย ร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin จะทำให้เกิดความสุข และช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL (High Density Lipoprotein) พบว่าการออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และช่วยชะลอการตายก่อนวัยอันควร ประโยชน์ในการออกกำลังกายจะมีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

2.2.4 อาการของความดันโลหิตสูง

ในระยะแรกของโรคหรือในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมีอาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ค่อยได้รับความสนใจที่จะรักษา เมื่อ

ปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนานๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมีอาการต่างๆ ปรากฏได้ แต่อาการที่พบบ่อยมักไม่เฉพาะเจาะจง อาการที่อาจพบ ได้แก่

2.2.4.1 ปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก ลักษณะอาการปวดมักจะ ปวดที่บริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะในช่วงเช้าหลังตื่นนอน และมักหายไปตัวเองหรือค่อยๆ ดีขึ้น ภายในไม่กี่ชั่วโมง เชื่อว่าเกิดจากการมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้นจึงอาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือตามัวร่วมด้วย

2.2.4.2 เวียนศีรษะ มึนงง อาจจะเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะหรือไม่ก็ได้ อาจเกิดจากสมองขาดเลือดไปชั่วคราว

2.2.4.3 เลือดกำเดาไหล (Epitaxis) จากความผิดปกติของหลอดเลือด แต่พบไม่บ่อยนัก

2.2.4.4 อาการหายใจลำบากขณะออกกำลังกาย หรือทำงานหนัก หรืออาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบจากภาวะหัวใจล้มเหลว

2.2.4.5 อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดเอออร์ตา ซ้ำๆ ซ้ำๆ ซึ่งพบไม่บ่อยนัก

2.2.4.6 อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ใจสั่น และอาการตามพยาธิสภาพของอวัยวะสำคัญที่สูญเสียหน้าที่ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และไตเสียหายที่ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

2.2.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

2.2.5.1 การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ได้ในระยะยาวถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ควรให้คำแนะนำเรื่องการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตแก่ผู้ป่วยทุกราย การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีรายละเอียด ดังนี้

1) การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 18.5-22.9 กิโลกรัม/ลูกบาศก์เมตร และการวัดรอบเอว (Waist Circumferent, WC) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับคนไทย คือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร แนะนำให้ตรวจสอบน้ำหนักด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีที่น้ำหนักเกินหรืออ้วนแนะนำให้

ให้ลดน้ำหนัก โดยการที่น้ำหนักลดลงตั้งแต่ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตั้งต้นขึ้นไป จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด

2) การออกกำลังกาย แนะนำให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะเป็นหรือไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกาย ความหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อสุขภาพที่ดี โดยในแต่ละวันอาจแบ่งออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง และควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉง ลดพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ เพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัว สำหรับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก (การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อหัวใจใหญ่ๆ หลายๆ มัดทำงานพร้อมกัน หรือสลับกันอย่างต่อเนื่อง) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน สามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

(1) ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 – อายุในหน่วยปี) หรือยังสามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื่องได้ (Self-talk Test) รวมเป็นระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที ตัวอย่างรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ เร็ว ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบไม่ฝึก ตัดหญ้า เดินแอโรบิกเบาๆ

(2) ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 70-85 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที หรือครั้งละ 10 นาที เป็นระยะเวลารวมทั้งอย่างน้อย วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ตัวอย่างรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักมาก เช่น การออกกำลังกายต่อเนื่องในโรงยิม ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบฝึก ปั่นจักรยานแข่งขันการออกกำลังกายแบบตะวันออก เช่น ชีกง (Qi Gong) ไท้เก๊ก (Tai Chi) หรือโยคะเป็นทางเลือกหนึ่งในการแนะนำผู้ป่วยพบว่าอาจสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ อาจสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric Exercise) เช่น ยกน้ำหนัก เนื่องจากอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยกเว้นกรณีที่สามารถควบคุมโลหิตได้ดีเป็นปกติแล้ว การออกกำลังกาย ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการคุม น้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ โดยการออกกำลังกายเพื่อรักษาน้ำหนักให้คงที่ ทำได้โดยการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงมากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 7 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ ผู้ที่มีภาวะไตภาวะหนึ่งต่อไปนี้ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

ก. Systolic Blood Pressure มากกว่า180 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic Blood Pressure มากกว่า110 มิลลิเมตรปรอท

ข. มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกายหนักหรือขณะพัก

- ค. มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- ง. มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ
- จ. โรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
- ฉ. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่นๆ
- ช. ผู้สูงอายุ

(3) การจำกัดโซเดียมในอาหาร การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มก./วัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่มี และไม่มีโรคความดันโลหิตสูง

(4) การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับ ผักดิบประมาณ 2 ทัพพี [1 ถ้วยตวง] หรือผักสุก 1 ทัพพี [1/2 ถ้วยตวง]) ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับผลไม้หั่นพอดีคำประมาณ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผล หรือผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2-4 ผล หรือปริมาณผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองกาแฟได้พอดี 1 จาน) นมไขมันต่ำ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน ซึ่งรูปแบบอาหารดังกล่าวจะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม, แมกนีเซียม, แคลเซียม และใยอาหารในปริมาณสูงซึ่งช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิตจากการลดโซเดียมในกระแสเลือด อย่างไรก็ตามแนะนำให้รับประทานโพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อหวังผลในการช่วยลดระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคไต หรือได้รับยาที่เพิ่มระดับโพแทสเซียม การรับประทานผัก และผลไม้ในปริมาณให้มากขึ้น ถือเป็นพฤติกรรมบริโภคที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีผลป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ โดยมีการศึกษาพบว่าการรับประทานผัก และผลไม้มารวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ โดยเฉพาะจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด

(5) การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกรณีที่ไม่มีดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ไม่แนะนำให้ดื่ม ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรจำกัดปริมาณดังนี้ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ได้แก่

- เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 มล.
- เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มล.
- น้ำขาว อุ กระแช่ 10% ปริมาณ 3 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 150 มล.
- สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6% ปริมาณ 4 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 200 มล.
- เบียร์ 5%: 240 มล.

- เบียร์ 6.4%: 1/2 กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่

- ไวน์ 12%: 100 มล.

(6) การหยุดบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ การที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาเพียง 3-5 นาที เพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่ สามารถช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ควรพิจารณาใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเน้นการปรับเปลี่ยนในระยะยาว โดยสิ่งสำคัญในกระบวนการดังกล่าว คือ การให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ และเป็นรูปธรรมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ และหมั่นให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหารผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายตามความเหมาะสม

2.2.5.2 การรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต

การรักษาด้วยยา การเริ่มใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขึ้นกับดุลยพินิจของผู้ทำการรักษา ซึ่งเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ สำหรับยาลดความดันโลหิตสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์ดังนี้ คือ ยาขับปัสสาวะ ยาด้านอะดรีเนอร์จิก (แอลฟา และเบตาอะดรีเนอร์จิก) ยาด้านแคลเซียมเข้าเซลล์ ด้านระบบเรนินแองจิโอเทนซิน และยายาขยายหลอดเลือดโดยตรง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ดังนั้น เพื่อให้การรักษาด้วยยาให้ได้ผลผู้ป่วยควรปฏิบัติตน ดังนี้ (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2552)

- 1) กินยาให้สม่ำเสมอตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
- 2) แจ้งให้แพทย์ทราบถึงยาต่างๆ ที่ท่านกินอยู่
- 3) ถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยควรสอบถามแพทย์ เนื่องจากยาบางตัวจะมีผลข้างเคียงได้ ไม่ควรหยุดยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อน
- 4) การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่จำเป็นต้องวัดทุกวัน อาจวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละครั้ง หรือเมื่อมีอาการเครียด ปวดศีรษะ และจดบันทึกไว้ทุกครั้ง
- 5) การไปรับการตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการ และอาจปรับเพิ่มหรือลดขนาดของยาที่ใช้ให้เหมาะสมกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในแต่ละราย

2.2.5.3 ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย

- 1) ความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป
- 2) ความดันโลหิต น้อยกว่า 140-150/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี แต่น้อยกว่า 80 ปี
- 3) ความดันโลหิต น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่อายุ มากกว่า 80 ปี

- 4) ความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยอายุ น้อยกว่า 50 ปี
- 5) ความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- 6) ความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มี Albuminuria และโรคไตเรื้อรังที่มี Albuminuria น้อยกว่า 30 มก.ต่อวัน
- 7) ความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี Albuminuria ตั้งแต่ 30 มก.ต่อวันขึ้นไป
- 8) ความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแล้ว

2.2.6 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจ หลอดเลือด ไต และตา

2.2.6.1 หัวใจ ระดับความดันโลหิตที่สูงทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจที่บีบตัวแรงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจที่มีขนาดใหญ่ และหนามากยิ่งขึ้น หัวใจห้องซ้ายจะรับเลือดได้น้อยลง ปริมาณเลือดที่สูบฉีดมีปริมาณลดลง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะหัวใจขาดเลือดหรืออาจทำให้หัวใจทำงานล้มเหลวได้ (Chobanian Et al., 2003; Cubrilo–Turek, 2003; จันทนา รัตนวิชัย, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.2.6.2 หลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย อาจทำให้เกิดการตีบแคบหรือโป่งพอง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการลำเลียงเลือด และออกซิเจนไปเลี้ยงแขนขา และอวัยวะภายในลดลง อาจทำให้ผู้สูงอายุปวดบริเวณขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างขณะเดินโดยเฉพาะบริเวณน่องจนทำให้ต้องหยุดเดิน และอาการปวดจะดีขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.2.6.3 สมอ ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเวลานานสามารถนำไปสู่ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากผลกระทบของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองเกิดการตีบแคบลง ส่งผลให้ความจำลดลง (Scuteri, Nilsson, Tzourio, Redon, & Laurent, 2011) หากมีลิ้มเลือดมาอุดตัน ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.2.6.4 ไต โรคความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตตีบแคบลงหรือทำให้หลอดเลือดที่ไตถูกทำลาย ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ทำให้ไตทำงานในการขับน้ำ และโซเดียมออกจากร่างกายได้น้อยลง เกิดการคั่งของของเสีย น้ำ และโซเดียมในร่างกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตสูง ไตจึงมีความเสียหาย ทำให้เป็นโรคไตวายเรื้อรังตามมา (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.2.6.5 ตา โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีผลกระทบต่อการตีบแคบของหลอดเลือดฝอยที่ทำให้แรงดันในลูกตามีการลำเลียงเลือดได้เพิ่มขึ้น ไม่สม่ำเสมอ เกิดการแตกของหลอดเลือดทำให้ประสาทตาเสื่อม ประสาทตาบวม เกิดอาการตาบวม ซึ่งความรุนแรงอาจถึงขั้นตาบอดได้ (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2552)

นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ คือทำให้เกิดอาการเครียด วิตกกังวล กลัว เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการของโรค เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว เป็นต้น (Golder, Gath, Maya, & Cowen, 1996 อ้างใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความวิตกกังวล (Rafanelli Et. Al., 2012 อ้างใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการรายงานของสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้รวบรวมข้อมูลปีงบประมาณ 2551 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 10.6 และเสียค่าใช้จ่ายจำนวน 831 บาทต่อคนต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4,586 บาทต่อคนต่อครั้ง (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

2.2.7 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

2.2.7.1 การวัดความดันโลหิต

1) การเตรียมผู้ป่วย

ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการวัด 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพินักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลังเท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัด แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกางมือ

2) การเตรียมเครื่องมือ

ทั้งเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท (Mercury Sphygmomanometer) และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Automatic Blood Pressure Measurement Device) จะต้องได้รับการตรวจสอบมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ และใช้ Arm Cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย กล่าวคือส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับผู้ใหญ่ทั่วไป ซึ่งมีเส้นรอบวงแขนยาวประมาณ 27-34 เซนติเมตร จะใช้ Arm Cuff ที่มีถุงลมขนาด 16 เซนติเมตร x 30 เซนติเมตร

3) วิธีการวัด

การวัดความดันโลหิตนิยมกระทำ ที่แขนซึ่งใช้งานน้อยกว่า (Non-dominant Arm) พัน Arm Cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร และให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งจะมี

เครื่องหมายวงกลมเล็กๆ ที่ขอบ ให้วางอยู่บนหลอดเลือดแดง Brachial ให้ประมาณระดับ Systolic Blood Pressure ก่อนโดยการคลำชีพจรยาง (Rubber Bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมอย่างรวดเร็วจนคลำชีพจรที่หลอดเลือดแดง Brachial ไม่ได้ค่อยๆ ปล่อยลมออกให้ปรอทในหลอดแก้ว ลดระดับลงในอัตรา 2-3 มิลลิเมตรปรอทต่อวินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ถือเป็นระดับ Systolic Blood Pressure คร่าวๆ วัดระดับความดันโลหิตโดยการฟัง ให้วาง Bell หรือ Diaphragm ของ Stethoscope เหนือหลอดเลือดแดง Brachial แล้วบีบลูกยางจนระดับปรอทเหนือกว่า Systolic Blood Pressure ที่คลำได้ 20-30 มิลลิเมตรปรอท แล้วค่อยๆ ปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยิน (Korotkoff Sound Phase I) จะตรงกับ Systolic Blood Pressure ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป (Korotkoff Sound Phase V) จะตรงกับ Diastolic Blood Pressure ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครึ่งละ 1 นาทีจากแขนเดียวกัน และทำเดียวกัน นำผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย โดยทั่วไปการวัดครั้งแรกมักมีค่าสูงที่สุด หากพบผลจากการวัดสองครั้งต่างกันมากกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท ควรวัดเพิ่มอีก 1-2 ครั้ง ในการวัดความดันโลหิตครั้งแรก แนะนำให้วัดที่แขนทั้งสองข้าง หากต่างกันเกิน 20/10 มิลลิเมตรปรอท จากการวัดซ้ำหลายๆ ครั้ง แสดงถึงความผิดปกติของหลอดเลือด ให้ส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญหากความดันโลหิตของแขนทั้งสองข้างไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 จะมี Systolic Blood Pressure ของแขนสองข้างต่างกัน มากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอทได้ การติดตามความดันโลหิตจะใช้ข้างที่มีค่าสูงกว่าสำหรับในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดความดันโลหิตในท่านอนด้วย โดยวัดความดันโลหิตในท่านอนหรือนั่ง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำอีก 2 ครั้งหลังยืนภายใน 1 และ 3 นาที หาก Systolic Blood Pressure ในท่านอนต่ำกว่า Systolic Blood Pressure ในท่านั่งหรือนอนมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ Orthostatic Hypotension การตรวจหาภาวะนี้จะมีค่าความไวขึ้นหากเปรียบเทียบ Systolic Blood Pressure ในท่านอนกับ Systolic Blood Pressure ในท่านั่ง

2.2.7.2 การดูแลด้านอาหาร

อาหารลดความดันโลหิต คือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และมีผักผลไม้มาก โดยเน้นอาหารพวกธัญพืช ปลา นมไขมันต่ำ ถั่ว และหลีกเลี่ยง เนื้อแดง น้ำตาล เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ตารางส่วนประกอบของอาหารลดความดันโลหิต ชนิดของอาหาร ปริมาณ ข้าว (หรือบะหมี่ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน) ที่เทียบเท่าปริมาณ 1 ส่วน ไม่เกิน 2 ทัพพีต่อมื้อ วันละ 3 มื้อ ผัก (อาจจะเป็นผักกาดขาว ผักบุ้ง ผักคะน้า มะเขือเทศ แตงกวา เป็นต้น) มื้อละจาน (มากกว่า 2 ทัพพีต่อมื้อ) ผลไม้ขนาดกลาง (เช่น ส้ม 1 ลูก หรือฝรั่ง 1 ลูก หรือมะม่วง ดิบครึ่งซีก หรือสับปะรด 6 ชิ้นคำ หรือมะละกอ 8 ชิ้นคำ หรือ แตงโม 12 ชิ้นคำ หรือกล้วยหอมครึ่งลูกหรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือชมพู 2-3 ผล เป็นต้น) มื้อละผล เนื้อสัตว์ ควรเป็นพวกปลามากกว่าสัตว์อื่น หากเป็นไก่หรือเป็ดต้องลอกหนังออก หมูต้องเป็นหมู

เนื้อแดงไม่ติดมัน 4-5 ชิ้นคำต่อมื้อ นมต้องเป็นนมชนิดพร่องมันเนยหรือโยเกิร์ตไม่หวานจัด นมถั่วเหลือง น้ำเต้าหู้ วันละ 2 ถ้วย ถั่ว ถั่วลิสง มะม่วงหิมพานต์ อัลมอลด์ เมล็ดทานตะวัน เมล็ดแตงโม ถั่วลิสง ถั่วแระ ถั่วเขียว ไม่ควรทอด วันละ 1 ส่วน น้ำมัน ให้ใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันทานตะวัน น้ำมันข้าวโพด แทนน้ำมันปาล์ม หลีกเลี่ยงอาหารทอด ให้ใช้วิธีการอบ นึ่ง ต้ม หลีกเลี่ยงของหวานทุกชนิด

การควบคุมอาหาร เพื่อลดภาวะความดันโลหิตสูง อาหารที่พึงหลีกเลี่ยงอาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น

- 1) อาหารที่ใช้เกลือปรุงรส ได้แก่ ซอสรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว ซอสหลายรส เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ซีอิ๊วหวาน เป็นต้น
- 2) อาหารที่ใช้เกลือถนอมอาหาร ได้แก่ อาหารตากแห้ง เช่น กะปิ เต้าหู้ยี้ แหนม อาหารปรุงรสต่างๆ เช่น ไส้กรอก หมูยอ กุนเชียง ผลไม้ดอง ผักดอง อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป และขนมขบเคี้ยวที่มีเกลือมาก เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ข้าวเกรียบกุ้ง มันฝรั่งทอด ถั่วทอด เป็นต้น
- 3) อาหารที่ปรุงรส ได้แก่ ผงชูรส สารกันบูด ผงฟู เช่น ขนมเค้ก คุกกี้
- 4) อาหารที่มีเกลือโซเดียมอยู่ตามธรรมชาติ ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ โดยเฉพาะอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู หอย ปลาทะเล

ตาราง 1 ปริมาณโซเดียมในวัสดุเครื่องปรุงรสอาหาร

โซเดียมในเครื่องปรุงรสอาหาร	ปริมาณโซเดียม (มิลลิกรัม)
น้ำปลา 1 ช้อนชา	465-600
ซีอิ๊วขาว 1 ช้อนโต๊ะ	960-1420
ซอสปรุงรส 1 ช้อนโต๊ะ	1150
ซอสหอยนางรม 1 ช้อนโต๊ะ	420-490
ซอสพริก 1 ช้อนโต๊ะ	220
ผงชูรส 1 ช้อนชา	492
ผงฟู 1 ช้อนชา	339

ที่มา: สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2556

การควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อลดภาวะความดันโลหิตสูง ควรรักษาน้ำหนักตัวให้คงที่ โดยคิดจากสูตรดัชนีมวลกาย (BMI หรือ Body Mass Index) ค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูง (เมตร)²

ตัวอย่าง การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เช่น นายแดง มีน้ำหนักตัว 68 กิโลกรัม และมีส่วนสูง 155 เซนติเมตร (เท่ากับ 1.55 เมตร)

ดังนั้น ค่าดัชนีมวลกาย = $\frac{68 \text{ (กิโลกรัม)}}{1.55^2 \text{ (เมตร)}} = 28.30$ กิโลกรัมต่อตารางเมตร
แสดงว่า นายแดงมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ (ระดับ) อ้วน

ตาราง 2 ดัชนีมวลกาย และเกณฑ์การตัดสินใจในการประเมินภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)
น้ำหนักน้อย	น้อยกว่า 18.5
ปกติ	18.5 - 22.9
เสี่ยงต่ออ้วน	23 - 24.9
อ้วนระดับ 1	25 - 29.9
อ้วนระดับ 2	มากกว่าหรือเท่ากับ 30

ที่มา: Weisell, R.C. (Body Mass Index as an Indicator of Obesity) (2010)

คนที่น้ำหนักเกินควรลดน้ำหนัก โดยควบคุมค่าดัชนีมวลกายอยู่ใน เกณฑ์ 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรืออย่างน้อยควรลดให้ได้ ร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวที่เป็นอยู่

การลดน้ำหนักที่ถูกวิธี ควรให้น้ำหนักค่อยๆ ลดลง สัปดาห์ละ 0.5 กิโลกรัม หรือครึ่งกิโลกรัม เคล็ดลับการเลือกซื้ออาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต อย่านำอาหารเมื่อรู้สึกหิว, ทำรายการที่จะซื้อวัตถุดิบในการปรุงอาหารที่มีไขมันต่ำ และซื้อตามรายการที่กำหนดไว้, เรียนรู้การจัดวางของในตลาด และหลีกเลี่ยงที่จะเดินไปบริเวณที่มีอาหารประเภทไขมันสูง, เปรียบเทียบปริมาณไขมันในผลิตภัณฑ์ และเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำกว่า

5) ดูฉลากอาหารที่ระบุข้างกระป๋อง ถู ก ล่อง ขวด และผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่บอกว่า “ไม่มีเกลือโซเดียม, เกลือโซเดียมต่ำมาก, เกลือโซเดียมต่ำ, โซเดียมน้อย, ไม่มีเกลือ หรือไม่เติมเกลือ” หรือ “Sodium Free, Very Low Sodium, Low Sodium, Unsalted or No Salt Added”

2.2.7.3 การดูแลการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวที่ และกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 20-60 นาทีในแต่ละครั้ง สัปดาห์ละ

3-5 ครั้ง รูปแบบการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน กายบริหาร ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ร่ายรำประเภทต่างๆ เช่น รำดาบ รำวงมาตรฐาน รำมวยจีน รำไม้พลอง รำพัด เป็นต้น ข้อพึงระวังในการออกกำลังกาย คือ

- 1) ห้ามหยุดออกกำลังกายทันที เพราะอาจจะทำให้เป็นลม หรือเป็น ตะคริว
- 2) หากไม่สามารถออกกำลังกายติดต่อกัน ให้ทำเป็นช่วงๆ ช่วงละ 5-10 นาที สลับกับการพัก 2 นาที
- 3) ต้องสังเกตร่างกายว่ารับไหวหรือไม่ หากมีอาการเหนื่อยจนพูดไม่เป็นคำ เจ็บหน้าอก หรือเป็นลม ให้หยุดการออกกำลังกาย
- 4) ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่เกร็ง และใช้แรงมาก เช่น การยกน้ำหนัก การดึง การกระโดดเชือก
- 5) ผู้ที่มีปัญหาข้อเข่า ข้อเท้า ควรหลีกเลี่ยงการวิ่ง เดินเร็ว ควรออกกำลังกายโดยการ ว่ายน้ำ รำมวยจีน หรือกายบริหารในท่านั่ง หรือยืน
- 6) ไม่ควรออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหนัก หรืออากาศอบอ้าวร้อนจัดจนเกินไป

2.2.7.4 การเดิน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิต

- 1) เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง ที่คนส่วนใหญ่สามารถทำได้
- 2) ไม่ก่อให้เกิดปัญหาการบาดเจ็บ
- 3) สามารถทำให้หัวใจเต้นได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ
- 4) เป็นทางเลือกของการออกกำลังกายที่ง่ายที่สุด
- 5) สามารถทำได้ทุกที่ ทุกเวลา

การเดินเพื่อควบคุมน้ำหนักให้คงที่ ควรเดินวันละประมาณ 45 นาที สัปดาห์ละ 3-4 วัน หรืออาจแบ่งเป็นการเดินครั้งละ 15 นาที วันละ 3 ครั้ง การเดินเพื่อการลดน้ำหนัก ต้องเดินออกกำลังกายทุกวัน และถ้าเดินร่วมกับการกินอาหารไขมันต่ำจะสามารถลดน้ำหนักตัวได้ประมาณ 1 กิโลกรัม ต่อเดือน

2.2.7.5 การดูแลการจัดการความเครียด ด้วยวิธีการคลายเครียดเพื่อควบคุมความดันโลหิต

1) การคลายกล้ามเนื้อ โดยการนั่งหรือนอนราบเกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนโดยเริ่มจากกล้ามเนื้อ หน้า ไหล่ แขน หน้าอก หลัง ท้อง ต้นขา ขา และเท้า โดยการเกร็ง 3-4 วินาที สลับกับการคลายกล้ามเนื้อ ทำทีละมัด สังเกตการเปลี่ยนแปลงระว่างการเกร็ง และการคลายกล้ามเนื้อ จะพบว่าเมื่อคลายกล้ามเนื้อจะมีการร้อนบริเวณดังกล่าว เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น ผึกบ่อยๆ จะช่วยคลายความเครียดได้ดี

2) การหายใจลึกๆ (Deep Breathing) เป็นวิธีคลายความเครียดอย่างได้ผลโดยการนั่งขัดสมาธิหรือนั่งบนเก้าอี้ มือวางบนตัก หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ให้เต็มปอดนับ 1-10 กลั้นหายใจ

2-3 วินาทีแล้ว จึงหายใจออกทางปากช้าๆ โดยระยะเวลาหายใจออกเป็นสองเท่าของหายใจเข้าทำ สลับกัน 5-10 ครั้ง

3) การทำสมาธิ Meditation เป็นวิธีการที่ชาวเอเชียชอบใช้ เป็นการลดความเครียด และทำให้อารมณ์ดีขึ้น การทำสมาธิจะสามารถลดระดับความดันโลหิต ชีพจรช้าลง บางคนแนะนำให้ ทำสมาธิทุกวันก่อนเข้านอนเตรียมตัวให้พร้อมโดย

(1) เลือกเวลา และสถานที่ที่เราสามารถทำสมาธิได้โดยไม่มีสิ่งใดรบกวน พยายาม ค้นหาสถานที่เงียบสงบแต่ก็ไม่ต้องกังวลหากมีเสียงรบกวนบ้าง เช่น เสียงรถแล่นผ่าน ให้คิดเสียว่า เสียงรบกวนเป็นส่วนหนึ่งของปัจจุบัน ณ เวลานั้น

(2) เมื่อเริ่มต้น พยายามทำสมาธิแค่ 10 นาทีในแต่ละครั้งเท่านั้น หลังจากนั้นจึง ค่อยๆ เพิ่มเวลาที่ละน้อย ค่อยเป็นค่อยไป

(3) ก่อนที่จะนั่งลง ระลึกไว้ว่าเราอยู่ตรงนี้ และกำลังฟังสมาธิอยู่ที่จุด เวลา ณ ปัจจุบัน วิธีนี้ช่วยให้จิตของเราไม่ฟุ้งซ่านไปที่อื่น ถ้ามีกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำหรือมีอะไรเข้ามาทำให้ วอกแวกให้รอไว้ก่อนจนกว่าจะทำสมาธิเสร็จเรียบร้อย

4) วิธีปฏิบัติ

(1) นั่งลงในท่าที่สบายบนเก้าอี้หรือบนพื้นก็ได้ หรืออาจจะนอนลงถ้ารู้สึกสบาย มากกว่า อาจจะหลับตาหรือมองลงไปในพื้นที่บริเวณที่อยู่ด้านหน้าเราไปประมาณ 2 - 3 นิ้ว

(2) เมื่อนั่งลงแล้วให้พิจารณาการหายใจของเรา โดยฟังสมาธิไปยังสิ่งที่เกิดขึ้น ณ เวลานั้น อย่าพยายามเปลี่ยนจังหวะการหายใจ เพียงแค่สังเกตว่าเรารู้สึกอย่างไรที่ปอด และทรวงอก ของเราขณะนั้นก็พอ

(3) ถ้าจิตของเรายังฟุ้งซ่านอยู่ อย่างกังวลหรือท้อใจว่าทำไมจึงทำไม่ได้ ลองสังเกต ความคิดของตนเองดู เช่น “เราฟุ้งซ่านเพราะต้องไปประชุมตอน สิบโมงเช้า” เมื่อรับรู้ความคิดแล้ว ก็ให้ปล่อยมันไป แล้วดึงสมาธิกลับมาสู่ปัจจุบัน กลับมาสู่การหายใจของเราเช่นเดิม เราอาจลองทำ เช่นนี้หลายๆ ครั้ง ระหว่างที่ทำสมาธิอยู่ก็ได้ ไม่ต้องฝืนพยายามหยุดคิดทุกครั้ง

(4) ระหว่างทำสมาธิ เราอาจรู้สึกถึงอารมณ์บางอย่าง เช่น โกรธ, ทนไม่ไหว, เศร้า, หรือสุข อย่าพยายามยึดหรือทิ้งความรู้สึกเหล่านี้ไปเพราะสิ่งเหล่านี้คือ ประสบการณ์หนึ่งในปัจจุบัน ณ เวลานั้นด้วยเช่นกัน พยายามตั้งสมาธิอยู่กับการหายใจจะช่วยให้เรายังคงมีสมาธิอยู่ได้ และไม่หลง อยู่ในกระแสความคิด ซึ่งอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นตัวจุดประกายให้เกิดขึ้นมา ตัวอย่างเช่น ถ้าเรารู้สึกว่า ทน ทำสมาธิจนจบไม่ได้แน่ๆ เราต้องรีบไปซักผ้าแล้ว ลองพิจารณาว่าเราสามารถตั้งสมาธิอยู่ที่ ความรู้สึกทนไม่ได้นี้นานกว่าความคิดที่อยากไปซักผ้าหรือไม่ ความรู้สึกทนไม่ได้เกิดขึ้นส่วนใดบ้าง เรา รู้สึกปวดตึงหรือไม่ การหายใจของเราเปลี่ยนแปลงไหม เป็นเวลา 20 นาที วิธีการทำสมาธิ โดยการ นั่งขัดสมาธิกำหนดลมหายใจเข้า และออก

5) การใช้จินตนาการ โดยการหลับตาคิดถึงเรื่องที่มีความสุขหรือสถานที่ที่ชอบ จินตนาการ เรื่องดีๆ หรืออาจจะใช้การมองภาพสถานที่ที่ชอบหรือภาพที่มีความสุขแล้ว จินตนาการ ซึ่งจะทำให้เกิดการผ่อนคลาย

6) การนวด การนวดจะช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดระดับชีพจร และทำให้แจ่มใส

7) ยอมรับความจริง มีวิธีการดังนี้

(1) ยอมรับความจริงว่าท่านสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ แต่ท่านไม่สามารถเปลี่ยนแปลงคนอื่น เพราะหากท่านคิดเปลี่ยนแปลงคนอื่นแล้วไม่สำเร็จ ท่านก็จะเกิดความเครียด

(2) ยอมรับความจริงว่าคนทุกคนไม่มีใครที่สมบูรณ์แบบต้องมีข้อบกพร่องยอมรับกับข้อบกพร่องความเครียดจะน้อยลง หลายคนคาดหวังว่าคนใช้จะสามารถทำงานได้ กับตัวเองทำ เมื่อคนใช้ทำไม่ได้ก็เกิดความเครียด

(3) สร้างอารมณ์ขันให้กับตัวเองโดยเฉพาะเมื่อเวลาเกิดความเครียด ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเครียดแนะนำให้หัวเราะเมื่อมีความเครียด โดยจัดเวลาสำหรับงานบันเทิง คุยเรื่องตลกกับเพื่อนหรือดูตลก การหัวเราะจะช่วยลดความตึงเครียดได้เป็นอย่างดี อย่าปล่อยให้ตัวท่านตึงเครียด มีมมม มองโลกในแง่ดี

(4) ให้นึกว่าท่านสามารถเรียนรู้บางสิ่งจากเหตุการณ์ทุกอย่าง

สรุป โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย และอาจนำไปสู่ความพิการถาวร หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคแทรกซ้อน โรคนี้อาจไม่มีอาการ ชัดเจนในระยะเริ่มแรก ทำให้ผู้ที่เป็โรค ละเลยต่อการรักษา ควบคุม และดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นจึงควรเอาใจใส่ดูแลตัวเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษา และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์

2.3 แนวคิดการดำเนินงานต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)

2.3.1 แนวคิดการดำเนินงานต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

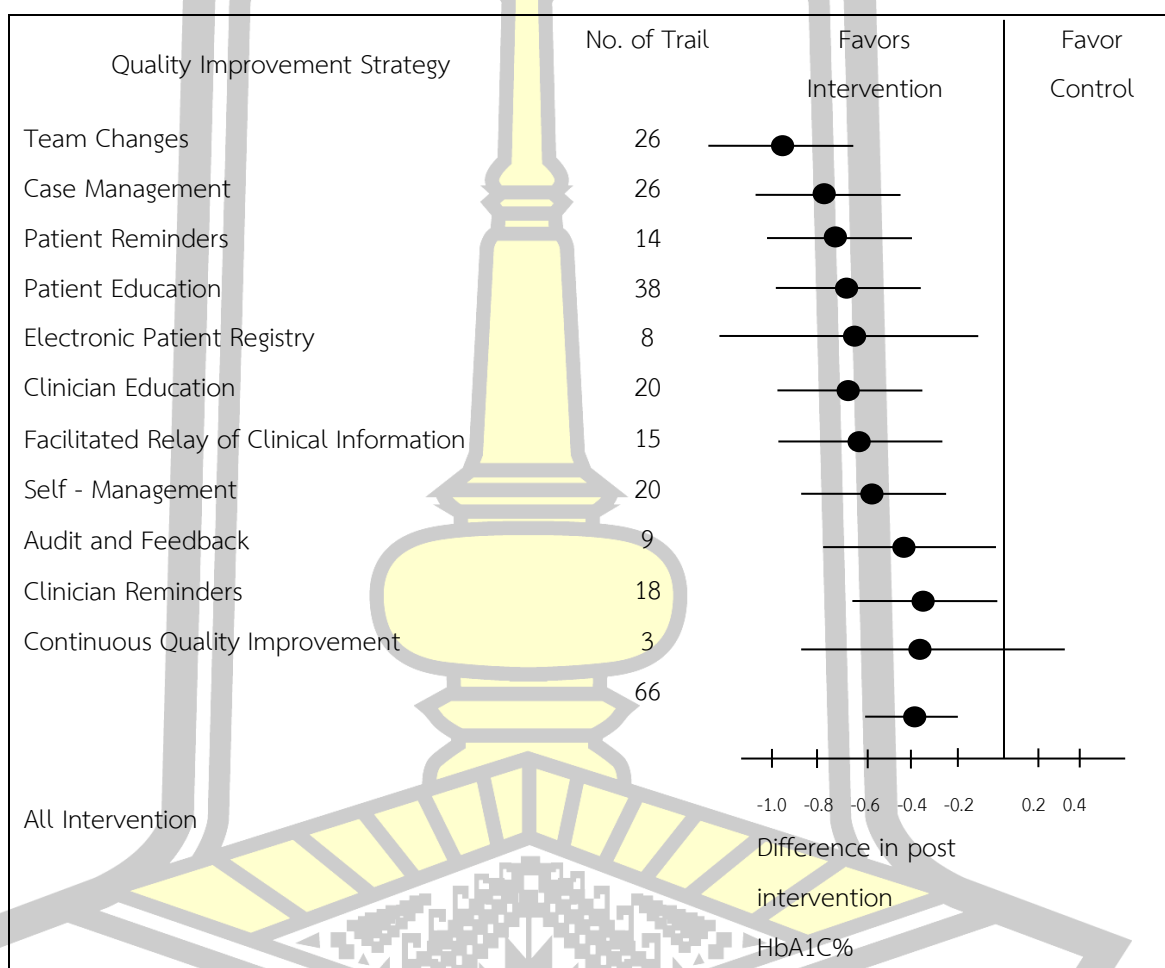
Chronic Care Model (CCM) พัฒนาขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541 - 2545 โดย Mac Coll Institute for Health Care Innovation ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัย นำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการ และสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มนักวิจัย ได้ให้คำจำกัดความว่า "ภาวะป่วยเรื้อรัง" คือ ภาวะใดๆที่ต้องอาศัยกิจกรรม และการตอบสนองต่อเนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการการแพทย์ โดยภาวะนี้ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ และพฤติกรรม ขั้นตอนการพัฒนา (ปัทมา โคมุฑบุตร, 2558) ได้แก่

ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม และสร้าง Model

การศึกษาแบบ Systematic Review ได้จัดหมวดหมู่กลยุทธ์ (Intervention Strategy) เป็น 4 หมวดใหญ่ ได้แก่ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบบริการ ระบบสารสนเทศ และ

การสนับสนุนการดูแลตนเอง ผลงานวิจัยพบว่าทุกหมวดมีผลบวกต่อ Outcome และหน่วยใดมีองค์ประกอบเหล่านี้มากยิ่งพบผลสำเร็จมาก

Meta Regression Analysis เกี่ยวกับกลวิธีพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า องค์ประกอบของบริการ อันได้แก่ การจัดทีม (Team Change) และวางแผนทางดูแลผู้ป่วย (Case Management) ส่งผลดีต่อการควบคุมโรคมกกว่าการดูแลตนเอง (Self-management) และระบบสารสนเทศ (Clinical Information System) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบของบริการที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค
ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

อย่างไรก็ตามโดยสรุปคือ ทุกกลวิธีต่างให้ผลดีต่อการควบคุมโรคผู้ป่วย (ยกเว้น Continuous Quality Improvement ซึ่งยังสรุปไม่ได้เนื่องจากมีงานวิจัยเกี่ยวข้องน้อยมาก)

เมื่อได้ผลดังกล่าว จึงมีการออกแบบเป็นรูปของ Chronic Care Model ขึ้น โดยมีการเพิ่มเติมองค์ประกอบส่วน Community Resource เข้าไปตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 2 ทดลองนำมาใช้จริงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ได้ทดลองปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยโครงการนำร่อง Break Through Series (BTS) ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิ 104 แห่ง ประกอบด้วยองค์กรที่รับผิดชอบเบาหวาน 36 แห่ง, หอบหืด 23 แห่ง, ซึมเศร้า 23 แห่ง, ภาวะหัวใจล้มเหลว 16 แห่ง และคนชรา 6 แห่ง แต่ละองค์กรมีขนาดเล็กใหญ่ต่างกัน, มีโครงสร้างการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่างกันเข้าร่วมโครงการนำองค์ประกอบของ Chronic Care Model ไปปรับปรุงบริการ ผลการติดตาม 2 - 3 ปี พบว่า บางองค์กรประสบความสำเร็จในการนำหลักการมาปฏิบัติจริง แต่บางองค์กรก็ไม่สามารถทำได้ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยการวางแผนที่เป็นระบบ เนื่องจากการแต่ละองค์ประกอบต้องออกแบบให้เอื้อซึ่งกันและกัน เช่น การทำระบบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นอาจไม่ถูกนำมาใช้ หากไม่เอื้อต่อองค์ประกอบอื่นๆ

ปัจจุบันนี้ยังมีการประเมินต่อเนื่อง ยังมีการเปิดให้ทุนแก่นักวิจัยในการทดสอบประสิทธิภาพจากการนำ Chronic Care Model ไปใช้ด้วยในชื่อ RAND Study องค์ประกอบของ Chronic Care Model



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model)

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

จากภาพประกอบ 1 เมื่อมองจากล่างขึ้นบน อธิบายได้ว่าความสำเร็จของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง คือ สร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (Productive Interaction) จากเดิมที่มีช่องว่างระหว่าง

ผู้ป่วย (เบื่อหน่าย, หมดกำลังใจ, ไม่มาตามนัด) กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ไม่ทราบประวัติเดิม, แพทย์ไม่มีเวลา, รับภาระผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน)

ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการตรวจรักษาตัวต่อตัวเท่านั้น แต่รวมการติดต่อสื่อสารอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ อีเมลล์ เป็นต้น

อย่างสร้างสรรค์ (Productive) หมายถึง เวชปฏิบัติที่อยู่บนหลักฐานวิชาการ มีความเป็นระบบ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

จากภาพประกอบ 1 จะเห็นว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ส่วน ไม่ได้แยกจากกัน แต่ทับซ้อนกัน กล่าวคือส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ บริบทของชุมชน คือ ทรัพยากรในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน เป็นทรัพยากรบุคคล สถานที่ รวมทั้งนโยบายการเมือง ส่วนที่วางในที่ทับซ้อนอยู่คือ ระบบภายในหน่วยบริการ ซึ่งหากเปรียบเป็นอาคารส่วนหลังคาของระบบนี้คือ แผนงานระดับบริหารของหน่วยงาน (Health Systems Organization) ส่วนที่อยู่ใต้ชายคาคือ ระดับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน ซึ่งควรมีองค์ประกอบระดับนี้อีก 4 ประการคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลโรคเรื้อรังของตนเองได้ รูปแบบการให้บริการ เครื่องช่วยในการตัดสินใจ และระบบฐานข้อมูลทางคลินิกหน่วยบริการ ในที่นี้อาจหมายถึง หน่วยที่มีทรัพยากรมาก เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด หรือหน่วยบริการที่มีทรัพยากรน้อยกว่า เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โดยสรุป Chronic Care Model มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management Support) คือ การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา, เข้าใจอุปสรรค และข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่าสามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ (Empower and Prepare Patients to Manage Their Health Care) การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ

- (1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (Motivation)
- (2) การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (Knowledge)
- (3) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (Problem Solving Skill)
- (4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (Self-efficacy)

(5) ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (Identified Barrier)

จากประสบการณ์ในเวชปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยปัจจุบันได้รับรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องโรคมามากขึ้น แต่การปฏิบัติก็ยังจำกัดด้วยหลายเหตุผล เช่น ผู้ป่วยที่ต้องดูแลคนในครอบครัวมักไม่ค่อยใส่ใจ

เรื่องสุขภาพตัวเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนไม่สามารถออกกำลังกายได้ เพราะมีปัญหาปวดข้อหรือเหนื่อยง่าย ให้ผู้ป่วยเจาะวัดน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน แต่ผู้ป่วยกลัวแปลผลผิด ขอมารักษาที่โรงพยาบาลดีกว่า ฯลฯ ดังนั้นหากทีมให้บริการสุขภาพได้ประเมินก็จะช่วยวางแผนรักษาได้ดีขึ้น พบว่าการให้ความรู้แบบทางเดียวจากวิทยากรให้ผู้ป่วย (Knowledge Based Education) มีผลน้อยต่อการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วย และครอบครัวยังขาดความมั่นใจ

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างแนวทางการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย

Knowledge Based Education (แบบเดิม)	Self-management Education (แบบใหม่)
<ul style="list-style-type: none"> ■ การให้ข้อมูลไปตามลำดับ (Agenda) ของผู้ให้คำปรึกษา ■ เชื่อว่า ความรู้เท่านั้นก็เพียงพอสู่การนำไปปฏิบัติ ■ เป้าหมายอยู่ที่การให้ผู้ป่วยเชื่อฟัง และปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้คำปรึกษา ■ ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ตัดสินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย “คุณต้องคุมเบาหวาน”, ถ้าต้องการคุมเบาหวาน คุณต้องออกกำลังกาย วันละ 30 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ■ การให้ข้อมูลตามลำดับ ตามความต้องการของผู้ป่วย ■ เชื่อว่า ความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ (Self-efficacy) นำไปสู่การปฏิบัติ ■ เป้าหมายอยู่ที่การสร้างเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ■ การตัดสินใจเป็นของผู้ป่วย “มีอะไรบ้างที่คุณต้องการทำให้สุขภาพของคุณดีขึ้น”

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

เครื่องมือที่ได้ผลดีในการทำ Counseling Intervention คือ การใช้ 5As ได้แก่ การถามเพื่อประเมินปัจจัยดังกล่าว (Ask/Assess) การแนะนำ (Advice) การให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย และมีส่วนร่วมเลือกวิธีปฏิบัติ (Agree) การช่วยเหลือ (Assist) และการวางแผนจัดเตรียม (Arrange) เช่น การนัดหมาย ซึ่งรายละเอียดสามารถศึกษาได้จากแหล่งอ้างอิง นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยเป็นผู้สอนผู้ป่วยด้วยกันเอง (Laid Leader) เป็นกลวิธีหนึ่งซึ่งช่วยสร้างความภูมิใจแก่ผู้ป่วยต้นแบบเอง และยังสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้แก่ผู้ป่วยรายอื่น

2) การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ

(1) Team Based Approach คือ การทำงานเป็นทีมในรูปแบบแนวทางการดำเนินงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทีมสหวิชาชีพ

(2) Planned Care Visit คือ มีแผนการเยี่ยมบ้าน แผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อความต่อเนื่องและเชื่อมโยง

(3) Case Management คือ มีผู้จัดการรายกรณี ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคนในชุมชน

ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญ ตามความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง ส่วนที่เป็น “บริการ” อันเป็นการจัดการให้เกิดกระบวนการบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีคุณลักษณะของระบบบริการ 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ บริการองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของปัญหาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยมีจุดเน้น ดังนี้

ก. ดำเนินการเชิงรุกโดยมุ่งหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งสามารถวิเคราะห์เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพได้ สำหรับบริการเชิงรุกสิ่งที่ควรคำนึงถึง คือ การดูแลแบบองค์รวม การมีทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนการนำมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ให้และผู้รับบริการ

ข. บริการอย่างต่อเนื่องสามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายและหากมีกรณีฉุกเฉินก็มีระบบบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ค. มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยเชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชนชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น ตลอดจนเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ต้องดำเนินการทุกช่วงระยะของชีวิต ตั้งแต่ระยะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/เรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อน มีความพิการต้องใช้การบูรณาการและความร่วมมือของทีมชุมชนหลายภาคส่วน ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมและผสมผสาน รพ.สต. เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมากที่สุด การพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังใน รพ.สต. ให้มีคุณภาพ ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์บริการของผู้มารับบริการ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558)

หลักการทั้ง 3 ข้างต้นแท้จริงเป็นเรื่องเดียวกัน การเชื่อมโยงบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ เป็นทีมสหวิชาชีพ

เรื่อง การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) มิใช่ถือเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ทุกคนในทีม ถือเป็นภารกิจร่วมกัน อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีจากนัดติดตามผู้ป่วยแบบตามสะดวก มาเป็นตามแผนการ (Planned Care) ตัวอย่าง Planned Care เช่น ก่อนผู้ป่วยมาตามนัด ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเตรียมตัวตรวจอะไรบ้าง เตรียมข้อมูลอะไรบ้าง ขณะที่ทีมก็เตรียมว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องการพบสหวิชาชีพใดบ้าง เมื่อผู้ป่วยมาถึงมีเจ้าหน้าที่รวบรวมทั้งข้อมูลห้องปฏิบัติการ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เตรียมพร้อมไว้ให้แพทย์ แพทย์เมื่อตรวจผู้ป่วยแล้วมีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับสหวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องดูแลให้เสร็จภายในวันนั้น ข้อดีของ Planned Care คือ สามารถจัดการภาวะเรื้อรังโดยเฉพาะ แยกจากปัญหาสุขภาพฉุกเฉินอื่นๆ และยังสามารถวางรูปแบบการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตามความแตกต่างของแต่ละกลุ่ม เช่น ตามความซับซ้อนของโรคเรื้อรัง หรือตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม สถาบัน Improving Chronic Illness Care (ICIC) ได้แนะนำ 4 ประเภทของ Planned Care ตามกลุ่มโรค และวิชาชีพที่ควรมีในทีม ดังตาราง 4

ตาราง 4 Plan Care 4 ประเภท ตามคำแนะนำของ ICIC ตามกลุ่มโรค และวิชาชีพที่ควรมีในทีม

ประเภทกลุ่มโรค	วิชาชีพที่ดูแล
1. ลดความเสี่ยงต่อหัวใจ และหลอดเลือด (Include Diabetes, HT, Dyslipemia, Metabolic Syndrome, Smoking, Stable Ischemic Heart, CHF)	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ
2. หอบหืด และถุงลมโป่งพอง	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักบำบัดทางเดินหายใจ
3. ข้ออักเสบ และภาวะปวดกระดูกกล้ามเนื้อ	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด
4. เอชไอวี/เอดส์	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

3) Decision Support

มีหลายวิธีที่ช่วยสนับสนุนให้แพทย์ และทีมรักษาพยาบาลสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วย เช่น จัดประชุมวิชาการเพื่อ Continuous Medical Education (CME) หรือในต่างประเทศมีการเพิ่มความสะดวกให้กับแพทย์ ที่ไม่ค่อยมีเวลาติดตาม

วิชาการด้วยการมีผู้ช่วยให้คำแนะนำปรึกษาที่เรียกว่า Academic Detailer ไปเยือนตามหน่วยบริการต่างๆ แต่พบว่าวิธีที่ดีที่สุดคือ ให้ Evidence-based Guidelines ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวันตัวอย่างเช่น ในระบบสั่งยา อาจมีระบบเตือนหากสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว เกิดผลเสียต่อการควบคุมโรค หรือมีผลข้างเคียงที่ควรนัดมาตรวจหลังจากรับยา เป็นต้น รวมทั้งมีระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นการสื่อสารสองทาง นั่นคือ แพทย์ปฐมภูมิ สามารถรับรู้ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้วย

4) Clinical Information System คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดี คือ

- (1) สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการ และผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร เช่น ถึงเวลาตรวจตาประจำปี
- (2) สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อย ตามความเสี่ยง เพื่อวางแผนป้องกันได้
- (3) สามารถช่วยให้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้
- (4) ข้อมูลสามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้บริการ และผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น
- (5) สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมน และระบบงานได้ ระบบฐานข้อมูลไม่จำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์ (Electronic Medical Records) เสมอไป เช่น ในหน่วยบริการขนาดเล็ก อาจเป็นกระดาษที่จัดระบบการเก็บข้อมูล การแชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ถือเป็นระบบฐานข้อมูลที่ดีได้

5) Health Systems Organization

จากภาพจะเห็นว่าเป็นส่วนหลังคาขององค์กร หมายถึง เป็นแนวทางที่ครอบคลุมและขึ้นำการปฏิบัติงานภายในองค์กรโดยรวม สิ่งสำคัญคือ ความยั่งยืนของแผนงานพัฒนา แม้ขาดหลักฐานทางงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่จากการศึกษาแบบสังเกตการณ์ในองค์กรที่ทดลองนำ Chronic Care Model ไปปฏิบัติ พบว่า ในที่มีการเปลี่ยนผู้นำองค์กรบ่อยๆ จะประสบความสำเร็จน้อยกว่า

อย่างไรก็ตาม บางองค์กรจะมีผู้นำที่ไม่ได้แต่งตั้งเป็นทางการ แต่ได้รับความเชื่อถือที่เรียกว่า ผู้นำระดับสูง (Senior Leadership) ซึ่งสามารถเป็นแกนนำให้แผนการดำเนินต่อไปได้ หากองค์กรนั้นได้กำหนดการดูแลโรคเรื้อรัง อยู่ในวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร หรือเป็นแผนระยะยาวไว้แล้ว

6) Community Resource Linkages

นั่นคือ การทำความตกลงให้มีการร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่างๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน ตัวอย่าง การร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ เช่น สถานีอนามัยในเขตอำเภอ ร่วมมือในการอำนวยความสะดวกส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังในความดูแล เข้าทำกิจกรรมที่โรงพยาบาล,

โรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทาง มีระบบให้ความสะดวกแก่สถานีนอนามัยในการรับปรึกษา และวางแผนส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่สถานีนอนามัย เป็นต้น การร่วมมือลักษณะนี้ ช่วยลดช่องว่างมาตรฐานบริการ ระหว่างสถานบริการที่ทรัพยากรน้อยกว่าที่มีทรัพยากรมากกว่าได้ ตัวอย่าง การร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน เช่น การขอใช้พื้นที่ของสถานที่ทางศาสนา ชมรม โรงเรียน หน่วยบริหารท้องถิ่น นอกจากนี้การดึงทรัพยากรบุคคล เงินสนับสนุน หรือนโยบายสาธารณะของท้องถิ่นเพื่อดูแลสุขภาพ คนในท้องถิ่นนั่นเอง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนจากคนในพื้นที่มากขึ้น

นอกจากนี้ การกระจายอำนาจให้มีผู้รับผิดชอบหลักของโครงการ และผู้รับผิดชอบส่วนย่อยของ โครงการ และกลไกการให้คำตอบแทนตามภาวะ และคุณภาพงานเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สถานการณ์การนำ Chronic Care Model พัฒนา Primary Care ในประเทศต่างๆ แคนาดา เป็นประเทศแรกๆ ที่นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน Primary Care ด้วย Chronic Care Model โดยมี Calgary Health Region รัฐ Alberta เป็นแกนนำ มีการจัดประชุมวิชาการระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะเป็นประจำทุก 2 ปี ในบางรัฐ มีการดัดแปลงเพิ่มเติม Model บางส่วน เช่น Extended Chronic Care Model (ECCM) ของ British Columbia Health Network แคนาดา ซึ่งเพิ่มรายละเอียดในส่วน Community Resource สิ่งที่แตกต่างกัน Chronic Care Model (Wagner, 1999) คือ มีรายละเอียดความคาบเกี่ยวระหว่างองค์ประกอบระดับ Health Care Organization คือ Self-management Support, Delivery System Design, Decision Support, Information System กับ Community เพิ่มองค์ประกอบในส่วนของชุมชน ได้แก่ Public Policy เช่นการวางมาตรการภาษีควบคุมสินค้าทำลายสุขภาพ และส่งเสริมอาหารที่มีประโยชน์ Supportive Environment เช่นการปรับภูมิทัศน์ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ทูพพลภาพ และ Strengthen Community Action คือ การให้คนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และกำหนดทิศทางพัฒนาตามความต้องการของตนเอง Chronic Care Model นี้ได้นำไปใช้ในทวีปอื่นๆ ได้แก่ ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรเดนมาร์ก เยอรมัน เป็นต้น ในเอเชียที่น่าสนใจว่า อินเดีย ประเทศจีน ได้พัฒนา Chronic Care Model ของตนเองอีกด้วย และประเทศเพื่อนบ้านเราอย่างสิงคโปร์ รัฐบาลกำลังให้ความสนใจในการสร้าง Model เช่นกัน

Innovative Care for Chronic Condition: ความร่วมมือกับนักวิชาการ องค์การอนามัยโลก ข้อเสนอเกี่ยวกับคุณสมบัติ Generalizability เช่น การนำ CCM ไปใช้ในบริบทที่ทรัพยากรจำกัด ทำให้คณะทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านดูแลโรคเรื้อรัง นำแนวคิด Wagner's Chronic Care Model มาวิเคราะห์ร่วมกับตัวอย่างการพัฒนาโรคเรื้อรังในประเทศทั้งพัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา และสร้างเป็น Innovative Care for Chronic Condition: ICCC สิ่งพัฒนาจาก Wagner's Chronic Care Model มีดังนี้

(1) เพิ่มองค์ประกอบของ Positive Policy Environment ซึ่งส่งอิทธิพลถึงระดับ Health Care Organization และ Community

(2) เพิ่มรายละเอียดข้อเสนอแนะ ในเชิงนโยบายเพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย เป็นข้อเสนอแนะถึง Policy Maker ซึ่งได้จากตัวอย่างโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จในประเทศต่างๆ ซึ่งตีพิมพ์ใน Global ICC Reports และมีแบบสอบถามเพื่อประเมินตนเองตามแนวทาง ICC ด้วย

(3) แสดงปฏิสัมพันธ์เชิงระบบ แบ่งเป็นสามระดับจากระดับบุคคล (Micro), องค์กร และชุมชน (Meso) และนโยบายระดับชาติ (Macro) สรุปหลักการโดยย่อคือ Micro Level (Patient Interaction) ปฏิสัมพันธ์ในระดับนี้เป็นระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วยตัวผู้ป่วย และครอบครัว, บุคลากรที่รักษา และสมาชิกในชุมชน

ก. เป้าหมายคือการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น (Prepared) มีข้อมูลที่เพียงพอ (Informed) และมีแรงจูงใจ (Motivated)

ข. โดยกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตัวเอง (Self-management Support) Meso Level (Health Care Organization and Community Linkage) การบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน

ค. เป้าหมายคือ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (Continuity), มีความถูกต้องตามหลักการ (Consistency) และมีความเชื่อมโยง (Co-ordination)

ง. โดยกระบวนการจัดระบบ Workflow การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ (Delivery System Design), การนำหลักฐานหรือบทเรียนมาใช้ในการพัฒนางานบริการ (Decision Support), การใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Information System) การค้นหาบุคคลสำคัญของชุมชน (Community Leadership), สร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อชุมชนต่อผู้ป่วยเรื้อรัง (Reduce Stigma) การประสานทรัพยากรรวมถึงองค์ความรู้ร่วมกัน (Coordinate Resource) และความร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงกำไรต่างๆ ในชุมชน (Complementary Service) Macro Level: ระดับรัฐบาล หรือ ผู้กำหนดแนวนโยบายระดับชาติ

เนื่องจากการพัฒนาในระดับ Meso Level และ Micro Level ได้รับอิทธิพลจากนโยบายระดับชาติ เป้าหมายคือ โครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง (Positive Policy Environment) โดยกระบวนการให้ผู้มีอำนาจออกนโยบายในหน่วยงานต่างๆ ไม่จำกัดแต่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Integrate Policies) เพื่อทั้งด้านการสร้างกำลังคน (Develop and Allocate Human Resource) ความต่อเนื่องของนโยบายงบประมาณ (Consistent Financing) , ใช้มาตรการทาง

กฎหมาย (Support Legislative Framework) รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรภาคประชาชน มีความเข้มแข็งรักษาสิทธิเพื่อสุขภาพของตนเอง (Strengthen Partnerships)

บทสรุป และคำวิจารณ์

1) Chronic Care Model เป็นตัวอย่างที่ดี ของความพยายามในการนำองค์ความรู้จากงานวิจัยมาสังเคราะห์ให้เป็นรูปธรรมที่ ชัดเจน พิสูจน์ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกได้ ยังมีงานวิจัยอีกมากที่ให้ข้อมูลแตกต่างกันแต่จัดเก็บอย่างกระจัดกระจายขาดการนำมาสังเคราะห์ให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติ ดังนั้น การศึกษาแนวคิด และวิธีการให้ได้มาซึ่ง Chronic Care Model จึงมีประโยชน์ต่อการสังเคราะห์รูปแบบเพื่อพัฒนาระบบบริการอื่นๆ ต่อไป

2) การนำ Chronic Care Model มาใช้ในประเทศไทย ควรพิจารณาถึงรายละเอียดความเหมือนความต่างของโครงสร้างองค์กรตลอดจนบริบททางสังคมตลอดจนบุคลิก และอัตลักษณ์ของคนไทย เนื่องจากผลการทดลองใช้ Chronic Care Model ในมากกว่า 1,000 พื้นที่ที่ทำในประเทศอเมริกาจะประสบความสำเร็จเป็นส่วนใหญ่ และส่วนมากจะนำองค์ประกอบบางอย่างไปปรับปรุง แต่พบว่ามีพื้นที่น้อยมากที่จะทำได้ทั้งครบ 6 องค์ประกอบ นอกจากนี้งานวิจัยที่นำมาศึกษา Meta-Analysis ผู้ศึกษาเองก็พบว่ามี Publication Bias ดังนั้นอยากให้ศึกษาเรียนรู้ Chronic Care Model นี้ เป็นแนวทางเท่านั้น มิใช่สูตรสำเร็จแต่อย่างใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทต่างๆ ของประเทศไทยต่อไป ขณะที่หลายๆ ประเทศตื่นตัวปรับระบบการดูแลโรคเรื้อรัง ประเทศไทยคงต้องปรับ "ระบบ" ให้เหมาะสมกับสถานการณ์โรคต่อไป ไม่ว่าจะเป็นอย่าง Chronic Care Model หรือไม่ก็ตาม

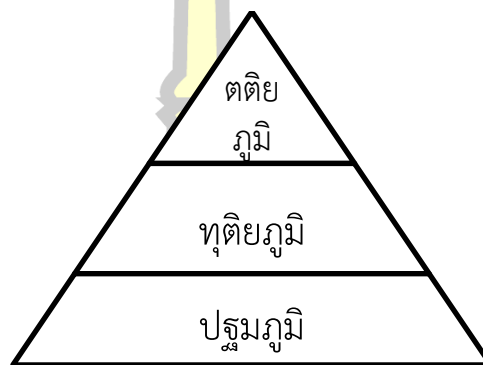
สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ทั้ง 6 องค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย ทรัพยากร และนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุน การตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และปรับปรุงระบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบท ป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เกิดประโยชน์สูงสุดกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

2.3.2 แนวคิดการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC)

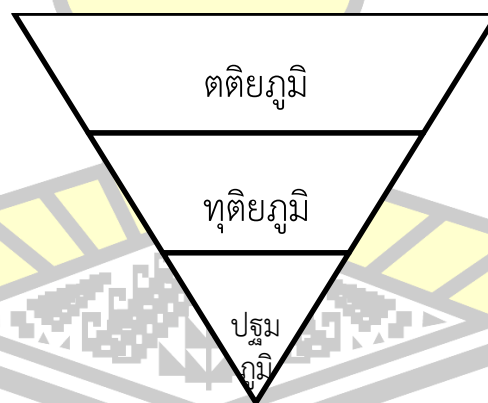
2.3.2.1 ปัญหาของระบบสาธารณสุขไทย

การให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทยขณะนี้ ขยับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ทำให้เกิดความแออัด ใช้เวลานานในการรอรับบริการ เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการ และความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล มีความ

ไม่พึงพอใจในการรับบริการของพี่น้องประชาชน การให้การดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดการดูแลเป็นรายโรค เฉพาะอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพในการดูแลแบบองค์รวม เวลามีปัญหาไม่รู้จะปรึกษาแพทย์ท่านใด แตกต่างจากคนที่มีญาติเป็นหมอ สามารถปรึกษาหรือถามปัญหาเวลาเจ็บไข้ได้ตลอดเวลา ระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขควรเป็นระดับต่างๆในรูปสามเหลี่ยม จากฐานสามเหลี่ยมควรเป็นระดับปฐมภูมิที่ดูแลรักษาป้องกันโรคง่ายๆไม่ซับซ้อนที่พบได้มากมาย พื้นที่ตรงกลางของสามเหลี่ยมเป็นการดูแลขั้นทุติยภูมิ ยอดปลายแหลมของสามเหลี่ยมเป็นพื้นที่การดูแลด้วยตติยภูมิคือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ขณะนี้ระบบบริการของประเทศไทยจึงเป็นสามเหลี่ยมหัวกลับตั้งบนยอดสามเหลี่ยมทำให้มีโอกาสล้มได้ตลอดเวลา



ภาพประกอบ 3 ระบบบริการการแพทย์ที่ควรเป็นที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)



ภาพประกอบ 4 ระบบบริการการแพทย์ในปัจจุบันที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

2.3.2.2 แนวคิดในการแก้ปัญหา

กระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลในยุคนี้จึงต้องการแก้ไขปัญหาระบบบริการด้วยคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแล

ประชาชนใน 10,000 คน ต่อหนึ่งทีม มอบหมายพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน ในรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2559 ในหมวดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข ระบุให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมประชาชนทุกคนทุกครอบครัว จะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ เหมือนพี่น้องประชาชนสามารถซื้อของเบ็ดเตล็ดที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้ที่ร้านสะดวกซื้อหน้าปากซอยไม่จำเป็นต้องไปที่ห้างสรรพสินค้าในการเลือกซื้อสินค้าที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ความสะดวกสบาย และเป็นกันเองตลอดจนดูแลได้ใกล้ชิดเหมือนคลินิกหมอส่วนตัวที่ยังได้รับความนิยมจากประชาชนส่วนใหญ่

2.3.2.3 บทบาทคลินิกหมอครอบครัว

ระบบการให้บริการ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยีบริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสุขภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภคบริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้าน และในชุมชนบริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการตั้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบแต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัวช่วยแนะนำดูแลหรือโทรศัพท์ ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกันการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวไม่ใช่ Extended OPD แต่ต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม มีพี่น้องประชาชนในการดูแลรับผิดชอบชัดเจน เป็นความท้าทายอย่างยิ่งเพราะในขณะนี้ประชาชนให้ความเชื่อถือ และไปรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงต้องจัดให้เป็นการบริการคลินิกหมอครอบครัวที่มีคุณภาพ ดูแลใกล้ชิดเป็นกันเอง เป็นทีมประจำดูแลอย่างต่อเนื่อง ทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีมดูแลพี่น้องประชาชน 10,000 คน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบชัดเจน ทีมหมอครอบครัวประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพตามตาราง 1 โดยทันตแพทย์ และเภสัชกร หนึ่งคนดูแลประชากร 30,000 คน ดังนั้นต้องร่วมทีม 3 ทีม กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้นเขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล ดังตาราง 5

ตาราง 5 องค์ประกอบด้านบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC)

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		สัดส่วน	จำนวน/1 ทีม	จำนวนรวม/ 1 PCC
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1:10,000	1	3
2	ทันตแพทย์	1:30,000	-	1
3	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	1:2,500	4	12
4	ทันตภิบาล	1:10,000	1	3
5	เภสัชกร	1:30,000	-	1
6	เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม	1:10,000	1	3
7	นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	1:2,500	4	12
8	แพทย์แผนไทย	1:10,000	1	3
9	กายภาพบำบัด	1:30,000	-	1

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

สถานที่ทำงานเปิดเป็นคลินิกหมอครอบครัว ถ้าเป็นเขตเมืองอาจใช้เช่าตึกแถว ปรับปรุงศูนย์สุขภาพชุมชนจัดสร้างอาคารชั้นใหม่หรือใช้สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอยู่แล้ว ในเขตเมืองหรือบริเวณที่มีประชากรหนาแน่น เสนอให้มี 3 ทีมทำงานในสถานที่เดียวกันเพื่อความคุ้มค่าของทรัพยากรแต่ในเขตชนบทอาจมีที่ตั้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนึ่งทีมดูแลประชากร 10,000 คน

2.3.2.4 เป้าหมายในการดำเนินงาน

- 1) ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 48 ทีมในเขตเมือง 16 จังหวัด
- 2) ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 76 ทีมในเขตชนบท หรือโรงพยาบาลชุมชนทุกจังหวัดๆ ละ 1 ทีม โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ดำเนินการเพิ่มเติมจากปี 2559 อีกโรงพยาบาลละ 1 Cluster (1 แห่ง หรือจำนวน 3 ทีม)
- 3) ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 3,250 ทีม
- 4) ปีงบประมาณ 2569 จำนวน 6,500 ทีมครอบคลุมทั่วประเทศ

2.3.2.5 สิ่งที่ประชาชนได้รับจากคลินิกหมอครอบครัว

1) การให้บริการที่เป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนสุขภาพดี เช่น

(1) การตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแล ANC ใกล้บ้านด้วยหมอ และพยาบาลคนเดิม สามารถตรวจพบความผิดปกติได้รวดเร็ว มีระบบส่งต่อที่รวดเร็วพบผู้เชี่ยวชาญตรงสาขาที่เป็นปัญหาของประชาชน

(2) คลินิกสุขภาพเด็กดี ให้คำปรึกษาตรวจพัฒนาการของเด็กเพื่อให้เด็กไทยมีพัฒนาการที่ดี

(3) งานอนามัยโรงเรียน ทำให้เด็กนักเรียนเติบโตสมส่วน ป้องกันโรค และลดการสูญเสียจากโรคที่ไม่สมควร เช่น การจมน้ำเสียชีวิต

(4) NCD Clinic คุณภาพ มีการคัดกรองสามารถลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้การรักษาโรคที่ดี สามารถควบคุมได้ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมอง ตาบอด หรือมีปัญหาเป็นแผลที่เท้า เป็นต้น

(5) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่นๆไม่ให้เข้าสู่ภาวะต้องพึ่งพิง

(6) การควบคุมป้องกันโรคที่เป็นเป้าหมายสำคัญหรือปัญหาของพื้นที่เช่น เอชสั้วโรค มาลาเรีย เป็นต้น

(7) การตรวจสุขภาพ และระบบข้อมูลส่วนบุคคล Personal Health Record (PHR)

(8) ระบบข้อมูลของคลินิกหมอครอบครัว Data Center

(9) ระบบให้คำปรึกษา ให้ความรู้แก่พี่น้องประชาชน Health Literacy ด้วยการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบ LINE igrup อบรมจัดตั้งอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

(10) มีระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้โปรแกรม Thai Refer หรือ Refer Link โปรแกรมรับคนไข้จากโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น Thai COC

2) การบริการที่สะดวกรวดเร็ว เป็นกันเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2.3.2.6 การบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เน้นองค์ประกอบที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก 6 ประการคือ

1) ระบบบริการที่ดูแลแบบองค์รวมด้วยทีมหมอครอบครัวที่รับผิดชอบประชาชนเป็นการประจำด้วยผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมงานจากโรงพยาบาล บูรณาการการทำงานกับทีมหมออนามัยเป็นการประกาศส่งแพทย์ลงให้บริการประชาชนในระดับตำบลเป็นครั้งแรกของประเทศไทยโดยมีเป้าหมายจัดทีมหมอครอบครัวทั้งหมด 6,500 ทีม ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศภายในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2569)

2) บุคลากร วางแผนกำลังคนทั้งทีมเพิ่มเติมให้โรงพยาบาล เป็นส่วนที่เพิ่มเติมจาก FTE (Full Time Equivalent) ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใช้แผนกำลังคนตาม

สัดส่วนประชากรที่ได้วางไว้แล้วการจัดการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกันผลิตผู้เชี่ยวชาญให้ได้ จำนวน 6,500 คนภายใน 10 ปี ระยะแรกรับสมัครแพทย์ที่เกษียณอายุราชการ และอบรมระยะสั้นเพื่อเข้าเป็นทีมหมอครอบครัว ปีละ 120 ถึง 150 คน ระยะที่สองเป็นการฝึกอบรมโดยใช้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และได้รับการรับรองมาตรฐานจากราชวิทยาลัย ระยะยาวจะมีการผลิตแพทย์จากผู้ปฏิบัติงานที่จบปริญญาตรีในกระทรวงสาธารณสุข และการเรียนการสอนแบบใหม่ให้นักศึกษาแพทย์ได้รับความรู้จากการเรียนในระดับอำเภอพร้อมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ระบบแรงจูงใจเพื่อให้มีผู้มาปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว โดยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเงินเพิ่มพิเศษอื่นๆ ตามนโยบายเราเน้นให้มีแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และสาขาระบาดวิทยา ให้ได้รับค่าตอบแทน พตส. มากกว่าสาขาอื่นๆ

3) การเงินการคลัง จัดงบประมาณสนับสนุนให้อยู่ในเงินรายได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มเติมจำนวน 100-200 บาทต่อประชากร การบริหารจัดการ ยังคงให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหารจัดการ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการเช่นเดิม และถ้าได้ผลงานตามเป้าหมาย กำหนดให้เลื่อนขั้นเป็นชำนาญการพิเศษได้ (ต้องทำแผนขออนุมัติจาก กพ. โดยยกเว้นไม่ต้องหาดำแหน่งมายุบ) การแยกบริหารแบบ CUP Split ต้องดูความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของระบบ จัดงบลงทุนสนับสนุนเพื่อซื้อครุภัณฑ์ และอาคารสถานที่ตามความจำเป็น

4) ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี ให้เป็นระบบยาเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย มีระบบให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วย

5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนา และวางนโยบายตลอดจนการติดตามประเมินผลทั้ง 43 แห่ง และระบบ PHR (Personal Health Record)

6) ความเป็นผู้นำ และธรรมาภิบาล ต้องมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม และพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ครอบครัวมีความยั่งยืน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีระบบบริหารจัดการแบบประชารัฐ การบูรณาการ ภายในกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยราชการอื่น และภาคประชาชน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าคลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบาย และแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน เป็นการประกาศส่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงปฏิบัติงานในระดับตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และครอบครัวทั่วประเทศภายใน 10 ปี เป็นนโยบายที่ดำเนินการตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2559 เป็นการพลิกกลับสามเหลี่ยมการให้บริการของระบบสาธารณสุขไทยที่ปัจจุบันตั้งบนยอดสามเหลี่ยมให้กลับมาวางบนฐานของสามเหลี่ยมด้านกว้างเพื่อความมั่นคงแข็งแรงของระบบบริการสาธารณสุขไทยคลินิกหมอ

ครอบครัวจะประสบความสำเร็จได้ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับร่วมกัน ผลักดันนโยบาย และขับเคลื่อนด้วยความวิริยะอุตสาหะ ความรู้ความสามารถ และความมุ่งมั่นเพื่อประโยชน์สุขของพี่น้องประชาชน

2.3.2.7 ความหมายคลินิกหมอครอบครัว

“บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”

“คลินิกหมอครอบครัว” (PCC: Primary Care Cluster) จัดเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิโดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care) มาใช้ในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความท้าทายของที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ และไปรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และใช้หลักการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสถานการณ์สุขภาพทั้งในปัจจุบัน และอนาคตนโยบายนี้มุ่งพัฒนาให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้มีจำนวนประชากรในขนาดที่เหมาะสมเพื่อให้ทีมรู้จักประชากร และชุมชนเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดการดูแลได้อย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีที่พึ่งยามเจ็บไข้ได้ป่วย เสมือนการมีหมอเป็นญาติ และให้ทีมรวมตัวกันเป็นกลุ่มเครือข่าย (Cluster) เพื่อร่วมกันบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มเครือข่าย (Cluster) นี้ต้องเชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และเครือข่ายระบบบริการในระดับอำเภอ (District Health System) อีกด้วย

ความหมายของคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family Medical Care Team” ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (Catchment Population) โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 Cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็นสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ 1 แห่งจนถึง 3 แห่งได้ ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่าโดยให้ทีมสหวิชาชีพนี้จะต้องเป็นผู้จัดบริการประจำให้กับประชาชนที่ดูแล บางวิชาชีพจำเป็นต้องให้ทำการหมุนเวียนทำงานใน 3 ทีมภายในคลินิกหมอครอบครัว แต่ไม่ให้หมุนเวียนในโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีความต่อเนื่อง มีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ สำหรับการรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) นี้สามารถใช้หน่วยบริการเดิม หรือจัดตั้งหน่วยบริการเพิ่มขึ้นใหม่ ให้พิจารณาตาม

ความเหมาะสมเพื่อให้จัดบริการได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และมีการบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทคลินิกหมอครอบครัว ระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว คือ “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” แต่สามารถเทียบเคียงกับลักษณะการบริการได้ ดังนี้

ตาราง 6 ระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว

คำสำคัญ	แนวทางการดูแล
บริการทุกคน	เป็นการดูแลคนทุกกลุ่มวัย ตั้งแรกอยู่ในครรภ์มารดา ไปจนถึงลมหายใจสุดท้ายของชีวิต
บริการทุกอย่าง บริการทุกที่	เป็นการดูแลทุกเรื่อง ทุกมิติสุขภาพ ตั้งแต่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องไม่เลือกสถานที่ ทั้งภายในหน่วยบริการ ที่บ้าน หรือในชุมชน
บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี	เป็นการดูแลที่ไม่จำกัดเวลา นั้นหมายถึงการจัดช่องทางให้ผู้ดูแล และผู้รับบริการสามารถติดต่อได้โดยใช้เทคโนโลยี มีการประสานเชื่อมโยงกันได้ในระบบปัจจุบันที่มี LINE, Facebook เป็นช่องทางการติดต่อประสานกันได้

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

การสร้างให้เกิดบริการดังที่กล่าวมานี้ ต้องการการจัดองค์ประกอบที่เหมาะสมกับการสร้างกระบวนการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกมิติ ทุกสถานที่ทั้งใน และนอกชุมชน แต่การจะเกิดได้นั้นมีหัวใจหลักอยู่ที่การคิดถึงผู้อื่น หรือการใช้ผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั่นเอง

2.3.2.8 เวชศาสตร์ครอบครัวหัวใจหลักของการดำเนินงาน

หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจรซึ่งประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1) Primary Medical Care หรือ Care on First Contact Basis เป็นผู้ดูแลแต่แรก ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ ทำการรักษาในขั้นต้น เน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้การดูแลรักษาที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง มักมีที่ตั้งอยู่ในชุมชนอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานได้สะดวกสบาย เป็นการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่แรก สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ

2) บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านชีววิทยา (โรค)

ของผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Bio, Psycho, Social, Spiritual) เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

3) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) คือการดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรม การดำเนินชีวิตขณะที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นพบความเสี่ยงภาวะเจ็บป่วย ระยะสุดท้ายของการป่วยจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆ นั้น รวมถึงครอบครัว และชุมชน โดยทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Doctor - patient Relationship)

4) การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive Care) คือการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้านตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Treatment) ให้หายจากโรค การป้องกันโรค (Prevention) ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) ให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5) มีระบบคำปรึกษา และการส่งต่อ (Consultation and Referral System) เป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึงยังทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสาน และส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพ และผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ดังนั้นแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจะมีความแตกต่างจากหมอเฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่เน้นเฉพาะตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่ศึกษาลึกลงไปถึงความเจ็บป่วย (Illness) ความรู้สึกนึกคิดของ ผู้ป่วย และการเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่างๆ ด้วย

2.3.2.9 สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ

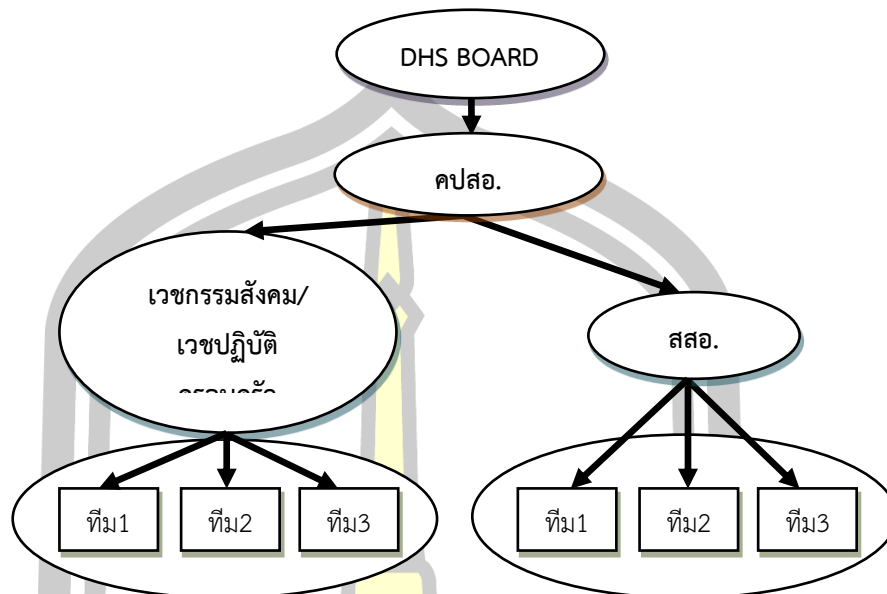
สิ่งที่คาดหวังจากบริการนี้ คือ เกิดการดูแลที่มีคุณค่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์ดุจญาติมิตร เป็นการทำความดีสร้างความผูกพัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาต่อระบบสาธารณสุข และการจัดรูปแบบบริการที่เป็นองค์รวมทุกมิติของสุขภาพนี้จะสามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Self-care) ของคนทุกกลุ่ม คนทุกวัย จนเกิดเป็นการสร้างสุขภาพจากภายในตัวเอง ภายในครอบครัว ไปสู่การร่วมกันสร้างสุขภาพให้กับชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนต่อไป

2.3.2.10 องค์ประกอบ และการบริหารจัดการ

คลินิกหมอครอบครัวมีความหมายเป็นเพียงศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการหน่วยใดหน่วยหนึ่งเท่านั้น แต่หมายถึงหน่วยบริการที่มีองค์ประกอบทั้งคนทำงานหน่วยบริการ และการบริหารจัดการให้มีกระบวนการทำงานที่ทำให้เกิดบริการที่มีคุณค่า มีการดูแลทั้งเชิงรับ เชิงรุก ดูแลต่อเนื่อง ให้การดูแลรายบุคคล รายครอบครัว และชุมชนซึ่งเป็นการบริการในหลายมิติ ในการดำเนินการจำเป็นต้องเริ่มต้นจากการจัดตั้งกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการจัดทีมสหวิชาชีพ เมื่อมีการจัดองค์ประกอบ ทั้ง 2 ส่วนแล้วยังจำเป็นต้องจัดให้มีกระบวนการทำงานที่ครบถ้วนเพื่อให้ได้รูปแบบบริการดังกล่าวว่า “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ และทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”

2.3.2.11 การจัดกลุ่มหน่วยปฐมภูมิเพื่อจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) ในการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นสามารถจัดได้หลากหลายรูปแบบให้ยึดประชากรเป็นศูนย์กลางในการพิจารณาจัดตั้งกลุ่ม สิ่งสำคัญขึ้นกับการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสม และบรรลุเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่ มีการจัดบริการได้อย่างต่อเนื่อง และใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่เป็นเขตเมืองมีประชากรหนาแน่น สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบางอาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับรพ.สต.ในเครือข่ายได้ ตัวอย่างรูปแบบของการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

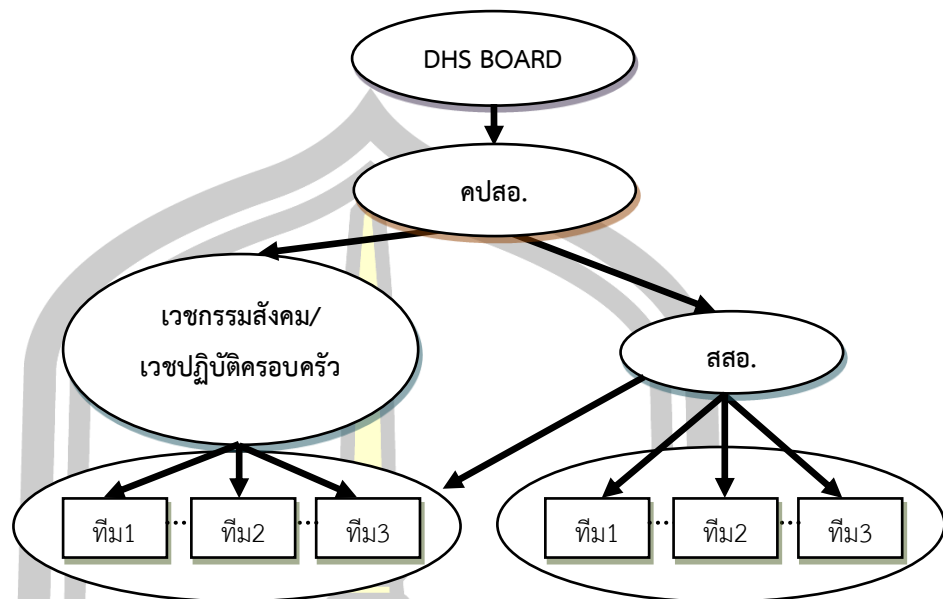
รูปแบบที่ 1 กรณีที่มีหน่วยบริการเดียว (ประชากรมากกว่า 30,000 คน/แห่ง) เป็นตัวอย่าง กรณีที่ประชากรในเขตเทศบาลเมืองหรือตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท./รพช. ที่อาศัยอยู่จริงทุกสิทธิมีประมาณ 30,000 คน สามารถจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) จำนวน 1 Cluster แบ่งเป็น 3 ทีม สำหรับในพื้นที่นอกเขตเทศบาล มี รพ.สต. เครือข่ายที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดูแล ให้จัดกลุ่ม รพ.สต.เป็นกลุ่มตามเกณฑ์ประชากรที่กำหนด คือ 10,000 คน/ทีม และรวม 3 ทีมเป็น 1 Cluster รพ.สต.ทุกแห่งอยู่ในสังกัดของสาธารณสุขอำเภอตามเดิมภายใน Cluster ของกลุ่มรพ.สต. ให้เลือกผู้ประสานงานภายใน PCC นั้นๆ แสดงตัวอย่างได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพประกอบ 5 Primary Care Cluster รูปแบบที่ 1
 ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

รูปแบบที่ 2 กรณีที่มีการจัดแบบรวมหน่วยบริการ ตัวอย่าง กรณีในเขตเทศบาลเมืองหรือตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท./รพช. มีประชาชนที่อาศัยอยู่จริงทุกสิทธิต่ำกว่า 20,000 คน (โดยประมาณ) ให้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) สามารถรวมกลุ่มกับทีมของรพ.สต. ที่เป็นพื้นที่ติดต่อกันให้ได้จำนวนประชากรประมาณ 30,000 คน และให้มีผู้จัดการประสานงานภายในคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) นี้ส่วนรพ.สต.อื่นๆ ให้จัดเป็นกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้ทุก PCC มีการมอบหมายผู้ประสานงาน และจัดการ แสดงตัวอย่างได้ดังภาพต่อไปนี้

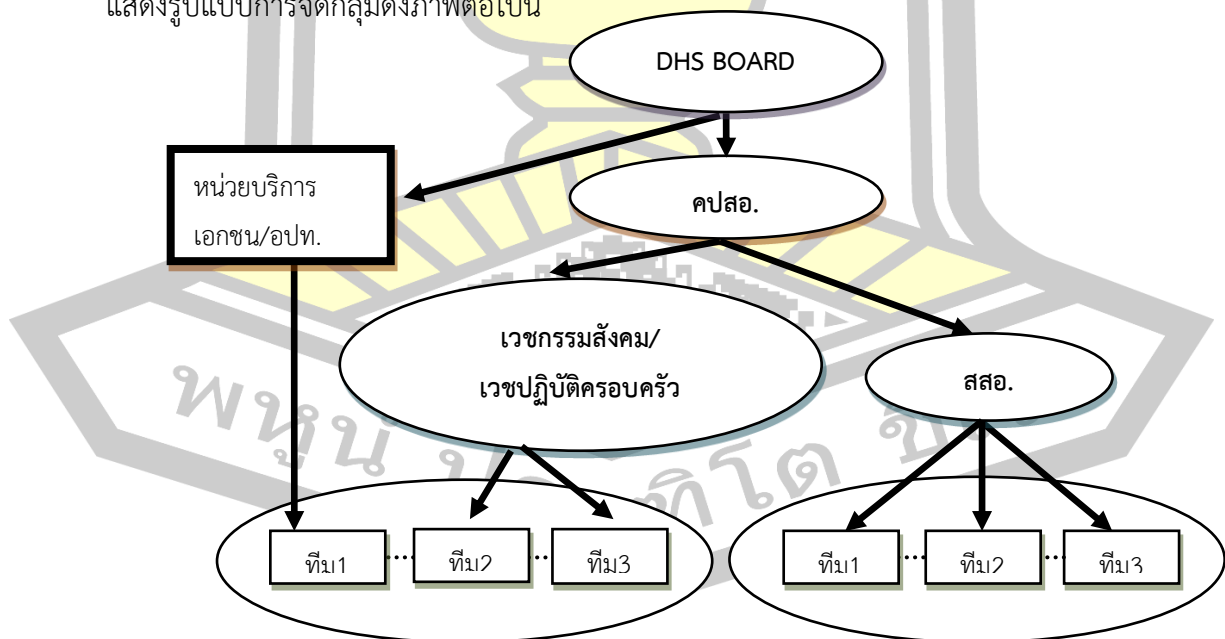
พูน ปรุ ทิโต ชเว



ภาพประกอบ 6 Primary Care Cluster รูปแบบที่ 2

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

รูปแบบที่ 3 กรณีที่มีหน่วยบริการเอกชนร่วมจัดบริการหรือหน่วยบริการสังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข หากในพื้นที่รับผิดชอบมีหน่วยบริการเอกชนหรือหน่วยบริการอื่นสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมจัดบริการ สามารถรวมเป็นกลุ่มหน่วยบริการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวได้ โดยให้กำหนดพื้นที่ และประชากรให้รับผิดชอบชัดเจน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สามารถแสดงรูปแบบการจัดกลุ่มดังภาพต่อไปนี้



ภาพประกอบ 7 Primary Care Cluster รูปแบบที่ 3

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

อย่างไรก็ดีทีมผู้ให้บริการสามารถเลือกจัดเครือข่ายได้หลากหลายรูปแบบโดยยึดหลักจำนวนประชากรที่รับผิดชอบความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ สำหรับการจัดการภายในเครือข่ายจำเป็นต้องจัดให้มีคณะทำงานประสานงานภายในเครือข่าย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.3.2.12 การจัดทีมสหวิชาชีพ

ในการจัดให้มีแพทย์ และทีมสหวิชาชีพดูแลประชากรที่รับผิดชอบ แต่ละทีมประกอบด้วย บุคลากรสายวิชาชีพต่างๆ สำหรับบุคลากรอื่นๆ ที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนงานภายในคลินิก หมอครอบครัวที่ไม่ใช่สายวิชาชีพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ งานด้านการเงิน งานข้อมูล และคอมพิวเตอร์ งานจัดการทั่วไป เป็นต้น จึงได้จัดให้มีบุคลากรสายสนับสนุนตามตารางด้านล่างนี้

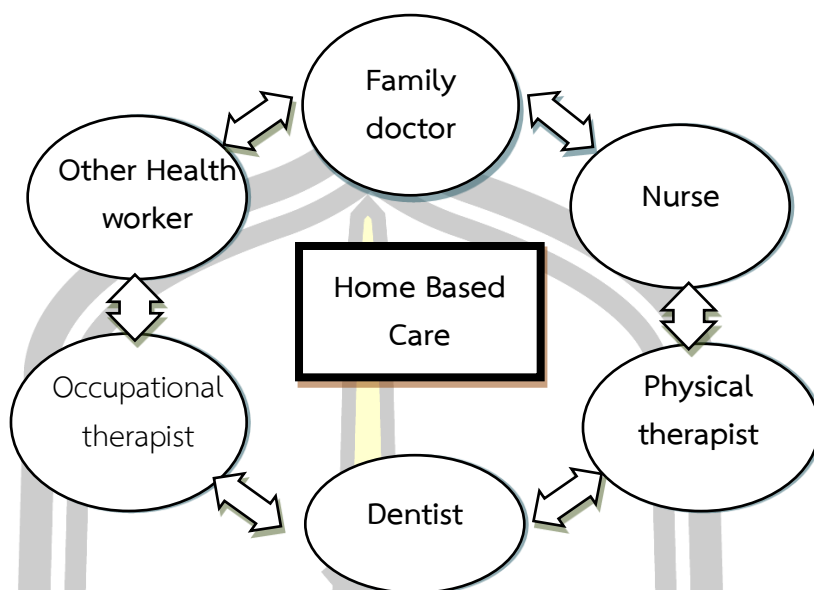
ตาราง 7 จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนในคลินิกหมอครอบครัว

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		สัดส่วน	จำนวน/ 1 ทีม	จำนวนรวม/1 PCC
1	เจ้าหน้าที่ธุรการ	1: 30,000	-	1
2	เจ้าหน้าที่การเงิน	1: 30,000	-	1
3	พนักงานพิมพ์	1: 10,000	1	3
4	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	1: 30,000	-	1
5	แม่บ้าน	1: 10,000	1	3
6	คนงาน	1: 10,000	1	3

หมายเหตุ จำนวนบุคลากรที่แสดงนี้เป็นกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำที่ควรมีใน PCC

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

กรอบอัตรากำลังของบุคลากรที่จัดไว้นี้ ให้เป็นการจัดเพิ่มเติมจากกรอบอัตรากำลังปกติที่มีอยู่เดิม เช่นแพทย์ให้ตำแหน่งอยู่กับ รพ. โดยให้เป็นอยู่ในกรอบอัตรากำลังของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม หรือเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน ให้จัดทำคำสั่งส่งไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่าย เป็นต้น กำหนดให้แพทย์ต้องเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีวุฒิเป็นวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หากไม่มีแพทย์ที่มีวุฒิดังกล่าว สามารถให้แพทย์ที่สนใจเข้าร่วมงานโดยต้องผ่านการอบรมระยะสั้น (Short Course Training) ที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับรองหลักสูตรแล้ว ส่วนบุคลากรอื่นๆ ที่ขาดแคลนให้ทำแผนจัดหาอัตรากำลังเพิ่มเช่นกัน



ภาพประกอบ 8 การดูแลผู้ป่วย Home Base Care โดยทีมสหวิชาชีพ
ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2557)

จากภาพข้างต้นแสดงให้เห็นความเป็นกลุ่มเป็นก้อนของสหวิชาชีพที่มารวมตัวกันโดยมีบ้านและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเปรียบเสมือนทีมสหวิชาชีพสาขาต่างๆ ที่ร่วมกันดูแลคน ในการทำงานเราจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญของทุกคนในทีมผสมกัน คือ ความรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ความรู้ในเรื่องชุมชนที่อยู่อาศัย และความรู้เฉพาะทางของวิชาชีพต่างๆ เทคนิคในการทำให้วิชาชีพกลายเป็นทีมนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะแต่ละคนมีความเก่งเฉพาะตัว จึงต้องมีการจัดวางตำแหน่งในการแสดงบทบาทของแต่ละคนในทีมให้เหมาะสม หลักการสำคัญที่ควรนำไปใช้ คือ

- 1) การดูแลที่ยึด “ผู้ป่วย และครอบครัว” เป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะต้องเริ่มต้นจากการประเมินภาวะความเจ็บป่วย (Illness) เป็นหลักก่อน ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจโดยการประเมินอาการทางคลินิก และความซับซ้อนทางด้านจิตใจ ครอบครัว
- 2) จัดให้ทีมมีส่วนร่วมดูแลรับผิดชอบสุขภาพ โดยมอบบทบาทในการประเมินตามความถนัดเฉพาะด้านของสาขาวิชาชีพนั้นๆ
- 3) จัดทำแผนการดูแลในลักษณะ Skill Mix และทำแผนการดูแลในทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ให้เกิดการดูแลเป็น “คน” ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน หลังจากให้บริการ ควรทำการติดตาม ประเมินผล สถานการณ์ของงาน และสุขภาพของประชาชนเป็นระยะ

2.3.2.13 ผู้จัดการระบบงานภายในคลินิกหมอครอบครัว และผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัวระดับอำเภอ สำหรับการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวที่ประกอบด้วยทีมงานของหน่วยบริการ

ปฏุมภูมิหลายๆหน่วยมารวมกัน จึงจำเป็นต้องกำหนดให้มีผู้ที่มีหน้าที่ในการประสานงาน เพื่อให้เกิดความเรียบร้อยในการจัดการ ควรกำหนดให้มีตำแหน่งต่างๆ ดังนี้

- 1) ผู้จัดการภายในทีม ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานในแต่ละทีม
- 2) ผู้จัดการระบบงานภายในคลินิกหออกรับ (Cluster) ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมต่างๆที่อยู่ภายใน Cluster เดียวกัน และประสานงานกับแม่ข่าย
- 3) ผู้จัดการคลินิกหออกรับในระดับอำเภอ ซึ่งจะทำหน้าที่ประสานงานกับ Cluster ต่างๆที่เป็นลูกข่าย ควรจัดให้มีผู้จัดการนี้ทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอด้วย ผู้จัดการคลินิกหออกรับระดับอำเภอนี้ ทำหน้าที่อำนวยความสะดวก และประสานงานระหว่าง Cluster กับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างราบรื่น โดยบทบาทของผู้ประสานงานดังกล่าว อาจจะเป็นบุคลากรที่อยู่ในหน่วยบริการหน่วยใดๆในกลุ่มก็ได้ขึ้นอยู่กับพิจารณาตามความเหมาะสม และให้เป็นการมอบหมายหน้าที่โดยคณะกรรมการบริหารระดับอำเภอ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) เป็นผู้ประสานนโยบาย มีหน้าที่สำคัญคือการสื่อสารนโยบายจากผู้บริหารสู่ระดับปฏิบัติการ และนำเสนอปัญหาในการปฏิบัติงานจริงให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อแก้ปัญหา หรือปรับนโยบาย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ ดังนั้นผู้ประสานงานจึงต้องเป็นผู้ที่เกาะติด ความเปลี่ยนแปลงของนโยบาย และมองเห็นความ สอดคล้องของนโยบายจากส่วนกลาง และปัญหาสุขภาพจริงในพื้นที่ได้

(2) เป็นผู้ติดตามข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ และความคืบหน้าของ แผนงานต่างๆ รวมถึงการรายงานให้ผู้บริหารทราบด้วย

(3) เป็นผู้แก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับทีม ในกรณีเป็นปัญหาที่เกิดไม่บ่อยอาจเป็นการแก้ปัญหา เฉพาะหน้าเป็นครั้งๆ ไป แต่อาจจะต้องพิจารณาปรับในเชิงระบบ หากเป็นปัญหาที่เกิดซ้ำๆ หลายครั้ง ดังนั้นผู้ประสานงานต้องเป็นผู้เข้าใจระบบต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอ และกลุ่มของตนเป็นอย่างดี

(4) เป็นผู้ประสานสหวิชาชีพ เพื่อให้ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงประสานงานหน่วยงานต่างๆ นอกกระบบสาธารณสุขด้วย

อีกทั้งยังต้องกำหนดวิธีการสื่อสารระหว่างสหสาขา มิเช่นนั้นจะเกิดการดูแคลนไขในลักษณะต่างคนต่างทำ อาจสร้างความสับสนแก่ผู้ป่วย และญาติได้ และก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในทีมสหวิชาชีพได้

2.3.2.14 แนวทางการบริหารจัดการ และการจัดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

การดำเนินงานของคลินิกหออกรับเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้นั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน และทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย/ระบบ

สุขภาพระดับอำเภอ อาจกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลแม่ข่าย/ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นจุดชี้ขาดถึงความสำเร็จของคลินิกหมอครอบครัว ทีมผู้บริหารโรงพยาบาลแม่ข่าย และ CUP Board จึงต้องให้ความสำคัญ และบริหารจัดการรวมถึงกำหนดให้มีโครงสร้าง และมอบหมายหน้าที่ผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัวระดับอำเภออย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดการสนับสนุนการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว

บทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการบริหารจัดการ และสนับสนุนคลินิกหมอครอบครัวสามารถแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ

- 1) ด้านการนำ การกำกับ และการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor)
- 2) ด้านกระบวนการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย (Service Pathway)
- 3) ด้านการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย (Support System)

2.3.2.15 การนำ การกำกับ และการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor)

การนำ และการอภิบาลระบบ ภาพรวมของการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวในแต่ละพื้นที่จะขึ้นกับคณะกรรมการกำกับดูแลนโยบายในระดับอำเภอ (District Health Board) ที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน โดยมีผู้ดำเนินการในระดับที่ลดหลั่นกันมาขึ้นกับบริบทพื้นที่ สามารถแสดงรายละเอียดของกลไกในการจัดการแต่ละระดับได้ ดังนี้

1) คณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board–DHB ประกอบด้วยผู้นำหุ้นส่วนสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำภาคประชาชน ร่วมกันวิเคราะห์ และกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ครบทุกมิติทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ พันฟู และป้องกันโรค สนองนโยบายของเขตสุขภาพ และความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยผ่านนโยบายลงสู่งานบริการปฐมภูมิทาง CUP Board (Contracting Unit of Primary Care Board)

2) CUP Board (Contracting Unit of Primary Care Board) ประกอบด้วยตัวแทนผู้ให้บริการทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ ร่วมกันกำหนด และบริหารแนวทางการจัดบริการโดยประสานงานเรื่องเงื่อนไขการให้บริการ และการสนับสนุนด้านการเงินการคลังกับกองทุนต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง, กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการ DHB คณะกรรมการชุดนี้จะส่งนโยบายให้กับ ผู้จัดการ Primary Care Cluster ไปเป็นผู้ดำเนินการ

3) ผู้จัดการ Primary Care Cluster ระดับอำเภอ เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่บริหารจัดการ และประสานงาน รพ.สต./ศสม. ใน Cluster ทั้งเรื่องคน เงิน ของ ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการของงานปฐมภูมิของ Cluster นั้นๆ เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันการบริหารด้านการเงินการคลัง

มีการจัดการด้านการเงิน โดยมีแผนรับจ่ายราย Cluster ให้โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนบริการต้นทุนเวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และ ต้นทุนบุคลากรให้มีทีมบริหารจัดการในระดับปฐมภูมิ เป็นผู้รับผิดชอบ และมีอำนาจในการตัดสินใจบริหารจัดการโดยจัดทำบัญชีรับจ่ายเสมือนจริง (Virtual Accounts) สำหรับการจัดการงบประมาณปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการจัดสรรอย่างเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ ได้แก่ กองทุนผู้ป่วยนอก (OP) และ/หรือ งบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ในการจัดทำบัญชีรับจ่ายเสมือนจริงนี้ ต้องทำการรวบรวมงบประมาณในระดับปฐมภูมิให้เป็นชุดรวมกัน ทั้งงบผู้ป่วยนอก งบกองทุน PP-Basic Service, บางส่วนของงบประมาณด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ งบประมาณกองทุนแพทย์แผนไทย และงบสนับสนุนโรคเรื้อรังหรืออื่นๆ (ถ้ามี) รวมเข้าเป็นหมวดรายรับ ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดแยกทรัพยากรต่างๆที่จัดสรรให้กับคลินิกหมอครอบครัวแต่ละแห่งซึ่งจะเป็นหมวดรายจ่าย รวมถึงการจัดเก็บรวบรวมยอดผู้ป่วยที่รับ และส่งต่อแยกตามตามความรับผิดชอบของแต่ละ Cluster ด้วย เพื่อนำไปคำนวณเป็นหมวดรายจ่ายของแต่ละ Cluster (รายละเอียดการจัดทำบัญชีรับจ่ายเสมือนจริงอยู่ในภาคผนวก) ในด้านการบริหารงบส่งเสริมป้องกันโรค ได้แก่ PP-Basic Service มอบให้ คปสอ.เป็นผู้บริหารจัดการ PP Area-based และ PP Community มอบให้ District Health Board เป็นผู้บริหารจัดการโรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้องจัดทำแผนการเงิน แสดงทั้งรายรับ-รายจ่าย ดำเนินการบริหารจัดการการเงินในส่วนของงบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ทั้งหมด เพื่อให้มีข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งจะต้องนำไปใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินผล และใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป ในด้านต้นทุนของบุคลากร ให้นำต้นทุนบุคลากรทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินเพิ่มอื่นๆ ของทุกคนที่เข้าปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวมาใช้ในการคำนวณต้นทุน หากมีบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปปฏิบัติงานเป็นการชั่วคราวให้มีการบันทึกเวลาทำงานของบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายตามจำนวนชั่วโมงที่ลงไปปฏิบัติงานเพื่อนำกลับมาใช้เป็นข้อมูลต้นทุนบุคลากรด้วย

2.3.2.16 การกิจด้านการรับส่งต่อในระบบบริการ (Service Pathway) ในการให้บริการจำเป็นต้องมีการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นหน่วยรับส่งต่อที่ใหญ่ที่สุดในแต่ละคลินิกหมอครอบครัวสามารถออกแบบระบบการส่งต่อภายในด้วยตนเองได้ในแต่ละเครือข่าย โดยพิจารณาตามความปลอดภัย ความสะดวก และความเหมาะสมในด้านต่างๆ (ในกรณีที่มีที่ตั้งของหน่วยบริการหลายจุดเกินจำนวนแพทย์ที่มี) เมื่อเกินขีดความสามารถจึงจะส่งต่อเข้าโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการส่งต่อนี้จะถือเป็นสื่อเป็นรายจ่ายของคลินิกหมอครอบครัวแต่ให้เน้นหลักการของความปลอดภัย การเข้าถึงบริการเป็นได้อย่างต่อเนื่อง หากต้นทุนด้านนี้สูงมากทีมบริหารควรพิจารณางานด้านส่งเสริมป้องกัน หรือการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวให้มีศักยภาพในการจัดการต่างๆเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม

2.3.2.17 ด้านการจัดระบบสนับสนุนให้แก่คลินิกหมอครอบครัว สำหรับภารกิจในการบริหารจัดการ และประสานเครือข่ายที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางการดำเนินงานที่สรุปได้พอสังเขป ดังนี้

1) ระบบเวชภัณฑ์ และวัสดุการแพทย์ (Drug & Instrument)

จัดให้มีการจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้มีบัญชียาภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบ จากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

(1) บัญชียา เครือข่ายมีการใช้บัญชียาร่วมกัน สามารถแบ่งบัญชีรายการยาตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่

(2) การกระจาย และการขนส่ง มีการจัดระบบการเบิกจ่ายยา และวัสดุการแพทย์ ควบคุมคุณภาพการขนส่ง โดยเฉพาะระบบ Cold Chain ในการเบิกจ่ายวัคซีน

(3) การนิเทศคลังยา ได้แก่ การตรวจเยี่ยมคลังยา ประเมินคุณภาพในการจัดเก็บยา ประเมินกระบวนการจ่ายยาใน รพ.สต. เป็นต้น

2) ระบบบริการด้านชันสูตรโรค (Lab & Investigation)

มีการจัดระบบบริการด้านชันสูตรโรคในคลินิกหมอครอบครัวตามความจำเป็น เพื่อรองรับบริการที่มีขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ และเป็นการอำนวยความสะดวกต่อผู้รับบริการ แต่ไม่จำเป็นต้องให้การชันสูตรได้เท่าเทียมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถจัดให้มีระบบขนส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อนำไปทำการตรวจชันสูตร โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อความคุ้มค่า และมีการกำกับคุณภาพมาตรฐานในการชันสูตร

3) ระบบการดูแลผู้ป่วยด้านวิชาการ Conference Case

(1) มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเบื้องต้นหรือข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยที่จัดทำโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้มีการดูแลเป็นทิศทางเดียวกัน

(2) การจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นประจำเพื่อให้บุคลากรใน PCC มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ในการพัฒนาวิชาการนั้น นอกจากการจัดอบรมดังกล่าวยังสามารถสอดแทรกความรู้เชิงวิชาการได้ทุกเมื่อ อาจเป็นการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานประจำ (On the Job Training) หรือการจัดประชุม Conference Case รวมถึงการจัดประชุมผู้รับผิดชอบงานซึ่งได้มีการจัดเป็นประจำ

4) ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Information System)

มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ ในรูปแบบ 43 เพิ่มมาตรฐานเชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ: Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยส่งผ่านคลังข้อมูลระดับอำเภอ และจังหวัด ให้ถูกต้อง ทันเวลา น่าเชื่อถือ และ

สามารถนำไปใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ดำเนินการดังนี้

(1) จัดให้มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่าย และมีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ที่มีประสิทธิภาพ ทำหน้าที่เป็น ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพระดับพื้นที่ (ระดับอำเภอ) ต้องมีจำนวนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์เสริมคอมพิวเตอร์ (Computer Accessories) ให้เพียงพอ มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้ และสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อรวบรวม และประมวลผลข้อมูล โดยจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Validation) และส่งให้ทันเวลา

(2) การนำระบบข้อมูลสารสนเทศไปใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ เป็น 2 ส่วนคือ

- ข้อมูลเพื่อการบริหาร เป็นการประมวลผล และสรุปข้อมูลที่สำคัญ เพื่อใช้ในการวางแผนงานการจัดสรรทรัพยากร ด้านต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
- ข้อมูลเพื่อการบริหาร จัดระบบบริการด้านต่างๆ ให้สามารถเข้าถึงบริการ และความครอบคลุม โดยเฉพาะการจัดบริการปฐมภูมิ การรักษาดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยเรื้อรังผู้ป่วยระยะสุดท้าย และใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ในขณะเดียวกัน จะต้องคำนึงถึงสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลด้วย โดยต้องกำหนดลำดับขั้นของผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลผู้ป่วย เพื่อสร้างระบบการรักษาความลับของผู้ป่วยที่รัดกุม

5) ระบบขนส่งภายในเครือข่าย (Logistic System)

เป็นระบบพื้นฐาน ที่ใช้สำหรับการขนส่งทุกอย่างภายใน เครือข่ายอำเภอ ได้แก่ การส่งเวชภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา, วัสดุทางการแพทย์, การส่งเลือด/สิ่งส่งตรวจชั้นสูตรโรค, การรับขยะติดเชื้อกลับเข้าสู่โรงพยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตามในการบริหารจัดการเพื่อให้ครอบคลุมภารกิจงานทั้งหมดจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเหมาะสมทั้งจำนวน และวิชาชีพซึ่งมีความจำเป็นต้องจัดหาให้เพียงพอด้วย

สรุปการดูแลสุขภาพแบบใหม่โดยการแบ่งเขตรับผิดชอบระบบดูแลสุขภาพตามพื้นที่ คลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการกระจายของทีมบุคลากรสาธารณสุขในสหวิชาชีพที่มีความครอบคลุมมากที่สุดในการให้บริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาลที่จะเข้ามารับการรักษา เพราะในปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น รวมถึงความรู้ความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้เกิดการเลือกรับบริการในสถานบริการที่มีคุณภาพ จึงทำให้การสาธารณสุขไทยจำเป็นต้องขยายตัวให้เกิดความทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการตามสถานการณ์ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

2.3.3 แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ District Health System (DHS) กับ คลินิกหมอครอบครัว

2.3.3.1 แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน หลักการทำงานของ DHS คือ UCARE

U= Unity District Health Team การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ Working Relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good Governance)

C= Community Participation การมีส่วนร่วมของเครือข่าย และชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และไม่ทอดทิ้งกัน

A= Appreciation and Quality การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่มุ่งดูตายต่อความทุกข์ของผู้ป่วยการพัฒนาคุณภาพไม่เน้นเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหา และคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ จึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็ง เกิดกำลังใจ เป็นความสุข และทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้า ผู้รับบริการ และประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

R= Resource Sharing and Human Development การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดี และมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ส่วนขาด และเติมเต็มตามสภาพปัญหา และความต้องการทั้งของบุคคล และหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

E= Essential Care การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่สอดคล้องตามบริบท และวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A4C) คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน

(Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นหลักการ และแนวคิดเพื่อพัฒนาระบบโดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ให้ดีขึ้น สำหรับประเทศไทย ใช้พื้นที่ของอำเภอในการดำเนินการ เนื่องจากอำเภอเป็นพื้นที่ที่พอเหมาะ มีทรัพยากร จากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนที่สามารถบูรณาการช่วยกัน ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลประชาชนทุกระดับ ทั้งปฐมภูมิ ทติยภูมิ และสามารถประสานดูแล ส่งต่อระดับตติยภูมิได้ ในด้านการบริหารจัดการมีนายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ เป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่น ท้องที่ และภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอเป็นเป้าหมายร่วม ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ ในปัจจุบัน ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ได้รับการสนับสนุน และมีปัจจัยเอื้อในการดำเนินการ ในหลายส่วนทั้งในรัฐธรรมนูญ นโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้มีการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามแนวทาง “ประชารัฐ” เน้นการส่งเสริม ป้องกันโรคให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนเจ็บป่วย และเน้นการจัดการสุขภาพระดับตำบล และการดูแลซึ่งกันและกันของชุมชน

2.3.3.2 บูรณาการระบบสุขภาพอำเภอกับคลินิกหมอครอบครัว

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) กับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) นั้นเป็นนโยบายที่ต่อเนื่อง และสอดคล้องกัน ระบบสุขภาพอำเภอนั้นมีเป้าหมายให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวในอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขแบบบูรณาการ โดยคณะกรรมการ DHS มีบทบาทในการกำหนดนโยบายเพื่อให้ทั้งอำเภอเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยจุดสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ คือ การพัฒนาให้ระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิภายในอำเภอมีความเข้มแข็ง ทั้งในด้านการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟู และรักษาพยาบาลจนเป็นที่พึงพอใจของประชาชนอย่างใกล้ชิด บ้านใกล้ใจ นโยบายคลินิกหมอครอบครัวจึงเป็นนโยบายที่ต่อยอด และหนุนเสริมระบบสุขภาพอำเภอให้มีความเข้มแข็ง โดยการจัดการให้เกิดทีมหมอครอบครัว และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลประชาชนที่รับผิดชอบในขนาดที่พอเหมาะเพื่อให้เกิดการดูแลเป็นไปตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว และระบบบริการปฐมภูมิ เกิดพลังสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอย่างเห็นผลได้ ขณะเดียวกันจุดปฏิบัติการที่จะทำให้ระบบสุขภาพอำเภอเกิดผลจริง คือระดับพื้นที่ตำบล การทำงานของคลินิกหมอครอบครัวจะเป็นการรวม และร่วมกันจัดการทรัพยากรในการดูแลขนาดประชากรที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละอำเภอ เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพในระดับพื้นที่ปฏิบัติการตามหลัก รวมงาน รวมคน รวมทรัพยากร เพื่อให้การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวสอดคล้องไปกับการ

ขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จึงควรพัฒนาการปฏิบัติงานของคลินิกหมอครอบครัวให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลัก UCCARE ดังนี้

1) Unity Team มีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว ที่ควรเป็นการทำงาน และวางระบบร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นอกจากนั้นยังควรมีการลงทำงานในพื้นที่ ร่วมกัน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา ทั้งในด้านการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ และการทำโครงการต่างๆ ร่วมกับชุมชน

2) Community Focus ในฐานะที่คลินิกหมอครอบครัวอยู่ใกล้ชิดชุมชน ต้องคอยรับฟังความต้องการของประชาชน และนำมาผสมผสานให้สอดคล้องกับงานนโยบาย การทราบถึงความต้องการของประชาชน ทำได้ทั้งในแบบที่เป็นทางการ (การทำประชาคม การจัดประชุมผู้แทนชุมชน) หรือการสำรวจความต้องการอย่างไม่เป็นทางการ (จากการตรวจผู้ป่วยแต่ละวัน การลงเยี่ยมบ้านเพื่อรับฟังความต้องการโดยเฉพาะในกลุ่มคนที่เข้าถึงบริการได้ยาก และคนชายขอบของสังคม)

3) Community Participation คือการเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน คลินิกหมอครอบครัวต้องเชื่อมโยงความต้องการของประชาชน ผสมผสานให้สอดคล้องกับงานนโยบาย และสร้างกระบวนการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการเป็นเจ้าของร่วมของงานสุขภาพ เพราะงานสุขภาพในยุคนี้ เป็นงานที่เกิดจากเหตุปัจจัยอันซับซ้อน การทำงานของภาคสาธารณสุขอย่างเดียวอยากจะประสบความสำเร็จ การที่ชุมชนเข้ามาเป็นเจ้าของ และขับเคลื่อนอย่างจริงจัง ย่อมมีโอกาสก่อให้เกิดความสำเร็จได้มากกว่า แต่กระบวนการเช่นนี้ต้องอาศัยการเป็นที่เล็งของคลินิกหมอครอบครัว โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก

4) Appreciation การชื่นชมกันเป็นกระบวนการขับเคลื่อนการทำงานมิใช่การยกยอกัน แต่เป็นการชื่นชมอย่างจริงใจ ในคุณค่าที่แต่ละคน แต่ละวิชาชีพมีไม่เหมือนกัน และนำมาเติมเต็มซึ่งกันและกัน ชื่นชมการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา แม้ในระยะแรกอาจจะยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมก็ตาม สิ่งที่สำคัญควบคู่การชื่นชมกันคือการเรียนรู้ร่วมกัน เพราะจะทำให้เราเห็นจุดเด่นของเพื่อนร่วมงาน ที่จะช่วยเติมเต็มกันได้

5) Resource Sharing ทรัพยากรในระดับอำเภอนั้นหากมองเพียงงบประมาณจากราชการ ก็จะเห็นว่าไม่มาก แต่หากทีมคลินิกหมอครอบครัวมองเห็นทรัพยากรที่ซ่อนอยู่ในชุมชนทั้งระดับตำบล และระดับอำเภอ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ ที่มีจิตอาสาพร้อมแรงร่วมใจโดยไม่หวังเงินทองเป็นตัวตั้ง ทรัพยากรความรู้จากสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กร และปราชญ์ชาวบ้าน ทรัพยากรทุนที่อาจจะระดมได้จากชุมชน และการบูรณาการนโยบายของส่วนราชการ หากทำเช่นนี้ได้ โดยมีจุดร่วมจุดเน้นเดียวกัน ย่อมก่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ซิด ไม่ใช่ทุนเป็นเบี้ยหัวแตกที่ไม่เห็นผลเป็นชิ้นเป็นอัน

6) Essential Care คือการเน้นไปที่บริการหรือเป็นความต้องการของประชาชนจริงๆ บริการเช่นนี้บางครั้งเป็นบริการเดิมที่มีอยู่แล้ว แต่ต้องการทำให้ดีขึ้น สะดวกขึ้น หรืออาจจะเป็นบริการใหม่ซึ่งยังไม่เคยมีเลย การทำให้บริการที่สำคัญเช่นนี้เกิดภาพชัด เห็นผลจริง มักจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมาก ท่วมเทแรงกายแรงใจ และความร่วมมือของทุกฝ่ายในทุกระดับ จึงอาจจะต้องเน้นปีละเพียง 1-2 เรื่องที่เป็นเรื่องเด่นของปีนั้น ซึ่งเป็นที่มาของการทำงานลักษณะ ODOP (One District One Project) เป็นโครงการที่เน้นคุณภาพที่แท้จริงแก่ประชาชน

2.3.3.3 แนวทางการบูรณาการ และบทบาทสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ และ DHB ในการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัว

1) วางแผนระยะยาวเพื่อให้เกิดคลินิกหมอครอบครัว และทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกคนที่อยู่ในอำเภอตามแผนแม่บท และนโยบายคลินิกหมอครอบครัว โดยตั้งเป้าหมายว่าประชาชนทุกคนในประเทศไทยมีคลินิกหมอครอบครัวดูแล ภายในปี 2569

2) สนับสนุนให้เกิดการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศสม. หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ทั้งในด้านแพทย์ และการสาธารณสุข รวมถึงการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดคลินิกหมอครอบครัวที่มีคุณภาพ

3) กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานในแต่ละระดับ ได้แก่ ผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัว ระดับอำเภอ หรือผู้ประสานงานภายในคลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น

4) วางแนวทางการสนับสนุนงบประมาณในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัว

5) กำหนดแนวทางการบริหารจัดการภายในอำเภอ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดูแลให้มีการพัฒนาระบบการจัดการสิ่งสนับสนุนต่างๆ ได้แก่ ระบบยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์รวมถึงการชันสูตรเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลประชาชนภายในคลินิกหมอครอบครัว

6) วางแนวทางร่วมกันในระดับอำเภอเพื่อให้เกิดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนร่วมกันทั้งในระดับอำเภอ และตามสภาพปัญหาชุมชนที่คลินิกหมอครอบครัวรับผิดชอบ

7) สนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนทั้งด้านการดูแลรักษา และการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนที่คลินิกหมอครอบครัวรับผิดชอบ

2.3.3.4 การพัฒนาระบบสุขภาพที่ระดับอำเภอ

1) สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหาความต้องการ และ ความจำเป็นในพื้นที่ (Local Needs) โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการ พัฒนาทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม

2) สามารถประสานงาน และกระจายทรัพยากรในส่วนบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการ และใช้ประโยชน์ ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุม และเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

3) สามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการ สุขภาพ และสังคมได้อย่างเป็นระบบ

2.3.3.5 หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ Working Relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good Governance)

2) การมีส่วนร่วมของเครือข่าย และชุมชน (Community Participation) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพ เพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และไม่ทอดทิ้งกัน

3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่มุ่งดูตายต่อความทุกข์ ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหา และคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วย จึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็ง เกิดกำลังใจ เป็นความสุข และทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้า ขณะเดียวกันผู้รับบริการ และประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากร มาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดี และมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากร ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ส่วนขาด และเติมเต็มตามสภาพปัญหา และความต้องการทั้งของบุคคล และหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) เน้นการ จัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตาม บริบท และวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้าน การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A 4C) คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

สรุปการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health Board: DHB เป็นระบบการดำเนินงานในเชิงบูรณาการ การทำงานด้านสุขภาพในทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ซึ่งทำให้เกิดการทำงานแบบภาคีเครือข่าย สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติทางสังคม เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และครอบครัว ส่งผลให้เกิดการดูแลคน และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ โดยได้มีผู้ศึกษาได้ให้ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีไว้ ดังนี้

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation)

ในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ณ องค์การสหประชาชาติ เมื่อปี ค.ศ. 1975 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นคำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้ เพราะความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็ตาม ดังนั้น การนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่งๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมประเด็นดังนี้ (กรมอนามัย, 2550)

ประเด็นที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชน และของสังคมได้ร่วมกิจกรรมซึ่งนำไปสู่กระบวนการพัฒนา และเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าร่วมเกี่ยวข้องโดยสมัครใจ และเป็นประชาธิปไตยในกรณีดังนี้ คือ การเอื้อให้เกิดการพัฒนา การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน และการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย นโยบาย และการวางแผนดำเนินการโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคม

ประเด็นที่ 3 การมีส่วนร่วมเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างประชาชน และทรัพยากรเพื่อพัฒนา กับ ประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุนดังกล่าว กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ตัดสินใจไม่ว่าระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติจะช่วยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้รับ

ประเด็นที่ 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแตกต่างกันไปตามสภาพเศรษฐกิจของ ประเทศนโยบาย และโครงสร้างการบริหาร รวมทั้งลักษณะเศรษฐกิจ สังคมของประชากร การมีส่วน ร่วมของประชาชน มิได้เป็นเพียงเทคนิควิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิด กระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน

องค์การสหประชาชาติ (1981) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน และสมาชิกในสังคมที่กว้างกว่าสามารถเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยเหลือ และเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนารวมทั้งมีส่วนได้รับ ประโยชน์จากผลของการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกัน

สถาบันพระปกเกล้า (2550) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้ ประชาชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการพัฒนา ทั้งในการแก้ไขปัญหา และป้องกันปัญหาโดยเปิด โอกาสให้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมวางแผน ตัดสินใจ และปฏิบัติตามแผน ร่วมตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ ร่วมติดตามประเมินผล และรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมี ผลกระทบถึงประชาชน ชุมชน และเครือข่ายทุกรูปแบบในพื้นที่

นิรันทร จงวุฒิเวศย์ (2550) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปเกี่ยวข้องกับ ทางความคิด จิตใจ อารมณ์ และทางกาย การมีส่วนร่วมมีมากกว่าการเป็นส่วนหนึ่ง การมีส่วน ร่วมมีความหมายในเชิงปริมาณ และคุณภาพ ครอบคลุมทั้งมิติด้านความสามารถเวลา และโอกาสที่ จะมีมีส่วนร่วม และเป็นการกระทำจึงมีทั้งผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำหรือผู้รับผล และสาธารณชน ผู้เป็น บริบทของการกระทำ (จงบวรพรณ ศรีคำ, 2554 อ้างใน นิรันทร จงวุฒิเวศย์. แนวคิดแนวทางการ พัฒนาชุมชน. กรุงเทพมหานคร ; การการพัฒนาชุมชน, 2550)

อรพินท์ สพอโชคชัย (2550) การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมทักษะ ร่วมเสนอปัญหา/ ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทาง ร่วมแก้ปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วม กระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา (อรพินท์ สพอโชคชัย, 2550) หลักการบริหารราชการ แบบมีส่วนร่วม. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2559 จาก <http://www.opdc.go.th/>

ดังนั้นจึงสรุปความหมายของการมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย ได้ร่วมกันคิด วางแผน การตัดสินใจ การดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบ และประเมินผลในกิจกรรม

ชุมชนของตน เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนา แก้ไขปัญหาในชุมชนโดยให้ชุมชนเพื่อชุมชน โดยอำนาจการตัดสินใจที่เท่าเทียมกัน จึงจะทำให้เกิดความยั่งยืน

2.4.2 ลักษณะ และความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นทั้งกระบวนการกิจกรรม และแนวทางสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และเกื้อกูลให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้านแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้นเป็นองค์รวม ที่มาจากส่วนประกอบหลายๆ ประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ยับยั้ง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการปรับปรุงสังคมด้านต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และอื่นๆ โดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจรัฐ มาสู่ประชาชน ให้มีพลังที่จะดูแลสุขภาพ และการจัดการชุมชนของตนเองอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ และความเป็นไปได้ในแต่ละท้องถิ่นโดยคำนึงถึง ระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่แตกต่างกันของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนอย่างเต็มที่ โดยจากการประชุมแพทยสภาในปี 2542 ได้กล่าวถึงความสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 3 ประการ ดังนี้ (อรรวรรณ แผนคง, 2551)

2.4.2.1 การสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชนในการควบคุมปัจจัย ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะความเข้มแข็งของประชาชน และชุมชน จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

2.4.2.2 การจัดบริการในชุมชน เป็นการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ ให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมได้มากยิ่งขึ้น และมากที่สุด

2.4.2.3 การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพที่จะมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ บทบาทของประชาชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และชุมชนโดยประชาชนจะเห็นคุณค่ารักษาไว้ และการเป็นเจ้าของสุขภาพจึงจะเกิดความยั่งยืน

โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980. อ้างอิงจาก เอกไชย นวลยัง, 2554) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น การตัดสินใจ (Decision Making) การดำเนินการ (Implementation) ผลประโยชน์ (Benefits) และการประเมินผล (Evaluation) ตามรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ: ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำก็คือ การกำหนดความต้องการ และการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบาย และประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ

ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน: จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงาน และประสานงาน การให้ความช่วยเหลือด้านแรงงานหรือข้อมูล เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์: ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นั้น จากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดขึ้นในทางลบ ที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ และเป็นโทษต่อบุคคล และสังคม

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล: การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกต ก็คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

นอกจากนี้ ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) ได้การจำแนกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมตามแนวดังกล่าวการมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นน่าจะมี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา: ขั้นตอนนี้เป็นส่วนแรกที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าชาวบ้านยังไม่สามารถเข้าใจปัญหา และค้นหาสาเหตุของปัญหาด้วยตนเองได้ กิจกรรมต่างๆ ที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะจะขาดความเข้าใจ และมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น แต่อาจมองปัญหาไม่ได้เด่นชัด เจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาจึงเสมือนกระจกเงาผู้คอยสะท้อนภาพให้ชุมชนมองเห็น และวิเคราะห์ปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม: การวางแผนการดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนต่อไปที่ขาดไม่ได้ หากเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาต้องการแต่ผลงานการพัฒนาให้เสร็จสิ้นโดยฉับไว ก็จะดำเนินการวางแผนงานด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนจะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหาพัฒนาประสบการณ์ของตนเอง และสามารถวางแผนได้ด้วยตนเองในที่สุด

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการลงทุน และการปฏิบัติงาน: ชุมชนมีทรัพยากรที่สามารถลงทุน และปฏิบัติงานได้ เพราะจากประสบการณ์การทำงานในชนบท อย่างน้อยก็มีแรงงานของตนเองเป็นขั้นต่ำสุดที่จะเข้าร่วมได้ และในหลายๆ แห่งก็สามารถที่จะร่วมลงทุนในกิจกรรมหลายๆ ประเภทได้ การร่วมลงทุน และปฏิบัติงานจะทำให้ชุมชนรู้จักคิดต้นทุนให้กับตนเองในการดำเนินงาน และจะระมัดระวังรักษากิจกรรมที่ทำขึ้นเพราะจะมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของซึ่งต่างไปจากสภาพที่การลงทุน และการปฏิบัติงานทั้งหมดมาจากปัจจัยภายนอกจะมีอะไรเสียหายก็ไม่เดือดร้อนมากนัก และการบำรุงรักษาจะไม่เกิดขึ้นเพราะรู้สึกว่าจะไม่ใช่ชุมชน นอกจากนั้นการร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเอง

ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถจะดำเนินกิจกรรมชนิดนั้นด้วยตนเองต่อไปได้

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลงาน: ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งอีกเหมือนกัน เพราะถ้าหากการติดตาม และการประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนแต่เป็นการดำเนินการโดยบุคคลภายนอก ชุมชนก็ไม่สามารถทราบว่าจะทำไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์อย่างไรหรือไม่ ถึงแม้ว่าจะมีผู้โต้แย้งว่าการประเมินที่เที่ยงธรรมที่สุดน่าจะมาจากบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้าคิดถึงจุดมุ่งหมายของการพัฒนาที่มุ่งจะพัฒนาคน การคำนึงถึงแต่ความเที่ยงธรรมอาจจะไร้ประโยชน์ การผสมผสานระหว่างคนภายนอกกับชุมชนน่าจะเกิดประโยชน์ตามวัตถุประสงค์มากกว่าเพราะนอกจากจะเป็นการประเมินแล้วยังแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในกระบวนการประเมิน และเป็นกรเผยแพร่กิจกรรมออกไปสู่ชุมชนอื่นๆ

จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมข้างต้น พอจะสรุปได้ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนได้ร่วมกันเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาสำคัญ และการตัดสินใจเลือกปัญหาร่วมกัน พร้อมกำหนดรูปแบบในการแก้ไข้ปัญหา

2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดำเนินงาน หมายถึง ประชาชนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียผู้ที่เกี่ยวข้องในปัญหา สามารถวางแผนการดำเนินงานเพื่อจัดการแก้ไข้ปัญหา โดยทุกคนมีหน้าที่ของตนเองในการแก้ไข้ปัญหาดังกล่าว พร้อมร่วมกันลงมือกระทำตามแผนที่วางไว้

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมายถึง การที่ประชาชนได้มีการวางแผน และมีการดำเนินกิจกรรมโครงการตามแผน หรือรูปแบบที่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน รวมไปถึงการร่วมเสียสละแรงงาน ทุนทรัพย์ หรืออุปกรณ์อื่นๆ เพื่อให้รู้สึกว่าเป็นเจ้าของแผนงาน

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง การที่ประชาชนได้ร่วมกันควบคุม ติดตามความก้าวหน้า ความสำเร็จของแผนกิจกรรม รวมทั้งติดตามปัญหา อุปสรรค เสนอความคิดเห็นในการปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป

2.4.3 ระดับของการมีส่วนร่วม

การแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมสามารถแยกได้ตามระดับความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมตามแนวคิดสมาคมสาธารณสุขของอเมริกา ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมนั้นไม่ได้มีความแปรเปลี่ยนเฉพาะชนิด (Kinds) และปริมาณของกิจกรรมที่กระทำเท่านั้น แต่ยังมี ความแปรเปลี่ยนในระดับความเข้ม (Degree) ในการเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการริเริ่ม และวางแผนกิจกรรม ดังนั้นพิสัยของการมีส่วนร่วมอาจจะมีตั้งแต่ระดับการยอมรับบริการที่จัดไว้ให้แล้วไปจนถึงการรวมกลุ่มเพื่อตัดสินใจ

และริเริ่มโครงการพัฒนาเอง ซึ่งระดับความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม หรือระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของสมาคมสาธารณสุขของอเมริกัน อาจจำแนกได้ 3 ระดับ คือ

2.4.3.1 ระดับการตัดสินใจ (Decision Making) ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตัวของเขาเอง (Level of Responsibility by Themselves)

2.4.3.2 ระดับการร่วมมือ (Cooperation) ในระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่ม โดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความเสียสละจากประชาชน ในด้านเวลา ทรัพยากร และแรงงาน เพื่อช่วยให้โครงการประสบผลสำเร็จ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ถือว่าการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (Acceptable Level of Participation)

2.4.3.3 ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับ และใช้ประโยชน์จากบริการที่ได้วางโครงการไว้ให้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น ส่วนความคิดของอาร์นสไตน์ (Shery R. Arnstein, 1969) นั้น เห็นว่าการมีส่วนร่วมมีลักษณะเป็นรูปของบันไดการมีส่วนร่วม (Participation ladder) 8 ขั้นของอาร์นสไตน์ (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543) ในขั้นต่ำของบันไดคือขั้นถูกจัดกระทำ และขั้นที่สองคือขั้นชี้แจงนั้น เรียกว่า การมีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วม เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการตัดสินใจในกรณีนี้ จะมีกลุ่มบุคคลจำนวนน้อยที่อยู่ในอำนาจเท่านั้นทำหน้าที่ตัดสินใจ โดยไม่มีการพูดถึงเนื้อหาวิธีการของการตัดสินใจหรือตำแหน่ง และอำนาจหน้าที่ของผู้มีอำนาจตัดสินใจนั้น ขั้นที่สองนี้สร้างขึ้นมาเพื่อที่จะทดแทนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของสองขั้นนี้ไม่ใช่เป็นการทำให้ประชาชนเข้าถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือควบคุมโครงการ แต่จะช่วยให้ผู้กุมอำนาจอยู่ดำเนินการให้การศึกษา (Educate) หรือการชี้แจงแก่ผู้ที่เข้ามาร่วม บันไดขั้นที่ 3 ถึง 5 ก้าวหน้าถึงระดับที่เรียกว่าการมีส่วนร่วมแบบพิธีกรรมหรือการมีส่วนร่วมบางส่วน โดยขั้นที่ 3 ขั้นให้ข้อมูลข่าวสาร และขั้นที่ 4 ขั้นปรึกษาหารืออื่น ความเห็นหรือข้อคิดของประชาชนได้รับการรับฟังจากผู้กุมอำนาจอยู่มากขึ้น แต่ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้พวกเขาไม่มีอำนาจที่จะรับประกันได้ว่า ความคิดเป็นของพวกเขาจะได้รับการเอาใจใส่จากผู้มีอำนาจเต็ม เมื่อการมีส่วนร่วมถูกจำกัดอยู่ที่ระดับเหล่านี้ จึงไม่มีทางที่จะทำการเปลี่ยนแปลงสภาพตามข้อเรียกร้องของผู้มีส่วนร่วมบางส่วนนี้ คือ ยอมให้คนไร้อำนาจ (Have-nots) ให้คำแนะนำได้ แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งสิทธิในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจต่อไป

บันไดลำดับสูงขึ้นไปเป็นระดับที่เรียกว่า อำนาจเป็นของประชาชนซึ่งเพิ่มระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าไปสู่ขั้นที่ 6 ขั้นเป็นหุ้นส่วน ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าร่วมในการเจรจาเพื่อผลได้ผลเสีย (Trade-offs) กับผู้มีอำนาจดั้งเดิม ส่วนในขั้นที่ 7 ขั้นใช้อำนาจผ่านตัวแทน และขั้นที่ 8 ขั้นควบคุม โดยประชาชนเป็นการใช้อำนาจตัดสินใจของประชาชนโดยผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของอาร์นสไตน์ มองความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมในแง่ของการมีอำนาจในการตัดสินใจของประชาชน ซึ่งมีพีสัยของความเข้มตั้งแต่การไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเลยไปจนถึงการมีอำนาจในการตัดสินใจอย่างเต็มที่

แนวคิดการมีส่วนร่วมที่แสดงให้เห็นความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมที่สำคัญอีกแนวหนึ่งคือการมีส่วนร่วมที่แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ตามลักษณะของการปฏิบัติการ ลักษณะทั้ง 4 ประเภทนี้ไม่ได้เป็นอิสระจากกัน ยังมีความคาบเกี่ยว และต่อเนื่องกัน การจำแนกลักษณะนี้ทั้ง 4 ประเภทได้แก่

ประเภทที่ 1 การมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive Participation) ทั้งนี้เป็นขั้นเริ่มแรก ซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการยอมรับ (Accepting) หรือการเพิ่ม (Gaining) การเข้าถึงผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมหรือการช่วยเหลือปัจจัยการดำรงชีวิตเฉพาะหน้าบางประการ สำหรับผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนาซึ่งอาจจะหมายถึงบริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกเฉพาะซึ่งไม่เคยมีมาก่อนหรือหมายถึงการปรับปรุงหรือการแนะนำรูปแบบการผลิตตามแนวทางเศรษฐกิจใหม่

ประเภทที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนการถูกกระทำ (Passive / Reflective Participation) การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นส่วนต่อเนื่องจากประเภทที่หนึ่ง โดยถือว่าการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมทางการศึกษาบางประการที่สามารถช่วยให้ประชาชนเข้าใจสาเหตุของสภาพการณ์ต่างๆ

ประเภทที่ 3 การมีส่วนร่วมแบบกระตือรือร้น (Active Participation) การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 3 นี้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับองค์กรหรือบุคคลระดับพื้นฐาน (Grass Roots) ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์จากโครงการหรือทำการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับกว้างๆ จากกลุ่มอื่นๆ ทั่วๆ ไปที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ของสังคม นอกเหนือไปจากกลุ่มผลประโยชน์เอง โดยปกติแล้วการมีส่วนร่วมในมิตินี้รวมไปถึงองค์กรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว และมีขอบข่ายที่ขยายความครอบคลุมไปถึงกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบด้วย

ประเภทที่ 4 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนความกระตือรือร้น (Active / Reflective Participation) ขั้นนี้เสริมต่อจากขั้นการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นเป็นการสะท้อนหรือการประเมินเกี่ยวกับข้อจำกัด และทางเลือกต่างๆ ของโครงการภายใต้บริบทระดับชาติ ภายใต้เงื่อนไขเดิมของโครงการที่มีอยู่ โดยปกติจะรวมถึงการออกแบบการก่อรูปหรือการประเมินเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ทางเลือกของโครงการพัฒนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะความจำเพาะของโครงการ และลักษณะทั่วไปของสังคมที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมโดยเน้นการเข้าร่วมตั้งแต่การศึกษา ตัดสินใจไปจนถึงการประเมิน และควบคุม จะเห็นว่าแนวคิดการมีส่วนร่วมนี้ มองความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมว่ามีพีสัยตั้งแต่การมีส่วนร่วมแบบเป็นฝ่ายถูกกระทำ ไปจนถึงการเป็นผู้กระทำโดยตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับระดับความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมที่เสนอมานี้ทั้งหมดนี้จะเห็นว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคลกลุ่มหนึ่งหรือสองกลุ่มขึ้นไปมีอิทธิพลต่อกัน และกันในการจัดทำ

แผนการกำหนดนโยบาย และการตัดสินใจ โดยในการวัดความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม สามารถวัดได้จากปริมาณของอิทธิพลของกลุ่มบุคคลผู้เข้าไปร่วมกิจกรรมที่มีต่อบุคคลอื่น และแนวคิดที่มองการมีส่วนร่วมในลักษณะปริมาณอิทธิพลที่บุคคล มีต่อการตัดสินใจนั้นเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพในการวัดการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระดับความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม หรือ ปริมาณอิทธิพลที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่นนี้ มีการจำแนกหลายแบบ แบบที่จำแนกประเภทละเอียด เช่นแบบของอาร์นสไตน์ วัดได้ครอบคลุมแต่ทำได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากการมีส่วนร่วมในแต่ละระดับคาบเกี่ยวกัน เพื่อให้ผลในทางปฏิบัติ ควรกำหนดกรอบระดับความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม กว้างๆ เป็น 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมเทียม (Pseudo-participation) หรือการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive Participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจใดๆ ในการตัดสินใจแต่เป็นฝ่ายกระทำตามการตัดสินใจของบุคคลอื่นเท่านั้น

ระดับที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมบางส่วน (Partial Participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ ผู้เข้าร่วมมีส่วนในการเสนอความคิดเห็นแต่อำนาจในการตัดสินใจอยู่ที่บุคคลอื่น

ระดับที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ความคิดเห็นของบุคคลที่เข้าร่วมได้รับการรับฟัง และยอมรับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจ การตัดสินใจอยู่ที่ผู้เข้าร่วมนั่นเอง (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543)

2.4.4 การส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของประชาชนมิใช่เป็นแค่การปรับหลักการพัฒนาที่เป็นอยู่แต่หมายถึง ทางเลือกของการพัฒนา (Alternative Development) อันเป็นคุณภาพใหม่ทางยุทธศาสตร์อีกชั้นหนึ่ง ซึ่งทางเลือกของการพัฒนามีพื้นฐานที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) กลไกการพัฒนาเคลื่อนย้ายจากรัฐสู่ประชาชน โดยประชาชนมีบทบาทหลักในการพัฒนา 2) เป้าหมายการพัฒนา คือ การพัฒนาขีดความสามารถเพื่อพึ่งตนเอง และพัฒนาตนเอง มีใช้พึ่งพารัฐหรือองค์กรพัฒนาภายนอก และ 3) กระบวนการพัฒนายึดหลักจากล่างสู่บนมากกว่าบนสู่ล่าง (สมประสงค์ วิทย์เกียรติ, 2545 อังไฉน กฤษยาภัสสร ชาวประทุมทิพย์, 2556)

โดยเหตุที่สภาพปัญหาของเศรษฐกิจ และสังคมมีความสลับซับซ้อน ฉะนั้นในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งโอกาสให้คนในครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ทั้งใน และนอกระบบโรงเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีแนวทางการพัฒนาหลัก ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2555)

2.4.4.1 ส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาในทุกระดับมากขึ้น โดยการกระจายอำนาจทางการศึกษาให้ชุมชนสามารถกำหนดรายละเอียดของหลักสูตรให้สอดคล้องกับสภาพ

ความพร้อม และความต้องการของแต่ละท้องถิ่นภายใต้การกำหนดโครงสร้าง และมาตรฐานทางคุณภาพของหน่วยงานภาครัฐอย่างเป็นระบบ

2.4.4.2 ปรับปรุงหลักสูตร ตำรา และอุปกรณ์การเรียนการสอนต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตของชุมชน ควบคู่การปลูกฝังให้เกิดความภาคภูมิใจ และรักท้องถิ่นของตน และการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมสากล เช่น ความรู้ในภาษาต่างประเทศ ความรู้เรื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

2.4.4.3 สอดคล้องเรื่องความรู้เรื่องครอบครัวศึกษา และการเสริมสร้างทักษะชีวิตในหลักสูตรการเรียนการสอนทุกระดับ โดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา รวมทั้งการพัฒนาครูให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างถูกต้อง และสามารถถ่ายทอดความรู้ในวงกว้างได้

2.4.4.4 การส่งเสริมการวิจัย พัฒนา และเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรม และประเพณีอันดีงามเพื่อสร้างศักยภาพความเข้มแข็งของครอบครัว และชุมชน

2.4.4.5 จัดเครือข่ายระดับชาติด้านวิชาการที่มีการทำงานเป็นอิสระ โดยระดมความร่วมมือจากนักวิชาการ และสถาบันต่างๆ ในการประสานแลกเปลี่ยนข้อมูล พัฒนาความรู้ และให้มีการเผยแพร่ผลงาน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์อย่างจริงจังในการกำหนดนโยบาย และการปฏิบัติ

2.4.4.6 ส่งเสริมให้มีการนำเอาศักยภาพของผู้ป่วยที่มีความรู้ และประสบการณ์ด้านต่างๆ มาใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมร่วมกัน

2.4.4.7 สนับสนุนการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างคนในชุมชนเดียวกัน และระหว่างองค์กรชุมชนด้วยกันในรูปแบบ โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือปราชญ์ชาวบ้านที่มีอยู่ และมีการรับรองวิทยฐานะของการเรียนรู้ดังกล่าว

2.4.4.8 ส่งเสริมการดำเนินงานในลักษณะวิทยาลัยประชาคมทำหน้าที่จัดการศึกษา และฝึกอาชีพแก่ประชาชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลายตามความสนใจ และความถนัด โดยจำกัดพื้นฐานความรู้

2.4.4.9 ส่งเสริมให้องค์กรทางสังคมทุกฝ่าย เช่น สถาบันครอบครัว สถาบันทางศาสนา สื่อมวลชน สถาบันการศึกษาทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ฯลฯ เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของบ้าน วัด โรงเรียน

2.4.4.10 ให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการรวมตัวของชุมชนทั้งในสิทธิ หน้าที่ บทบาทขององค์กรชุมชน รวมทั้งทักษะในการพัฒนาองค์กรให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การบริหารจัดการองค์กร การสร้างจิตสำนึกในการเป็นเจ้าของชุมชน และการบำรุงรักษาสาธารณสมบัติ และศิลปวัฒนธรรมของชุมชน เป็นต้น

2.4.4.11 สนับสนุนให้เกิดการรวมตัวของชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการรวมตัวโดยสมัครใจในแต่ละพื้นที่มากกว่าขึ้นมาจากภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวมตัวเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมของชุมชน และการรวมตัวของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมนั้นจำเป็นต้องใช้หลักในการให้ประชาชนในทุกภาคส่วนได้มีส่วนในการแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน ตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง รวมถึงสอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ ด้วย

2.4.5 แนวคิดกระบวนการ A-I-C

A-I-C คือ กระบวนการประชุมที่มีวิธีการ และขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัดความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่ต้องการต่างๆ เป็นกระบวนการประชุมที่ระดมสมองเพื่อการพัฒนาความคิดในเชิงสร้างสรรค์ผลงานที่ได้จากการประชุมจะมาจากความคิดของผู้ร่วมประชุมทุกคน แนวคิดของกระบวนการ A-I-C ได้มาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยยึดหลักว่ามนุษย์มีพลังอยู่ 3 อย่าง คือ พลังความรัก พลังความคิด และการมีพลังปฏิสัมพันธ์ การผสมผสาน และพลังความพยายาม และการควบคุมจัดการ พลังสร้างสรรค์เหล่านี้มีอยู่ภายในตัวบุคคล องค์กร ชุมชน และสังคม หากรู้จักวิธีระดมพลังสร้างสรรค์เหล่านี้ออกมาใช้ จะเกิดประโยชน์มากมาย มหาศาล (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541) ซึ่งมีความหมายดังนี้ คือ

1) พลังความรัก และความซาบซึ้ง (Appreciation) คือ มีความรักความเมตตาปรารถนาดี เป็นมิตร ซาบซึ้งในคุณค่า รับรู้เข้าใจ ใส่ใจ ต่อสรรพสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นบุคคล องค์กร ชุมชน สังคม ธรรมชาติทรัพยากรวัตถุสิ่งของเหตุการณ์ และอื่นๆ

2) พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่มความคิด สร้างสรรค์การวิเคราะห์สังเคราะห์การใช้ปัญญา โดยเน้นที่การคิดร่วมกันแลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ ผสมผสานด้วยความเป็นมิตรให้เกียรติเคารพซึ่งกันและกัน

3) พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control) คือ การมุ่งมั่น ผูกพัน และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจซึ่งอยู่ในความดูแลของตนเองให้ดำเนินการไปด้วยดี รวมถึงการรู้จักวางแผน จัดสรร ทรัพยากร สร้างความเข้าใจ สร้างความร่วมมือประสานงาน ติดตามประเมินผล และการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

วิธีการของ A-I-C

กระบวนการ A-I-C มีวิธีดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 (A = Appreciation) คือการทำให้ทุกคนให้การยอมรับ และชื่นชมคนอื่น ไม่แสดง อากาการต่อต้านวิพากษ์วิจารณ์กระบวนการนี้ทุกคนมีโอกาสแสดงออกเท่าเทียมกันด้วยศักยภาพ ทำให้ทุกคนมีโอกาสใช้ข้อเท็จจริงความรู้สึกเหตุการณ์แสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามความ

เป็นจริง เมื่อทุกคนได้แสดงออกโดยได้รับการยอมรับจากผู้อื่น จะทำให้ทุกคนมีความรู้สึกที่ดี มีความสุขอบอุ่น เกิดพลังขึ้น ในขณะที่มาประชุมร่วมกันในช่วงของการแสดงออก แต่ละคนอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตของชุมชนว่าเป็นอย่างไร เป็นการใช้จ่ายเงินที่ไมถูกจำกัดด้วยปัจจัยหรือสถานการณ์ปัจจุบัน จึงทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มองการณ์ไกล ซึ่งเงินจากการดังกล่าวช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ของแต่ละคน เมื่อรวมกันยังมีพลังมากขึ้น กลายเป็นวิสัยทัศน์ร่วมกัน มีความปรารถนา ร่วมกันของชุมชน

ขั้นที่ 2 (I = Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่ มาช่วยกัน กำหนดวิธีการหรือยุทธศาสตร์ที่จำทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกัน เมื่อได้วิธีการที่ได้เสนอแนะมาจัดหมวดหมู่ พิจารณาเลือกวิธีการสำคัญที่คิดว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ

ขั้นที่ 3 (C = Control) คือ การนำวิธีการสำคัญที่กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) อย่างละเอียดว่าทำอะไร มีหลักการสำคัญอย่างไร มีเป้าหมายอย่างไร ใครรับผิดชอบ ใครต้องให้ความร่วมมือใช้งบประมาณเท่าไร จากแหล่งใด ในขั้นนี้ สมาชิกในกลุ่มจะเลือกกว่าสมัครใจ รับผิดชอบเรื่องใด เพื่อเป็นการกำหนดข้อผูกพันให้ตนเอง ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกันของกลุ่ม

ดังนั้น ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้จึงได้นำขั้นตอนการวางแผนงานตามกระบวนการ A-I-C ประกอบด้วย 1. เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริง ขั้นตอนนี้ เป็นการเริ่มให้ทบทวน ระบายอารมณ์ ความคิด มีศิลปะ มีสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่เคร่งเครียด 2. การสร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต ขั้นตอนนี้ เป็นมติที่ทุกคนเข้าใจความเป็นมา และคาดหวัง มีความประสงค์ร่วมกันตั้งแต่ต้น เริ่มมีพลัง 3. คิดหากลวิธี ขั้นตอนนี้ ทุกคนได้แสดงพลัง ประสบการณ์ มีส่วนร่วม หากความคิดของตนมีเหตุผล ได้รับการยอมรับ จะเกิดความภูมิใจ ถ้าของผู้อื่นดีกว่า ก็ยอมรับกัน งานนี้จะเป็นของทุกคนตั้งแต่ต้น 4. จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม ขั้นตอนนี้ ทุกคนจะได้แสดงประสบการณ์ให้ผู้อื่น เลือกใช้ประโยชน์ กิจกรรมเป็นสิ่งควบคุมความสำเร็จ 5. วางแผน หาผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนนี้ ทุกคนได้วิเคราะห์ตนเอง แสดงพลังความสามารถ และภารกิจที่จะร่วมทำงานในเรื่องใดได้บ้าง และ 6. จัดทำแผน / กิจกรรม / โครงการ ซึ่งขั้นตอนนี้จะเป็นการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อการนำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับชุมชน

2.5.1 ความหมายของชุมชน

ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนจำนวนหนึ่งที่อยู่ร่วมกันว่าเป็นสังคม แต่ความจริงแล้วมีคำที่ใช้เรียกกลุ่มคนหลายแบบหลายประเภทด้วยกัน เช่น ครอบครัว ละแวกบ้าน หมู่บ้าน ชุมชน เมือง องค์กร

พรรค สมาคม เป็นต้น ก่อนที่จะอธิบายความหมายของคำว่า ชุมชน เมือง และความเป็นเมือง จะอธิบายให้เห็นความแตกต่างของกลุ่มคนสองประเภทก่อน คือ สังคมกับชุมชน ราชบัณฑิตยสถาน (2524: 371) อธิบายว่า สังคม (Society) คือ คนจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันตามระเบียบกฎเกณฑ์ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญร่วมกัน

ส่วนคำว่า ชุมชน (Community) พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา (ราชบัณฑิตยสถาน 2524: 72) ได้ให้ความหมายไว้ 3 แนวดังนี้ คือ

1) กลุ่มย่อยที่มีลักษณะหลายประการเหมือนกับลักษณะสังคมแต่มีขนาดเล็กกว่า และมีความสนใจร่วมที่ประสานกันในวงแคบกว่า

2) เขตพื้นที่ ระดับของความคุ้นเคย และการติดต่อระหว่างบุคคล ตลอดจนถึงพื้นฐานความยึดเหนี่ยวเฉพาะบางอย่างที่ทำให้ชุมชนต่างไปจากกลุ่มเพื่อนบ้าน ชุมชนมีลักษณะทางเศรษฐกิจเป็นแบบเลี้ยงตนเองที่จำกัดมากกว่าสังคม แต่ภายในวงจำกัดเหล่านั้นย่อมมีการสร้างสรรค์ใกล้ชิดดีกว่า และมีความเห็นอกเห็นใจลึกซึ้งกว่า อาจมีสิ่งเฉพาะบางประการที่ผูกพันเอกภาพ เช่น เชื้อชาติ ต้นกำเนิดเดิมของชาติหรือศาสนา

3) ความรู้สึก และทัศนคติทั้งหมดที่ผูกพันปัจเจกบุคคลให้รวมเข้าเป็นกลุ่มจากความหมายดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ เดนนิส อี. บ็อบลิน (Dennies E. Poplin 1979: 3) ที่กล่าวว่า ชุมชน เป็นคำที่ใช้เกี่ยวกับ การรวมตัวกันของหน่วยสังคม และที่อยู่อาศัย ที่ขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่ม โดยใช้คำเรียกที่แตกต่างกันออกไป เช่น ละแวกบ้าน หมู่บ้าน เมือง นคร และมหานครจากความหมายดังกล่าว จะเห็นว่าสังคมกับชุมชนมีความแตกต่างกันในด้านขนาดของกลุ่มคนมากกว่าด้านอื่นๆ แต่บางครั้งมีการใช้คำว่า ชุมชนนำหน้าชื่อของกลุ่มคนเพื่อบ่งบอกถึงคุณลักษณะต่างๆ ของกลุ่มดังนี้ บอกพื้นที่ เช่น ชุมชนหนองมน บอกเชื้อชาติ เช่น ชุมชนจีน บอกศาสนา เช่น ชุมชนมุสลิม บอกอาชีพ เช่น ชุมชนชาวประมง ส่วนกลุ่มคนขนาดใหญ่ ระดับภูมิภาค ระดับประเทศหรือการกล่าวถึงกลุ่มคนต่างๆ โดยทั่วไปเราจะใช้คำว่า สังคมนำหน้า เช่น สังคมไทย สังคมชนบท สังคมเมือง เป็นต้น

ชุมชนไม่จำเป็นต้องกลุ่มใหญ่ในอาณาบริเวณเดียวกัน ความเป็นชุมชนอยู่ที่คนในชุมชนจำนวนหนึ่ง (คนละพื้นที่ก็ได้) มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ติดต่อสื่อสารกัน มีความเอื้อ อาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกัน ทำกิจกรรมต่างๆ (ประเวศ วะสี, 2541)

ความเป็นชุมชนไม่เฉพาะขอบเขตของหมู่บ้าน แต่รวมถึงลักษณะเครือข่ายของความสัมพันธ์ที่กว้างขวางทั้งระบบอุปถัมภ์และแบบเครือญาติ (Kemp, 1991)

ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนหรือชาวบ้านที่มีความตั้งใจ ร่วมใจกันปฏิบัติ ภารกิจเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน โดยเน้นการนำทรัพยากรท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งองค์ความรู้จากภายนอกชุมชน

และอาศัยแนวทางการพึ่งตนเองความเป็นตัวตน รวมถึงการสร้างเครือข่าย ความรู้เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง และยั่งยืน (อัจฉรา สโรบล, 2555)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่า คำว่าขอบเขตและความหมายของคำว่าชุมชนนั้น ขึ้นอยู่กับสภาพและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่นั้นๆ โดยไม่ได้ยึดติดถึงกลุ่มคน หรือสัญชาติ เชื้อชาติ หรือญาติพี่น้อง อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะเป็นสิ่งมีชีวิตหรือสิ่งไม่มีชีวิตอย่างอื่นก็ได้ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ คำว่าชุมชน หมายถึงกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกัน ในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิที่มีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.5.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วม (Participation) มีความหมาย ตามพจนานุกรมอังกฤษฉบับออกฟอร์ด (Oxford, 2551) (สถาบันพระปกเกล้า, 2550) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “เป็นการมีส่วนร่วม (ร่วมกับคนอื่น) ในการกระทำบางอย่างหรือบางเรื่อง” คำว่า การมีส่วนร่วม โดยมากมักจะใช้ในความหมายตรงข้ามกับคำว่า “การเมินเฉย (Apathy)” ฉะนั้น คำว่าการมีส่วนร่วมตามความหมายข้างต้นจึงหมายถึงการที่บุคคลกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือในประเด็นที่บุคคลนั้นสนใจ ไม่ว่าจะเขาจะได้ปฏิบัติการเพื่อแสดงถึงความสนใจอย่างจริงจังหรือไม่ก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นโดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้ และยังได้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” หมายถึง การที่กลุ่มประชาชน หรือขบวนการที่สมาชิกของชุมชนที่กระทำการออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกัน ที่จะแสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วม ความสนใจร่วม มีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายร่วมทางเศรษฐกิจ และสังคมหรือการเมือง หรือการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจ มติชน ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม หรือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ การปรับปรุงสภาพทางสังคมในกลุ่มชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่านที่ได้ให้นิยามคำว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ไว้ เช่น เจมส์ แอล เครย์ตัน (เจมส์ แอล. เครย์ตัน. 2551) ได้กำหนดความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า เป็นกระบวนการที่รวบรวมเอาความห่วงกังวล ความต้องการ และค่านิยมต่างๆ ของสาธารณชนไว้อยู่ในกระบวนการตัดสินใจของรัฐ และเอกชน เป็นการสื่อสารสองทาง และเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจที่ดีกว่า และที่ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน

บวรศักดิ์ อูวรรณโณ และคณะ (2548) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมในระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การที่อำนาจในการตัดสินใจไม่ควรเป็นของกลุ่มคนจำนวนน้อย แต่อำนาจควรได้รับการจัดสรรในระหว่างประชาชน เพื่อทุก ๆ คนได้มีโอกาสที่จะมีอิทธิพลต่อกิจกรรมส่วนรวม

คณิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ (2545) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน (Public Participation) หมายถึง การกระจายโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง และการบริหาร เกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้ง การจัดสรรทรัพยากรของชุมชน และของชาติ ซึ่งจะส่งผล กระทบต่อวิถีชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน โดยการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำ ปรีกษา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ รวมตลอดจนการควบคุมโดยตรงจากประชาชน

ปัทมา สุภกำปัง (2552) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ในรายงาน การศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ว่าหมายถึง การเปิด โอกาสให้ประชาชนมีสิทธิในกระบวนการนโยบายสาธารณะทั้งในด้านการให้ และรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ การร่วมตัดสินใจ ทั้งในขั้นตอนการริเริ่มนโยบาย การจัดทำ แผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อม การวางแผน พัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม การจัดการสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ รวมทั้งการปฏิบัติ การติดตาม และประเมินผลตามนโยบายแผนงานโครงการหรือกิจกรรมนั้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วม รับผิดชอบ และร่วมตรวจสอบ ดังนั้น ถ้าหากประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มกระบวนการตัดสินใจใน การดำเนินการต่าง ๆ ของชุมชนแล้ว จะทำให้บริการสาธารณะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนสอดคล้องกับ ความต้องการของประชาชนในชุมชนมากที่สุด ซึ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนได้แบ่งระดับ ขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการ แบ่งเป็นสำคัญ โดยมีข้อพึงสังเกตคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วม จะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใด จำนวนประชาชนที่เข้าร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่

1. ระดับการให้ข้อมูล เป็นระดับต่ำสุด และเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสาร ระหว่างผู้วางแผนโครงการกับประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชน โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าวสาร และการแสดงนิทรรศการ เป็นต้น แต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความ คิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใด ๆ

2. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือผู้วางแผนโครงการจะเชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมิน ข้อดีข้อเสียของโครงการอย่างชัดเจนมากขึ้น เช่น การจัดทำแบบสอบถามก่อนริเริ่มโครงการต่าง ๆ หรือการบรรยายและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการนั้น ๆ เป็นต้น

3. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นการเจรจาอย่างเป็นทางการระหว่างผู้วางแผนโครงการ และประชาชน เพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การจัดประชุม การ จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

4. ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่ผู้วางแผนโครงการกับประชาชน มีความรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการ แลผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการโครงการ เหมาะที่จะใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การใช้อนุญาตตุลาการเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง และการเจรจาเพื่อหาทางประนีประนอมกัน เป็นต้น

5. ระดับการร่วมปฏิบัติ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินโครงการ เป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

6. ระดับการควบคุมโดยประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหา ข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ แต่การลงประชามติจะสะท้อนถึงความต้องการของประชาชนได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของประเด็นที่จะลงประชามติ และการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของประเด็นดังกล่าวให้ประชาชนเข้าใจอย่างสมบูรณ์และทั่วถึงเพียงใด

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น (International Association for Public Participation) ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศและการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็น ผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหรือร่วมเสนอแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่า ข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วมโดยเป็นส่วนร่วมกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้าน ที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เป็นต้น

สรุปการมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักสากลที่อารยประเทศให้ความสำคัญ และเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจเพื่อพัฒนาการเมืองเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรับรู้ ร่วมคิดร่วมตัดสินใจเพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้นและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุกๆ ฝ่ายจึงต่างให้ความสำคัญต่อการบริหารราชการอย่างโปร่งใส สุจริต เปิดเผยข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะการตัดสินใจทางการเมือง รวมถึงการตรวจสอบ การใช้อำนาจรัฐในทุกระดับ ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้การมีส่วนร่วมในระดับชุมชนเป็นการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดความยั่งยืน เพราะถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบรากฐานในระดับประเทศ สามารถขับเคลื่อนได้อย่างรวดเร็ว และชัดเจนในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ชุมชนสามารถบริหารจัดการได้ด้วยระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนา โดยอาศัยชุมชนเป็นพื้นฐานต่อไป

2.6 แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยมุ่งนำผลการวิจัยมาเพื่อแก้ไขปัญหา หรือนำผลการวิจัยมาพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงานขององค์กร หน่วยงานหรือชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการนำกระบวนการวิจัยที่ได้ ไปใช้แก้ไขปัญหา และพัฒนาปรับปรุงงาน ปัจจุบันนักวิจัยหลายท่าน ได้หันมาสนใจการวิจัยเชิงปฏิบัติการมากขึ้น และมีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

2.6.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ประวิต เอราวรรณ์ (2545) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกัน อย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหา หรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่ อันที่จะได้มาซึ่งแนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไข ปรับปรุง ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ทำโดยนักวิจัย และคณะบุคคล ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานหรือองค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้น ไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพของงาน

ธีระวุฒิ เอกะกุล (2552) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการรวบรวม หรือการแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของงาน ภายในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่ง ผลการปฏิบัติงานนั้น บรรลุวัตถุประสงค์หรือสามารถแก้ไขปัญหานั้นที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

จากการศึกษาความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สรุปได้ว่า เป็นการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัย และคณะบุคคล ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานหรือองค์กรหรือชุมชน ที่ได้ร่วมกันแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน

2.6.2 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

สุวิมล ร่องวานิช (2552) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประเภทวิจัยปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

2.6.2.1 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1) การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัย เครื่องครัด มีลักษณะการดำเนินงาน และการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือของนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุม เพื่อให้ตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจน และมีรูปแบบการนำเสนอรายงาน ผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่จำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงวิชาการ มุ่งเน้นการตอบคำถามวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จากการเรียนการสอน ตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญ ที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้บางครั้ง พบว่า มีการรายงานผลเพียง 1-2 หน้า

2.6.2.2 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Zuber-Skerrit

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) การวิจัยตามรูปแบบนี้มีเป้าหมายของการวิจัย เพื่อปรับปรุงประสิทธิผล และประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก มาช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัย

ภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทบาทของผู้วิจัยหลัก โดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2) การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอก แสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานแล้ว ยังมุ่งสร้างความเข้าใจ และมุ่งพัฒนางานวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผล และคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาสที่จะเรียนรู้กระบวนการวิจัย และมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดในประเด็นปัญหาวิจัย ที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3) การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์หรืออิสระ (Critical Emancipator Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอก และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการ แบบที่ 1 และ แบบที่ 2 คือ นอกจากพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียง ในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่สอง การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ ภูมิทัศน์ และพันธนาการทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงาน จากผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Co-optation) ซึ่งเป็นแบบแรก มาเป็นการทำงานร่วมกัน (Co-operation) ในแบบที่สอง และรูปแบบการทำงานที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยม และยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่น ๆ

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้จำแนกรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการไว้ 5 แบบดังนี้

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่รู้จักกันในชื่อสั้นๆ ว่า “PAR” เป็นรูปแบบการวิจัย ที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่าง การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) หรือ “PR” กับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ “AR” เข้าด้วยกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบนี้ ถือว่าเป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริง ทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์แบบใหม่ โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การ

มีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัย ในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก และบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน ในฐานะ ภาคีเครือข่ายหรือมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย กับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงใน สถานที่ดังกล่าว ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรสร้างขึ้นในรูปของความรู้เชิงปฏิบัติการที่ได้จากการสืบค้นแบบมีส่วนร่วม ระหว่างมุมมองของคนใน และคนนอก จะถูกนำไปใช้สำหรับปรับปรุงแก้ไข ปัญหา ที่เกิดขึ้นอย่างทันที่

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิพากษ์ (Critical Action Research) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่มีลักษณะเน้นหนักไปในด้านการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขัน ในกระบวนการทำวิจัยของบุคคล ผู้เป็นสมาชิกของชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคล ภายในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็น และวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) เกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอด จนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ ให้ดียิ่งขึ้น นักวิจัย และภาคีเครือข่ายสามารถแสดงทัศนะ ได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นอิสระ และปราศจากการครอบงำทางความคิด และการกระทำจาก นักวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ทำการศึกษาวิจัย ดังนั้น จึงทำให้การวิจัยรูปแบบนี้บางครั้งถูกเรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipator Action Research)

3) การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Learning) เป็นรูปแบบการแสวงหาความรู้เชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่ง ภายใต้แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่ว่า การเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ร่วมกัน ระหว่างกลุ่มบุคคลร่วมสาขาวิชาความรู้หรือสาขาอาชีพเดียวกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) ที่ไม่จำเป็นต้องเน้นว่าเป็นการวิจัยและสร้างความรู้เชิงทฤษฎี ที่เป็นประโยชน์ สำหรับนำไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาย่างทันที่

4) วิทยาศาสตร์เชิงปฏิบัติการ (Action Science) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ ผสมผสานวิชาความรู้ทางด้านทฤษฎี การวิเคราะห์เชิงจิตวิทยา และพฤติกรรมองค์กรเข้าด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งเน้นไปที่การสืบค้นหาความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Knowledge) ที่สามารถนำไปใช้ สำหรับปฏิบัติการ ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือสังคม การมุ่งเน้นดังกล่าวนี้ ดำเนินไปพร้อมกับการสร้างทฤษฎีเชิงปฏิบัติการ (Action Theory) ที่บูรณาการ ผสมผสานขั้นตอนการสร้าง และการทดสอบทฤษฎีเชิงปฏิบัติการเข้าไว้ด้วยกัน ในลักษณะเป็น องค์กรร่วม

5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิงชุมชน (Community-base Action Research) เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่ง ที่มีรากฐานการพัฒนามาจากการร่วมมือระหว่างนักวิชาการ ที่เป็น ผู้ปฏิบัติการระดับมืออาชีพ กับประชาชนทั่วไปในฐานะเป็นผู้เกี่ยวข้อง หรือสัมผัสกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในชุมชนอย่างแท้จริง การรวมพลังกาย และพลังความคิดร่วมกันระหว่างนักวิจัยเชิงวิชาการ ผู้มีความ

เชี่ยวชาญเฉพาะจากภายนอกชุมชน และนักวิจัยชาวบ้านหรือนักวิจัยท้องถิ่น ผู้มีประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชน นำไปสู่การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาอื่นใด ที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกลมกลืนกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ประวัติความเป็นมา และวิถีจักรความเป็นไปในชุมชน (Community Life) เป็นผลให้การใช้ความรู้หรือกลยุทธ์ ที่สรรค์สร้างขึ้นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไขปัญหา และการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ทั้งนี้เพราะประชาชนในชุมชนให้การยอมรับ และให้ความร่วมมือในการเป็น “กลไกการพัฒนา” อันสำคัญ ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกหรือที่พึงปรารถนาขึ้น ในชุมชนที่พวกเขาเหล่านั้นเป็นสมาชิกอยู่

2.6.3 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Process)

กระบวนการเชิงวิจัยปฏิบัติการ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (Spiral of Steps) (Lewin, 1946 อ้างใน องอาจ นัยพัฒน์, 2548) ซึ่งในแต่ละวงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการเบื้องต้น (Pre-step) ได้แก่ การกำหนดจุดมุ่งหมายโดยทั่วไป ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการลงมือปฏิบัติการ (Action) และขั้นการค้นหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) การดำเนินการวิจัยในสามขั้นตอนสุดท้าย ถือเป็นกิจกรรมหลักของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Core Activities) นักวิจัยวิทยาการวิจัยแต่ละบุคคลหรือคณะที่มีความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ทำการประยุกต์แนวคิดของ Kurt Lewin ไปใช้ในการศึกษาวิจัย และการเรียบเรียงตำรา โดยจำแนกกิจกรรมหลักทั้งสามขั้นตอน ในลักษณะแตกต่างกันไปตามแนวคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่มีต่อการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Kemmis and Mc Taggart (1988) จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1) การวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหา เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

2) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นการวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกัน ประกอบไปด้วยการปรับปรุงแก้ไขแผน

3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบครอบ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความคาดหวัง และไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บข้อมูลเข้าช่วย

4) การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงรอบการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็น

อุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่ายจะตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางของการพัฒนา ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูล ที่จะนำไปสู่การปรับปรุง และการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

จากการศึกษากระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่รู้จักกันในชื่อสั้น ๆ ว่า “PAR” เป็นรูปแบบการวิจัย ที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่างการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) เป็นรูปแบบการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการ และวิธีการปฏิบัติงาน โดยได้รูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับภาวะของสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนางานให้ไปในทิศทางที่ต้องการ โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด สามารถอธิบายสถานการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกิดการเรียนรู้วิธีการเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาต่างๆ ให้ดีขึ้น ประกอบด้วยการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ซึ่งการวิจัยการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ในครั้งนี้ ก็ได้อาศัยหลักแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยต่างๆ ดังนี้

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญญรัตน์ หงษ์คง (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย ผลการศึกษาพบว่า การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติ ผลการเกิดการมีส่วนร่วมคือ ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ โดยการทำประชาคมเพื่อค้นหาปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา วางแผนการดำเนินงาน และดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย, ชุมชนมีการค้นหาผู้นำในการออกกกำลังกาย โดยมีการจัดให้กลุ่มแม่บ้าน และผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมในการออกกกำลังกายได้เป็นผู้นำการออกกกำลังกาย, มีกิจกรรมที่ชุมชนเลือกในการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกกำลังกาย

ไม้พอง โดยชุมชนมีส่วนดำเนินกิจกรรม ดังนี้คือ การจัดหาสถานที่ออกกำลังกาย จัดทำทะเบียน และลงทะเบียนผู้ป่วยที่มาออกกำลังกาย ประชาสัมพันธ์เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยทางทอกระจ่ายข่าว ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการมาตรวจสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยในชุมชน ร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วย, มีการประเมิน และปรับปรุงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยให้เหมาะกับผู้ป่วยด้านการออกกำลังกายให้ต่อเนื่อง โดยการรำไม้พอง จำนวน 58 คน และจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ (2554) ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 78 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยเป็นแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson ประกอบด้วยการเคารพในความเป็นบุคคล วิเคราะห์ปัญหา สะท้อนคิด ตั้งเป้าหมาย วางแผนสนับสนุน และติดตามประเมินผล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น 3 ครั้ง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าโครงการฯ แตกต่างจากคะแนนก่อนเข้าโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการ ($p < .05$) การวิเคราะห์ด้านเนื้อหาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่สม่ำเสมอ ไม่มีความรู้ และไม่สนใจค่าความดันโลหิตที่วัดได้ หวังพึ่งแพทย์ในการควบคุมความดันโลหิตเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร การเห็นความสำคัญ และแบ่งเวลาในการออกกำลังกาย การคลายความเครียดโดยการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และการตรวจสอบการใช้ยาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์ (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองชุมพร การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเสริม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่มีเพศหรือญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการ

สนับสนุนทางสังคม แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุภาพร พูลเพิ่ม (2555) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลชีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเพื่อทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 146 คน โดยใช้แบบสอบถามจากผลการวิจัยพบว่า อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .05 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธุ์ภักดี และชีวีรัตน์ ต่ายเกิด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 53 ราย โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวลดลงจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดวงดาว ปิงสุแสน (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกล้วย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง ในปี พ.ศ. 2557 กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะปกติที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะปกติได้ ที่มีอายุมากกว่า 35 ขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยทำการเก็บข้อมูลก่อน และหลังการทดลอง ซึ่ง

ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ($p > 0.05$) ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัวแยกรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน และโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัวโดยรวม ก่อน และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ภัสพร ขำวิชา และคณะ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในชุมชนซอยจึก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก 2) การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมดูแลตนเองโดยให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม และการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง 3) ประเมินผลการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ แบบวัดความรู้ พฤติกรรมดูแลตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาเอง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า ผลการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($X = 3.8$, S.D. = .52) โดยมีการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องการงดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับมากที่สุด ($X = 4.56$, S.D. = .67) ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.8$, S.D. = .97) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติหรือวิธีการที่จะดูแลตนเองในการควบคุมป้องกันความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกที่จะพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไม่เติมซอส/น้ำปลา มากที่สุดร้อยละ 96.9 และออกกำลังกาย ร้อยละ 93.8 ตามลำดับ

กชกร ธรรมนำศีล และคณะ (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเอง การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุน และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นฤมล ท้าวทอง (2558) ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เป็นความดันโลหิตสูงในชุมชน 2 แห่ง ของจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติของข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = -1.094, p = .283$) และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($t = -1.869, p = .067$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($t = -2.295, p = 0.029$) และมากกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = -2.013, p = .044$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่ความดันซิสโตลิกลดลงจากก่อนทดลอง ($t = 3.213, p = .003$) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($t = -2.228, p = .030$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความดันไดแอสโตลิกลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.343, p < .001$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($t = -0.492, p = .624$)

สมรัตน์ ขำมาก (2559) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอเสด็จพระ จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามเพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วย ระดับการศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มตัวอย่าง 116 คน ผลการศึกษาพบว่า 1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงร้อยละ 86.20 และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.82 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(185) = -9.55, p < 0.05$) ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ป่วย และระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2559) ความสำเร็จในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจในการทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสิงหนคร จ.สงขลา จำนวน 138 คน ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลวิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 9 คนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1.แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสิงหนคร จ.สงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .543$) และสามารถทำนายได้ร้อยละ 29.50 2.วิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสิงหนคร จ.สงขลา ได้แก่การไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยา และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ โดยเน้นปลา และผลไม้ งดอาหารเค็ม การประกอบอาหารเอง การปรึกษาปัญหากับคนในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ การประกอบศาสนกิจทุกวัน ตั้งเป้าหมายชีวิตให้ลูกหลานเป็นคนดี การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายการทำจิตใจให้แจ่มใส การให้อภัย และมองโลกในแง่ดี

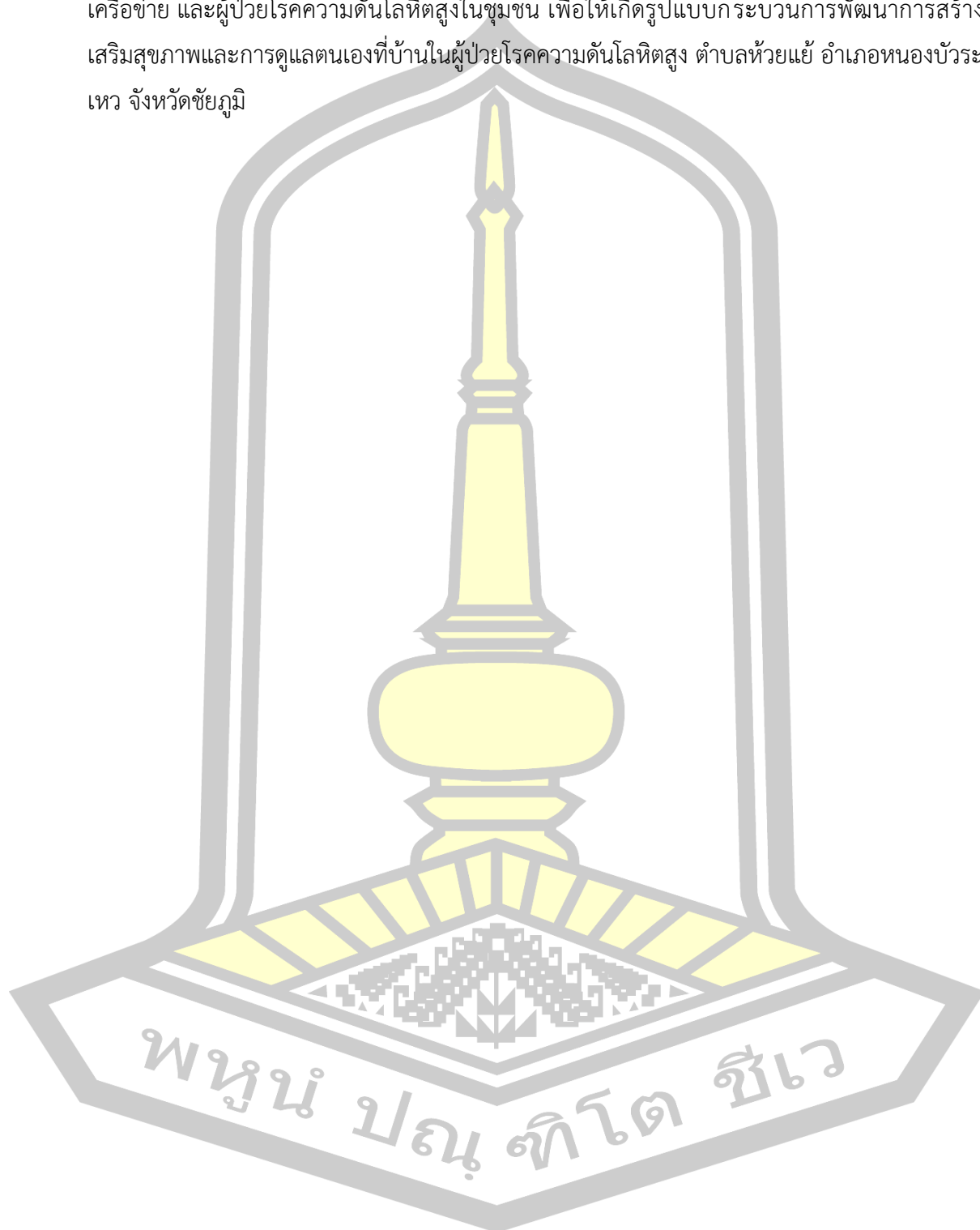
Jan Warren-Findlow and Rachel B. Seymour (2011) ได้ศึกษาความชุกของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกันอเมริกัน จำนวน 186 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ H-SCALE ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในเรื่องการใช้ยาตามแพทย์สั่ง และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 58.6 และ 52.2 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมควบคุมอาหาร และการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ ยังปฏิบัติได้น้อยเพียงร้อยละ 30.1 และ 22.0 การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 65 โดยเพศหญิง และคนที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ชายหรือคนที่ยังมีอายุน้อย การดูแลตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการควบคุมอาหาร และการลดปริมาณการบริโภคอาหารรสเค็มยังถือว่าเป็นเรื่องที่ยากของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Cláudia Rayanna Silva Mendes et al. (2015) การเปรียบเทียบการพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทุติยภูมิ จากกลุ่มตัวอย่าง 189 ราย ที่อยู่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ในช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน และช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2013 โดยวิธีการศึกษาจะใช้แบบสัมภาษณ์ตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Orem ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการที่หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ การดื่มน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ร้อยละ 77.6 การเข้ารับคำปรึกษาด้านการพยาบาล ร้อยละ 88.0 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ร้อยละ 54.3 การบริโภคเกลืออย่างเหมาะสม ร้อยละ 100 การงดเว้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 88.7 ผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการทุติยภูมิมีความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

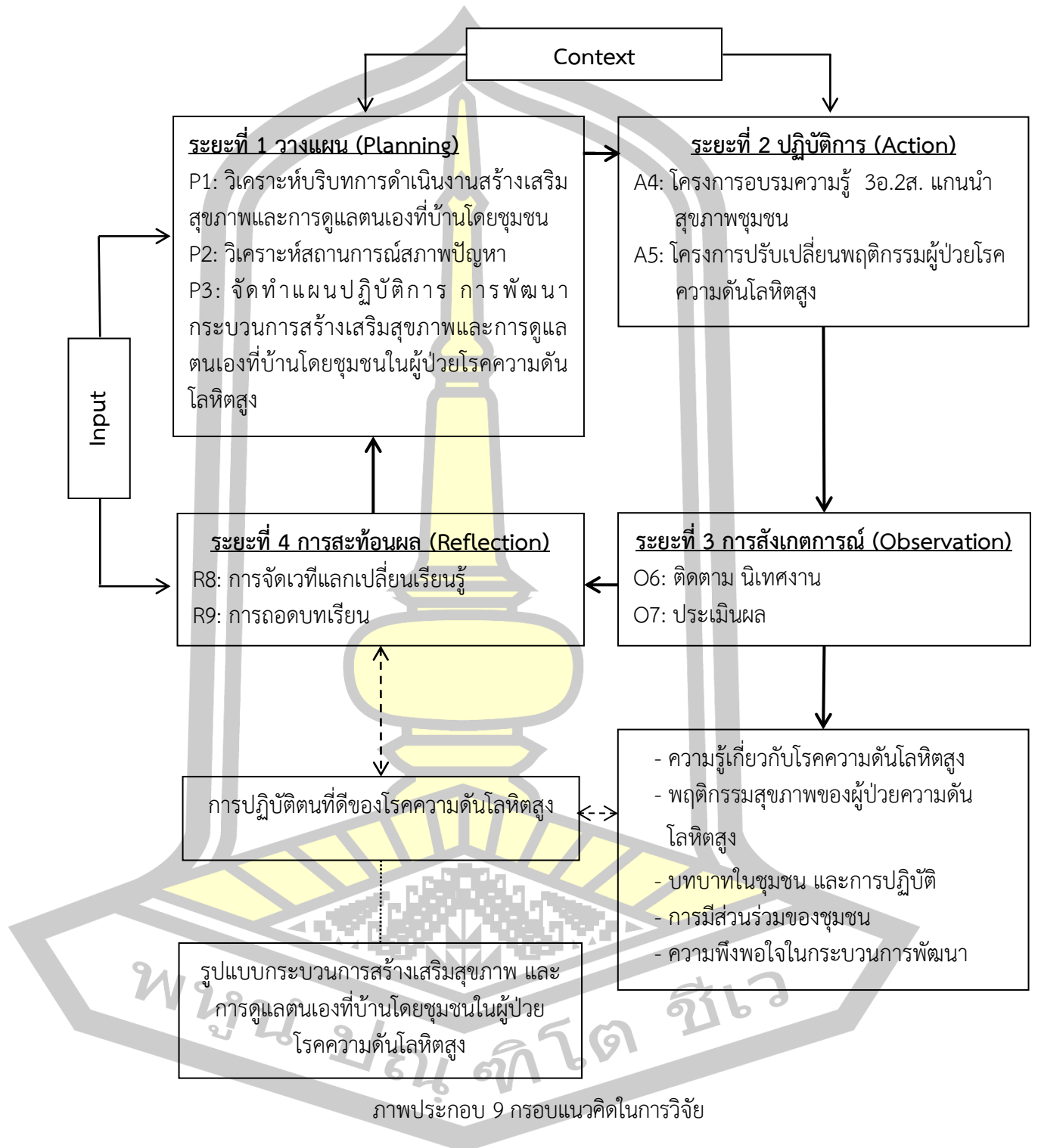
Sayed Fazel Zinat Motlagh et al. (2016) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,836 ราย ทางตอนใต้ของประเทศอิหร่าน โดยจะมีการวัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63 ปี ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.7 และกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีการรับประทานยาอย่างเคร่งครัดของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 36.1 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 24.5 การปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก ร้อยละ 39.2 มีการลดปริมาณการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 12.3 และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติออกกำลังกาย (OR=0.716) และการไม่สูบบุหรี่ (OR=1.503) โดยเพศหญิงจะมีการออกกำลังกายมากกว่าเพศชาย และพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และการลดการบริโภคอาหารที่มีรสชาติเค็ม (OR=1.497) และการปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการกินยา (OR=1.435)

สรุปผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องกับการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบของการพัฒนากระบวนการ เพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีการพัฒนาที่ดียิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน สามารถแก้ไขปัญหาและมีระบบจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้ในชุมชน ทำให้มีความจำเป็นต้องใช้การดำเนินงานวิจัยในรูปแบบในเชิงปฏิบัติการ Action Research นำมาซึ่งการพัฒนากระบวนการที่เป็นปัญหาในด้านของระบบการดูแลผู้ป่วยของภาคีเครือข่าย รวมถึงการดูแลตนเองที่บ้านด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ในกระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นติดตามประเมินผล

(Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) ในรูปแบบของการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย ภาควิชา
เครีโชนศาสตร์ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้เกิดรูปแบบกระบวนการพัฒนาการสร้าง
เสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระ
เหว จังหวัดชัยภูมิ



2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบของการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อพัฒนากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งประชากรที่ศึกษา ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม

3.2.1 กลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 187 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม โดยใช้หลักเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

3.2.1.1 ภาคการเมือง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล ในตำบลห้วยแอ่งต้องมีสนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3.2.1.2 ภาควิชาการ ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขในแต่ละวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ทำงานในตำบลห้วยแอ่งที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.2.1.3 ภาคประชาสังคม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนสถานศึกษา เจ้าอาวาสหรือพระอธิการ ในตำบลห้วยแอ่งหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือผู้ที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยผู้มีส่วนขับเคลื่อนในการพัฒนากระบวนการ

ประเภท	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย	จำนวน (คน)
1.กลุ่มภาคีเครือข่าย		
1.1 ภาคการเมือง	1.1.1 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ตำบลห้วยแอ่ง	11
	1.1.2 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	22
	1.1.3 แพทย์ประจำตำบล	1
	1.1.4 นายกเทศมนตรีตำบลห้วยแอ่ง	1
	1.1.5 รองนายกเทศมนตรีตำบลห้วยแอ่ง	2
	1.1.6 ปลัด/รองปลัดเทศบาลตำบลห้วยแอ่ง	2
	1.1.7 สมาชิกเทศบาลตำบลห้วยแอ่ง	12
	1.1.8 หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลห้วยแอ่ง	1
1.2 ภาควิชาการ	1.2.1 เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ห้วยแอ่ง	7
	- พยาบาลวิชาชีพ	2
	- นักวิชาการสาธารณสุข	2
	- เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1
	- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1
	- ผู้ช่วยพยาบาล	1
1.3 ภาคประชาสังคม	1.3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	118
	- บ้านห้วยแอ่ง หมู่ที่ 1	20
	- บ้านใหม่สามัคคี หมู่ที่ 2	6
	- บ้านหนองกองแก้ว หมู่ที่ 4	11

ตาราง 8 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยผู้มีส่วนขับเคลื่อนในการพัฒนากระบวนการ (ต่อ)

ประเภท	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย	จำนวน (คน)
1.3 ภาคประชาสังคม	- บ้านห้วยยางดี หมู่ที่ 5	6
(ต่อ)	- บ้านซับหวาย หมู่ที่ 7	13
	- บ้านคลองงูเหลือม หมู่ที่ 8	6
	- บ้านห้วยแย้ หมู่ที่ 9	20
	- บ้านห้วยยางกลาง หมู่ที่ 11	11
	- บ้านแหใหญ่ หมู่ที่ 12	6
	- บ้านห้วยแย้ หมู่ที่ 13	13
	- บ้านโคกยาว หมู่ที่ 14	6
	รวม	187

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้เกณฑ์คัดเข้า - คัดออก ที่กำหนด ดังนี้

3.2.2 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีบทบาทหน้าที่ มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อัน ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

- ภาคการเมือง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล ในตำบลห้วยแย้
- ภาควิชาการ ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขในแต่ละวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ทำงานในตำบลห้วยแย้
- ภาคประชาสังคม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนสถานศึกษาเจ้าอาวาสหรือพระอธิการ ในตำบลห้วยแย้

3.2.3 เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

- 1) เป็นผู้ไม่สามารถเข้าร่วมจนครบกระบวนการวิจัยได้
- 2) มีการย้ายถิ่นขณะทำการศึกษาวิจัย

ซึ่งได้จำแนกประเภทของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มภาคีเครือข่ายออกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มภาคีเครือข่าย

ประเภท	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ประชากร (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
1. กลุ่มภาคีเครือข่าย			
1.1 ภาคการเมือง	1.1.1 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ตำบลห้วยแย้	11	1
	1.1.2 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	22	2
	1.1.3 แพทย์ประจำตำบล	1	1
	1.1.4 นายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้	1	1
	1.1.5 รองนายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้	2	1
	1.1.6 ปลัด/รองปลัดเทศบาลตำบลห้วยแย้	2	1
	1.1.7 สมาชิกเทศบาลตำบลห้วยแย้	12	2
	1.1.8 หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	1	1
1.2 ภาควิชาการ	1.2.1 เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ห้วยแย้	7	2
	- พยาบาลวิชาชีพ	2	1
	- นักวิชาการสาธารณสุข	2	1
	- เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1	-
	- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1	-
	- ผู้ช่วยการพยาบาล	1	-
1.3 ภาคประชาสังคม	1.3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	118	21
	- บ้านห้วยแย้ หมู่ที่ 1	20	4
	- บ้านใหม่สามัคคี หมู่ที่ 2	6	1
	- บ้านหนองกองแก้ว หมู่ที่ 4	11	2
	- บ้านห้วยยางดี หมู่ที่ 5	6	1
	- บ้านซับหวาย หมู่ที่ 7	13	2
	- บ้านคลองงูเหลือม หมู่ที่ 8	6	1
	- บ้านห้วยแย้ หมู่ที่ 9	20	4
	- บ้านห้วยยางกลาง หมู่ที่ 11	11	2
	- บ้านหวใหญ่ หมู่ที่ 12	6	1
	- บ้านห้วยแย้ หมู่ที่ 13	13	2
	- บ้านโคกยาว หมู่ที่ 14	6	1

ตาราง 9 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มภาคีเครือข่าย (ต่อ)

ประเภท	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ประชากร (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
1.3 ภาคประชาสังคม (ต่อ)	1.3.2 ผู้แทนสถานศึกษา	5	2
	- โรงเรียนบ้านห้วยแย้	1	1
	- โรงเรียนบ้านห้วยยางดี	1	1
	- โรงเรียนบ้านใหม่สามัคคี	1	-
	- โรงเรียนบ้านหนองกองแก้ว	1	-
	- โรงเรียนห้วยแย้วิทยา	1	-
	1.3.3 พระอธิการ จำนวน 5 วัด	5	2
	- วัดโพธิ์ศรี	1	1
	- วัดหนองกองแก้ว	1	1
	- วัดห้วยยางกลาง	1	0
	- วัดห้วยยางดี	1	0
	- วัดซับหวาย	1	0
	รวม	187	37

3.2.4 กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 225 คน รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประเภท	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย	จำนวน (คน)
กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้	1. บ้านห้วยแย้ หมู่ที่ 1	46
	2. บ้านใหม่สามัคคี หมู่ที่ 2	13
	3. บ้านหนองกองแก้ว หมู่ที่ 4	35
	4. บ้านห้วยยางดี หมู่ที่ 5	21
	5. บ้านซับหวาย หมู่ที่ 7	28
	6. บ้านคลองงูเหลือม หมู่ที่ 8	5
	7. บ้านห้วยแย้ หมู่ที่ 9	45
	8. บ้านห้วยยางกลาง หมู่ที่ 11	6
	9. บ้านเหวใหญ่ หมู่ที่ 12	5
	10.บ้านห้วยแย้ หมู่ที่	20

ตาราง 10 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ประเภท	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย	จำนวน (คน)
กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ (ต่อ)	11.บ้านโคกยาว หมู่ที่ 14	3
	รวม	225

ซึ่งนำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 225 คนมาคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Lemeshow et, al. (1990) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2\sigma^2}{[e^2(N-1)] + [Z^2\alpha/2\sigma^2]}$$

เมื่อ n คือ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตัวอย่าง

σ^2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวอย่าง (มีค่า 0.522)

e^2 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (กรณีไม่ทราบค่าสามารถกำหนดค่า σ เป็นเปอร์เซ็นต์ของ σ ได้) เท่ากับ 0.12

Z^2 คือ ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ มีค่าเท่ากับ 1.962

$$= \frac{(225)(1.962)(0.522)}{[(0.12)(225-1)] + [(1.962)(0.522)]}$$

$$n = 38.52$$

$$n = 39 \text{ คน}$$

ซึ่งได้จำแนกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงออกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ตามหมู่บ้าน รายละเอียดดังตาราง 11

ตาราง 11 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประเภท	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ประชากร (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้	1. บ้านห้วยแย้ หมู่ที่ 1	46	8
	2. บ้านใหม่สามัคคี หมู่ที่ 2	13	2
	3. บ้านหนองกองแก้ว หมู่ที่ 4	35	5
	4. บ้านห้วยยางดี หมู่ที่ 5	21	4

ตาราง 11 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ประเภท	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ประชากร (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
กลุ่มผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงในตำบลห้วยไผ่ (ต่อ)	5. บ้านซับหวาย หมู่ที่ 7	28	4
	6. บ้านคลองงูเหลือม หมู่ที่ 8	5	1
	7. บ้านห้วยไผ่ หมู่ที่ 9	45	8
	8. บ้านห้วยยางกลาง หมู่ที่ 11	6	1
	9. บ้านแหใหญ่ หมู่ที่ 12	5	1
	10. บ้านห้วยไผ่ หมู่ที่ 13	20	4
	11. บ้านโคกยาว หมู่ที่ 14	3	1
	รวม	225	39

ข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยไผ่ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แล้วถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไผ่
- 2) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- 3) ไม่มีโรคหัวใจ โรคไต
- 4) รับประทานยาโรคความดันแบบชนิดเดียว คือ Amlodipine 5 หรือ 10 มิลลิกรัม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก และแบบสังเกต มี 7 ส่วน คือ

1. ลักษณะทางประชากร แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิตในขณะนั้น รายได้ของครอบครัว ระดับความรุนแรงของโรค ความเจ็บป่วยที่พบร่วม การรักษาที่ได้รับ และ
2. ภาควิชาการในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง

ระดับความดันโลหิตในขณะนั้น รายได้ของครอบครัว สถานภาพในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิต อาการของโรคความดันโลหิต การออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์ของตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกหรือผิด เพียงคำตอบเดียว

ตอบถูก	หมายถึง	ได้คะแนน 1 คะแนน
ตอบผิด	หมายถึง	ได้คะแนน 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสร้างแบบสอบถามขึ้นเอง มีคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสร้างแบบสอบถามขึ้นเอง มีคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น
ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงของสร้อยญา พิจารณ์ (2547) และศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา (2551) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถาม ด้านบวก และมีลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อ มีความหมายและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติหลายๆ ครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตามข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติ หรือ ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น เลย ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ 3 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

7.1 แบบบันทึกกิจกรรม เป็นการบันทึกที่ได้จากการทำกระบวนการกลุ่มของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จากการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน

7.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสังเกต สัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะเวลาสังเกต (Observe) เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนใน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีอุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

- แบบสัมภาษณ์
- การสนทนากลุ่ม

3.3.2 การสร้างเครื่องมือและการตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามตามขั้นตอน ดังนี้

3.3.2.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

3.3.2.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน แล้วนำมากำหนดแนวทางในการศึกษาค้นคว้า และสร้างนิยามศัพท์เฉพาะและนำมาเป็นกรอบในการดำเนินการพัฒนา

3.3.2.3 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อคำถามให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.3.2.4 นำแบบสอบถามฉบับร่าง เสนอประธานกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความเหมาะสม แล้วนำไปแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3.3.2.5 นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องทั้งในเรื่องภาษา และเนื้อหา ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่ถูกต้องสมบูรณ์

3.3.2.6 นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว มาแก้ไขปรับปรุง โดยเลือกคำถามที่สมบูรณ์ 79 ข้อ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

3.3.2.7 นำแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective Congruence : IOC) โดยมีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

- | | |
|----------------------------|---|
| 1) นายธีระชัย พงษ์ศิริ | หัวหน้ากลุ่มงานแผนและยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา |
| 2) นางธันนพัชร์ ผลประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา |
| 3) นางสาวปิยะนุช อางกล้า | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระตะเภา
อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา |

ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้คะแนนดังนี้

+1 หมายถึง ข้อความมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

-1 หมายถึง ข้อความไม่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความสอดคล้อง ทำการตรวจสอบแก้ไขให้แบบสอบถามมีความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมมีตรงตามเนื้อหา (Content Validity) รูปแบบของการสอบถามความเหมาะสมด้านภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของการใช้เวลาในการตอบ เมื่อรับเครื่องมือกลับคืนมาจากผู้เชี่ยวชาญ หากพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยใช้ความเห็นที่สอดคล้องกัน 2 ใน 3 ท่าน และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์แล้วนำมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

จากการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา พบว่ามีค่าความตรงของเนื้อหา (IOC: Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.72

3.3.2.8 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเอาเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อย แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวังตะเฆ่ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำผลไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง โดยข้อคำถามที่ใช้วัดความรู้ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าความเชื่อมั่น 0.72 และแบบสอบถามบทบาทในชุมชนและการปฏิบัติในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามความพึงพอใจโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้พบว่า

- ค่าความเชื่อมั่นด้านบทบาทในชุมชนและการปฏิบัติในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน เท่ากับ 0.84

- ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน เท่ากับ 0.76

- ค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.81

- ค่าความเชื่อมั่นด้านความพึงพอใจในกิจกรรม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80

3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

มีการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน Planning

P1: วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน โดยการประชุมในรูปแบบ Focus Group

P2: ประชุม ค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลัก (AIC) โดยการจัดประชุมกลุ่มภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการวางแผนงาน แก้ไขปัญหา ตามรายละเอียด ดังนี้

- การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน
- การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนา
- การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์
- การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ
- การแบ่งความรับผิดชอบ
- การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

P3: จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยระบุกิจกรรม ระยะเวลาร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลโรคความดันโลหิตในชุมชน คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล รองปลัดเทศบาล สมาชิกเทศบาล หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลประจำคลินิกของตำบลห้วยแย้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนสถานศึกษา พระอธิการ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

ขั้นตอนกระบวนการ A-I-C ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริง ขั้นตอนนี้ เป็นการเริ่มให้ทบทวนระบายนารมณ์ ความคิด มีศิลปะ มีสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่เคร่งเครียด
2. การสร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต ขั้นตอนนี้ เป็นมิติที่ทุกคนเข้าใจความเป็นมา และคาดหวัง มีความประสงค์ร่วมกันตั้งแต่ต้น เริ่มมีพลัง
3. คิดหากลวิธี ขั้นตอนนี้ ทุกคนได้แสดงพลัง ประสบการณ์ มีส่วนร่วม หากความคิดของตนมีเหตุผล ได้รับการยอมรับ จะเกิดความภูมิใจ ถ้าของผู้อื่นดีกว่า ก็ยอมรับกัน งานนี้จะเป็นของทุกคนตั้งแต่ต้น

4. จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม ขั้นตอนนี้ ทุกคนจะได้แสดงประสบการณ์ให้ผู้อื่นเลือกใช้ประโยชน์ กิจกรรมเป็นสิ่งควบคุมความสำเร็จ

5. วางแผน หาผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนนี้ ทุกคนได้วิเคราะห์ตนเอง แสดงพลังความสามารถ และภารกิจที่จะร่วมทำงานในเรื่องใดได้บ้าง

6. จัดทำแผน / กิจกรรม / โครงการ ซึ่งขั้นตอนนี้จะเป็นการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อการนำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ Action

A4: จัดการอบรมโครงการอบรมความรู้ 3อ. แก่นำสุขภาพชุมชน กิจกรรมมีการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และภาคีเครือข่าย โดยใช้การบรรยายให้ความรู้ผ่านทางวีดิทัศน์การบรรยายภาพนิ่ง เป็นเวลา 6 ชั่วโมง และทำแบบทดสอบ Pre-test และ Post-test

A5: จัดการอบรมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 4 ครั้ง มีการวัดคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. ด้วยแบบสอบถาม ก่อนการจัดอบรม และได้ทำการอบรมโดยใช้รูปแบบการสอนเชิงบรรยายและเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

O6: ติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย โดยการออกติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แบบสังเกตพฤติกรรม และแบบสอบถามในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองตามหลัก 3อ. 2ส.

O7: ประเมินผลการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดประชุม มีการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

R8: การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมเล่าเรื่องถึงการดำเนินงานพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน และสรุปผล

R9: ร่วมประชุมถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยการจัดประชุมกลุ่มในรูปแบบการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงในรูปแบบการแสดงความคิดเห็นในหัวข้อการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสรุปผล

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการวิจัย ได้ดำเนินการดังนี้

3.5.1 ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวระเหว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว นายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ และกำนันตำบลห้วยแย้

3.5.2 การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ จะเก็บโดยการตอบแบบสอบถาม และการศึกษาข้อมูลจากเอกสารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ เทศบาลตำบลห้วยแย้

3.5.3 สำหรับการประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัยและวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแต่ละข้อให้มีความเข้าใจตรงกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ได้ถูกต้องและตรงกัน

3.5.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ดำเนินการประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังจากการจัดกิจกรรมโครงการ

3.5.5 จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อร่วมดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำความเข้าใจให้ตรงกันและร่วมวางแผน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยนายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้เป็นผู้ออกคำสั่ง

3.5.6 การสังเกตการปฏิบัติงานของผู้ร่วมวิจัยและผู้ถูกวิจัยแล้วติดตามประเมินผลหลังจากการปฏิบัติตามการพัฒนากระบวนการสร้างความเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด เป็นการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมกิจกรรม ในประเด็นความสนใจ ความตั้งใจ การแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในกระบวนการของกิจกรรม

3.5.7 การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน

3.5.8 การสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า (Story Telling)

- พัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยการจัดประชุมสม่ำเสมอ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้ดำเนินการเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้
ชุดที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น มีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ
น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิตในขณะนั้น รายได้ของครอบครัว ระดับความรุนแรงของโรค
ความเจ็บป่วยที่พบร่วม การรักษาที่ได้รับ โดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิง
บวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นแบบถูก หรือ ผิด โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกได้เพียง 1
คำตอบ

ตอบถูก	หมายถึง	ได้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	หมายถึง	ได้คะแนน	0	คะแนน

ผลรวมของคะแนนทั้งหมดมีค่าความถี่ ระหว่าง 0 – 20 คะแนน โดยอ้างอิงตามหลักการ
Learning for Mastery ของ (ชูชัย อรรถวิสัย. 2556. อ้างอิงมาจาก Bloom. 1971) แบ่งเป็น 3
ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความรู้สูง	หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16–20 คะแนน)
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง ร้อยละ 60-79.9 (12-15 คะแนน)
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 บทบาทในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน
จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีบทบาทในชุมชน
คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น
ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับการมีบทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ เป็น 3 ระดับชั้น
คะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับการมีบทบาท	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการมีบทบาทมาก	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับการมีบทบาทปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับการมีบทบาทน้อย	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน
จำนวน 10 ข้อ มีการมีส่วนร่วมคือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในชุมชน เป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \end{aligned}$$

$$= 0.66$$

ระดับการมีส่วนร่วม	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน จำนวน 29 ข้อ มีการปฏิบัติกิจกรรม คือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ช่วงคะแนน 1-29 คะแนน

ประจํา	หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง ท่านได้ปฏิบัตินานๆ ครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตามข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติ หรือ ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน เป็น 3 ระดับชั้นคะแนนพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.66$$

ระดับการปฏิบัติ	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการปฏิบัติมาก	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับการปฏิบัติน้อย	หมายถึง การให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มีความพึงพอใจคือ มาก ปานกลาง และ น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาระดับความพึงพอใจจากค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับความพึงพอใจ	หมายถึง	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ชุดที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการจดบันทึก (Observation and Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วจะนำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นคำถามจากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคล ซึ่งอาจมีผลสืบเนื่องกับจริยธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่การรับรอง PH 040/2561 วันที่รับรอง 27 กุมภาพันธ์ 2561 วันหมดอายุ 26 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยพิจารณาต่าง ๆ ดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือไปเชิญกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3.8.2 กระบวนการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางด้านร่างกายและจิตใจต่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวไม่เข้าร่วมจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ จะไม่มีการบังคับ

3.8.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม จะให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นโดยเท่าเทียมกัน และมีสิทธิ์ที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดประชุมและดำเนินการประชุมจะไม่มี ความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.8.4 ผู้วิจัยรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง

3.8.5 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

3.8.6 ถ้าหากมีการบันทึกเทป บันทึกภาพหรือจดบันทึกการสังเกตผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.8.7 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ บทบาทของชุมชนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กระบวนการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ และได้แนวทางปฏิบัติที่ได้จากการระดมความคิดในการประชุมเชิงปฏิบัติการนั้น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ก่อนการทดลองใช้แนวปฏิบัติในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนและมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางแก้ไขและสรุปแนวปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมายของการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอ ดังนี้

n	แทน	จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	แทน	ค่าเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม

Min แทน จำนวนที่น้อยที่สุด

Max แทน จำนวนที่มากที่สุด

p - Value แทน ความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนของกิจกรรมแล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งจะได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) บริบทของพื้นที่
- 2) บริบทของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 3) ลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)
- ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)
- ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

การติดตามผลการดำเนินงานของกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) พฤติกรรมสุขภาพในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4) บทบาทในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5) ความพึงพอใจในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection)

ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงานในกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

ตอนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

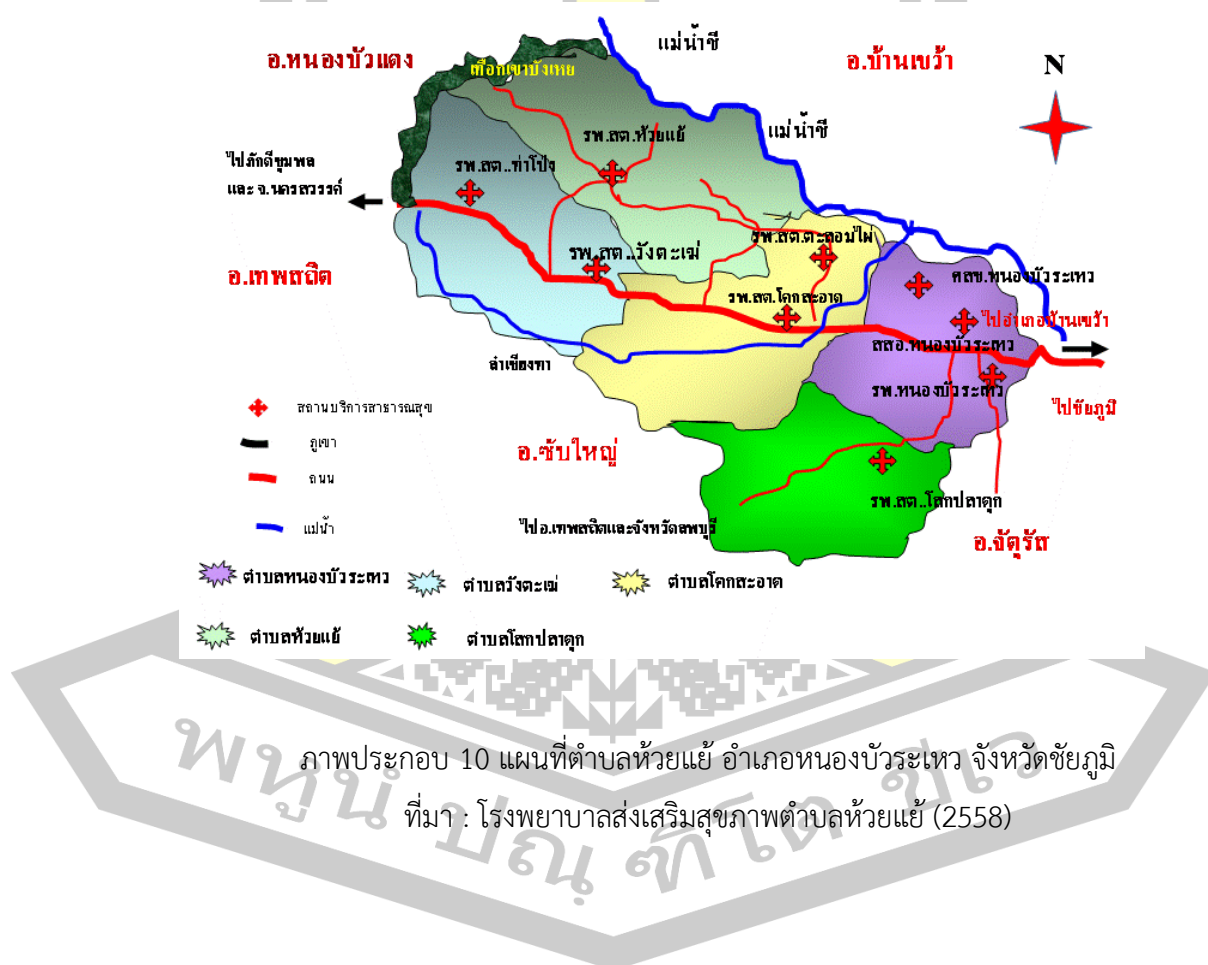
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 บริบทของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

4.3.1 บริบทของพื้นที่

ชุมชนตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดชัยภูมิ มีหมู่บ้าน 14 หมู่บ้าน อยู่ห่างจากจังหวัดชัยภูมิ 60 กิโลเมตร สภาพพื้นที่เป็นป่า และภูเขาสลับพื้นที่ราบ เนื้อที่ประมาณร้อยละ 70 อยู่ในป่าเทือกเขาพังเหย มีลำห้วยแย้ ลำห้วยยางไหลผ่าน เป็นแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรการอุปโภคและบริโภค สภาพถนนผ่านหมู่บ้านและถนนเชื่อมระหว่างหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นถนนลาดยาง บางช่วงเป็นถนนลูกรัง ถนนภายในหมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีตเสริมเหล็กและถนนลูกรัง มีบ้านโคกยาว หมู่ที่ 14 การสัญจรไม่สะดวกในช่วงฤดูฝน เพราะมีน้ำท่วมเมื่อฝนตกหนัก มีบ้านใหม่สามัคคี หมู่ที่ 2 บ้านห้วยยางดี หมู่ที่ 5 บ้านคลองงูเหลื่อม หมู่ที่ 8 บ้านเหวใหญ่ หมู่ที่ 12 เดินทางไม่สะดวกในช่วงฤดูฝนเพราะเป็นถนนลูกรัง บางส่วนอยู่บนหลังเขา การเดินทางมารับบริการโดยรถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถไถนาเดินทางตามพ่วงท้าย หรือเดิน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลนองบัวระเหว ที่มีระยะทางประมาณ 30 กิโลเมตร ใช้เส้นทางถนนทางหลวงชนบทห้วยแย้ และถนนชัยภูมิ-นครสวรรค์ การดูแลด้านสุขภาพ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ รับผิดชอบหมู่บ้าน 11 หมู่บ้าน มีครัวเรือน 1,576 หลังคาเรือน ประชากรทั้งสิ้น 5,726 คน เป็นเพศชาย 3,161 คน และเพศหญิง

2,565 คน โดยประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร พืชส่วนใหญ่ที่สำคัญได้แก่ มันสำปะหลัง ข้าว อ้อย ข้าวโพด ฯลฯ ประชาชนตำบลห้วยแย้ มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 64,918 บาท/ปี/คน (ที่มา: สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอหนองบัวระเหว) นับถือ ศาสนาพุทธ ส่วนชนบธรรมเนียมประเพณี มี บุญประเพณีข้าวเปลือก บุญเดือนหก มีศาลเจ้าพ่อขุนหาญเป็นที่เคารพสักการะของชาวตำบลห้วยแย้ มีทรัพยากรด้านบริการทางสุขภาพ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง สถานพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 11 แห่ง อัตรากำลังด้านบุคลากรทีมหมอครอบครัว 4 คน (อัตราส่วนหมอครอบครัวต่อประชากร 1 : 1,432) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 118 คน (อัตรา อสม.ต่อจำนวนครัวเรือน 1 : 14 หลังคาเรือน) และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Caregiver) จำนวน 22 คน ดังแสดงในภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 แผนที่ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ
ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ (2558)

4.3.2 บริบทของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาเอกสารและข้อมูลด้านสุขภาพในตำบลห้วยแย้ พบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่มีสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นอันดับต้นๆ ของปัญหาทางสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง (Health Data Center (HDC). โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ (2559)) ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรค เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดีของประชาชน ทั้งปัญหาการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ส่งผลทำให้มีอัตราการเพิ่มจำนวนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังตาราง 12

ตาราง 12 โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ 5 อันดับแรกย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2556 - 2560)

ชื่อโรค/ ปัญหาสุขภาพ	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
เบาหวาน	1541.60	1478.68	2514.24	2615.25	2247.54
ความดันโลหิตสูง	2328.14	2501.18	2706.30	2578.36	2101.58
หัวใจ	314.61	3932.27	453.96	478.36	402.20
จิตเวช	314.61	334.62	384.12	325.68	258.65
โรคไต	31.46	16.78	69.84	45.52	32.12

ที่มา : Health Data Center (HDC). โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ (2560)

หมายเหตุ: อัตราป่วยต่อแสนประชากร

จากปัญหาการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ที่มีอัตราการป่วยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต ฯลฯ เพิ่มขึ้นตามไปด้วย สาเหตุของการเกิดโรคแทรกซ้อน เกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติได้ จากข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 314 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.14 ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 337 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.46 ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 373 ราย

สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.60 ปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 380 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 310 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.00 (Health Data Center (HDC), สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. 2560) ทางผู้วิจัยจึงได้นำปัญหาดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อหาทางแก้ไข โดยการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) พบว่า ปัญหาการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงความร่วมมือจากประชาชน และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การดำเนินงานควรมีแผนงาน/โครงการอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เกิดเป็นกระบวนการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

4.3.3 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย กลุ่มภาคีเครือข่าย ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ กำหนดตำบลห้วยแย้, นายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้, หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, รองนายกเทศมนตรี, ปลัดเทศบาล, รองปลัดเทศบาล, ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือตัวแทน, พระอธิการ, เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.ห้วยแย้, ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 37 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ จำนวน 39 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 76 คน ซึ่งแบ่งข้อมูลเป็น 2 ชุด ดังนี้ 1. ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิตสูงในขณะนั้น รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และบทบาทหน้าที่ของท่านในชุมชน และ 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิตสูงในขณะนั้น รายได้ของครอบครัว ระดับความรุนแรงของโรค ความเจ็บป่วยที่พบร่วม การรักษาที่ได้รับ

สรุปการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของกลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย พบว่า จำนวน ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่ร่วมกิจกรรมโครงการส่วนใหญ่จะมาจากภาคีเครือข่าย ด้านเพศ ที่มีมากที่สุดคือ เพศชาย ร้อยละ 59.56 เพศหญิง ร้อยละ 40.04 ด้านอายุ ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 41 – 50 ปี ร้อยละ 37.84 รองลงมาคือช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.03 ด้านระดับการศึกษา มากที่สุดคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.54 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.03 ด้านสถานภาพการสมรส มากที่สุดคือ คู่ ร้อยละ 81.08 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 10.81 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 81.08 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 13.51 ด้านดัชนีมวลกาย มากที่สุดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.48 รองลงมาคือ อ้วนและต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 5.41 ด้านระดับความดันโลหิตสูง มากที่สุดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 94.59 ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากที่สุดอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 62.17 รองลงมา 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 24.32 ระยะเวลาในการทำงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 56.76 และด้านบทบาทหน้าที่ของท่านในชุมชน มากที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 54.05 รองลงมาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 27.03 ดังตาราง 13

ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มภาคีเครือข่าย จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ประชากร	ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	22	59.56
	หญิง	15	40.44
อายุ	21-30 ปี	5	13.51
	31-40 ปี	8	21.62
	41-50 ปี	14	37.84
	51 ปีขึ้นไป	10	27.03
	Mean = 42 , SD = 1.25 , Max = 50 , Min = 21 ,Median = 40		
ระดับการศึกษา	ชั้นประถมศึกษา	1	2.70
	มัธยมศึกษาตอนต้น	8	21.62
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	40.54
	อนุปริญญา	3	8.11
	ปริญญาตรี	10	27.03
สถานภาพการสมรส	โสด	1	2.70
	คู่	30	81.08
	หม้าย	4	10.81
	หย่า / แยกกันอยู่	2	5.41

ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มภาคีเครือข่าย จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	5	13.51
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	30	81.08
รับจ้าง	2	5.41
ค่าดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์	2	5.41
ปกติ	32	86.48
เริ่มอ้วน	1	2.70
อ้วน	2	5.41
ระดับความดันโลหิตสูง		
ปกติ	35	94.59
สูง	2	5.41
รายได้ (บาท)		
5,001-10,000 บาท	4	10.81
10,001-15,000 บาท	23	62.17
15,001-20,000 บาท	9	24.32
มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป	1	2.70
ระยะเวลาในการทำงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
น้อยกว่า 1 ปี	10	27.03
1-5 ปี	21	56.76
5-10 ปี	4	10.81
มากกว่า 10 ปี	2	5.40
บทบาทหน้าที่ของท่านในชุมชน		
ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน	4	10.81
ผู้ดูแลผู้ป่วย	10	27.03
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	21	56.76
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข)	2	5.40

การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านเพศ ที่มีมากที่สุดคือ เพศหญิง ร้อยละ 87.18 เพศชาย ร้อยละ 12.82 ด้านอายุ ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 69.23 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 25.64 ด้านระดับการศึกษา มากที่สุดคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 48.72 รองลงมาคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 ด้านสถานภาพการสมรส มากที่สุดคือ คู่ ร้อยละ 76.92 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 15.83 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.49 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 17.95 ด้านดัชนีมวลกาย มากที่สุดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 64.10 รองลงมาคือ อ้วน ร้อยละ 17.95 ด้านระดับความดันโลหิตสูง มากที่สุดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.23 ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากที่สุดอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 64.10 รองลงมา 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 30.77 ด้านระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดอยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 61.54 รองลงมา คือช่วง 0-5 ปี ร้อยละ 20.51 ด้านความเจ็บป่วยที่พบร่วมและการรักษาที่ได้รับ พบว่าไม่มีโรคแทรกซ้อนและทานแต่ยาความดันอย่างเดียว ร้อยละ 82.05 มีโรคแทรกซ้อนและทานยาโรคอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 17.95 ดังตาราง 14

ตาราง 14 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	12.82
หญิง	32	87.18
อายุ		
21-30 ปี	0	0
31-40 ปี	2	5.13
41-50 ปี	10	25.64
51 ปีขึ้นไป	27	69.23
Mean = 52 , SD = 1.25 , Max = 72 , Min = 21 , Median = 45		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	48.72
ชั้นประถมศึกษา	13	33.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	12.82
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	5.13

ตาราง 14 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
คู่	30	76.92
หม้าย	6	15.38
หย่า / แยกกันอยู่	3	7.70
อาชีพ		
เกษตรกร	31	79.49
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	1	2.56
รับจ้าง	7	17.95
ค่าดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์	1	2.56
ปกติ	25	64.10
เริ่มอ้วน	6	15.39
อ้วน	7	17.95
ระดับความดันโลหิตสูง		
ปกติ	12	30.77
สูง	27	69.23
รายได้ (บาท)		
5,001-10,000 บาท	25	64.10
10,001-15,000 บาท	12	30.77
15,001-20,000 บาท	2	5.13
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
0-5 ปี	8	20.51
5-10 ปี	24	61.54
มากกว่า 10 ปี	7	17.95
ความเจ็บป่วยที่พบร่วม		
ไม่มี	32	82.05
มี	7	17.95

ตาราง 14 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ		
ยารักษาความดันโลหิตสูง	32	82.05
ยารักษาโรคที่พบร่วม	7	17.95

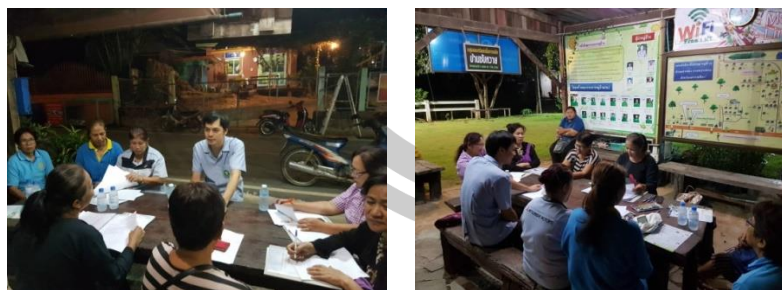
ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่ง กระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นการวางแผน (Planning : P) ขั้นการปฏิบัติการ (Action : A) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation : O) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection : R) โดยผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นรูปแบบการวิจัยที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่างการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริง โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัย ในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน ในฐานะ ภาคีเครือข่ายหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เกิดขึ้นจริงและนำมาซึ่งการแก้ไขปัญหาสู่การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน Planning

ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2561

P1: วิเคราะห์บริบทการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน ซึ่งได้ดำเนินการประชุมในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการจัดทำวิจัยและวิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 13 บ้านห้วยแย้ รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คน



ภาพประกอบ 11 กิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group) วิเคราะห์บริบทการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้จัดประชุมแบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) พบว่า พื้นที่ตำบลห้วยแย้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ บางหมู่บ้านมีระยะห่างจาก ประมาณ 40 กิโลเมตร ต้องใช้เวลาในการเดินทาง ประมาณ 5 ชั่วโมง เพราะการคมนาคมที่ไม่สะดวก ถนนส่วนใหญ่เป็นถนนเพื่อการเกษตร การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขก็ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยมีการขาดนัดตรวจรักษา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมาเป็นจำนวนมากมาย อีกทั้งพื้นที่ตำบลห้วยแย้ยังขาดแผนงาน/โครงการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากทางผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ยังมองไม่เห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องมีการพัฒนากระบวนการโดยการพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบเดิมเป็นรูปแบบการดูแลแบบใหม่ ซึ่งกระบวนการดูแลแบบเดิมนั้น ไม่มีการประสานงานในระดับภาคีเครือข่าย ไม่มีแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รวมถึงการขาดทรัพยากรในการดำเนินงาน กระบวนการเดิมเน้นการตั้งรับในสถานบริการสาธารณสุข มากกว่าการแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข จึงมีความจำเป็นที่จะทำให้ปัญหานี้ ได้รับการแก้ไขโดยชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2561 ได้ดำเนินการจัดการประชุมภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผู้เข้าร่วม จำนวน 76 คน ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย 37 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน มีขั้นตอน ดังนี้

P2: วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา

โดยการจัดประชุม ค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรคใช้หลัก (AIC) โดยการดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

1) การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยได้รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และรูปแบบการดูแลโรคความดันโลหิตสูงในระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

2) การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนา ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อเขียนความคิดเห็นในกระดาษนำเสนอ ถึงการกำหนดอนาคตร่วมกันและสิ่งที่อยากเห็นในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน พบว่า ชุมชน “อยากให้มีการควบคุมพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร”

(ภาคีเครือข่าย คนที่ 1, 2561 : สัมภาษณ์)

ที่เสี่ยงต่อระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมถึง “อยากให้มีส่วนที่ออกกำลังกาย” ในทุกหมู่บ้านที่สามารถเข้าถึงได้โดยง่าย

(ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คนที่ 1, 2561: สัมภาษณ์)

3) การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพพึงประสงค์ ผู้วิจัยได้ตั้งคำถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยระบุถึงความต้องการของกลุ่มที่อยากให้ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบใด เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีความต่อเนื่องยั่งยืน

4) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นำเสนอแผนงานโครงการหรือกิจกรรมที่ทางกลุ่มของตนเองได้เลือกใช้ในการแก้ไขปัญหา ตามลำดับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งได้ข้อสรุปว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เลือกโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทางผู้เข้าร่วมวิจัยได้เลือกโครงการอบรมความรู้ แก่นนำสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. และโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทางผู้เข้าร่วมวิจัยมีความคิดเห็นว่าจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองจึงได้เลือกโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการดำเนินการพัฒนากระบวนการในครั้งนี้

5) การแบ่งความรับผิดชอบ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทำการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร และแต่ละบุคคลในการดำเนินงานพัฒนากระบวนการกระบวนการสร้าง

เสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โดยได้มีการแบ่งหน้าที่ ดังนี้

(1) ขั้นตอนการเสนอแผนงานโครงการ มีการขับเคลื่อนแผนงานโครงการ ไปในงบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยแย้ ปี 2560 โดยประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเลขานุการนายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้ เป็นผู้รับหน้าที่เสนอแผนงานโครงการดังกล่าว

(2) ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการ ทางทีมสาธารณสุข โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้รับหน้าที่สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ

(3) การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทีมกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้านเป็นผู้รับหน้าที่ดำเนินการติดต่อสื่อสารให้กับกลุ่มผู้ป่วยและญาติได้รับทราบตามเสียงตามสายและการแจ้งข่าวสาร

(4) การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทีมเทศบาลตำบลห้วยแย้จะเป็นผู้ให้การสนับสนุน



ภาพประกอบ 12 การประชุมวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา

ผลจากการดำเนินงานวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา พบว่า กลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจในการวิเคราะห์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี มีความตั้งใจที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหา โดยสรุปออกมาได้ว่า ปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้น เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลของตัวผู้ป่วยที่ไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และขาดรูปแบบ/กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปผลการประชุมทั้ง 2 กิจกรรมในการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา พบว่า ปัญหาเกิดจากขาดระบบการบริหารจัดการเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โดยต้องเริ่มจากการ

พัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนให้เกิดความ
รับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงได้มีการดูแลตนเองในทางที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ใน
ภาวะปกติได้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพร่วมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (Unity)

P3: จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแล
ตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน คือ
กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน (อสม.)
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี
ปลัดเทศบาล รองปลัดเทศบาล สมาชิกเทศบาล หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลประจำคลินิกของตำบลห้วยแย้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนสถานศึกษา พระอธิการ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูง

ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2561 ได้จัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน
ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 25 คน โดยได้พูดคุยในเรื่องของ
การดำเนินงานการระบุงิจกรรมขั้นตอน ระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรม และบทบาทหน้าที่ของ
ภาคีเครือข่าย ซึ่งทางผู้นำท้องถิ่น และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้นำแผนงาน
โครงการ จำนวน 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมแกนนำสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. และ โครงการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าไปเสนอในการประชุมงบประมาณ
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยแย้ ในวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2561 ได้รับการอนุมัติให้ดำเนิน
โครงการอบรมแกนนำสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. และ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง จากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยแย้



ภาพประกอบ 13 การประชุมทำแผนปฏิบัติการ

สรุปผลการดำเนินงานในกิจกรรมครั้งที่ 3 ประชุมคณะกรรมการคณะทำงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า ได้รับการอนุมัติจัดทำโครงการ จำนวน 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน และโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และได้กำหนดการจัดกิจกรรมโครงการอบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน ในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 1 วัน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ แก่นนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและคณะกรรมการคณะทำงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และกำหนดการจัดกิจกรรมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 18 ,25 เมษายน พ.ศ. 2561 และ 2, 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 4 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการตามนัด

สรุปได้ว่า จากการจัดกิจกรรมในขั้นวางแผน (Planning) กลุ่มภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับทราบถึงสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น รู้จักการวางแผน การจัดการปัญหา รวมถึงแนวทางในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนให้เกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาให้เกิดความยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องให้ชุมชนรับรู้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้น ว่าเป็นปัญหาของชุมชน ไม่ได้เป็นปัญหาของคนใดคนหนึ่ง หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เกิดการรับรู้ถึงการทำงานร่วมกันในอนาคต จำเป็นต้องมีการวางระบบการดูแลแบบบูรณาการ (Integration Clause: I)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ Action

ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2561

A4: โครงการอบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน มีผู้เข้าร่วมจำนวน 76 คน กิจกรรม มีการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 37 คน รวมทั้งสิ้น 76 คน โดยใช้การบรรยาย ให้ความรู้ผ่านทางวีดิทัศน์การบรรยายภาพนิ่ง เป็นเวลา 6 ชั่วโมง



ภาพประกอบ 14 การอบรมให้ความรู้เรื่องโครงการอบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน

สรุปผลการดำเนินงานโครงการอบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน พบว่า กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประชุมอบรม จำนวนรวมทั้งสิ้น 76 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 37 คน ผลการทดสอบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับคะแนนความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาจากการทำแบบทดสอบ Pre-test และ Post-test รวมถึงกลุ่มเป้าหมายมีความคิดเห็นร่วมกันในการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีการดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติตามหลัก 3อ.2ส. และการรับบริการทางสาธารณสุขตามระบบการดูแลของชุมชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพของตนเอง (Belonging Health Decision: B)

A5: โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

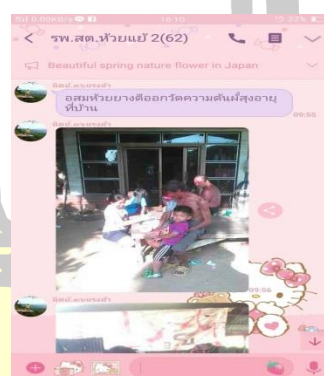
กิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 4 ครั้ง ในวันที่ 18 ,25 เมษายน พ.ศ. 2561 และ 2, 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการรวมทั้งสิ้น 252 คน มีการวัดคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ด้วยแบบสอบถาม ก่อนการจัดอบรม และได้ทำการอบรมโดยใช้รูปแบบการสอนเชิงบรรยายและเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ชั่วโมง



ภาพประกอบ 15 การอบรมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปผลการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ จำนวนทั้งสิ้น 252 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 380 คนคิดเป็นร้อยละ 66.32 ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัว เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้ ซึ่งวัดจากการซักถามระหว่างการอบรมและหลังการอบรม และมีการจัดตั้งกลุ่ม Line ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลห้วยแย้ ในการติดต่อประสานงานกันในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2561 ซึ่งได้ดำเนินการจัดประชุม Small Room โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน ในการจัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ เปิดให้บริการทุกวันพุธ และวันศุกร์ทุกสัปดาห์ และมีการ

ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร โดยได้ดำเนินการมอบหมายหน้าที่ให้ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตามเสียงตามสายและหอกระจายข่าว เป็นประจำทุกวันในเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 จากกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย คณะทำงานดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ตลอดเวลา มีความรวดเร็ว เกิดเป็นระบบข้อมูลผ่านระบบไร้สาย (LINE Application Information System: L)



ภาพประกอบ 16 ประชุม Small Room จัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. และตั้งกลุ่ม LINE Application

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

O6: ติดตาม นิเทศงาน ในวันที่ 1-6 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ได้ออกดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. วัดผลหลังการพัฒนา โดยได้ติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ จำนวน 39 คน



ภาพประกอบ 17 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปผลการดำเนินงานติดตามเยี่ยม และนิเทศงานกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนตำบลห้วยแย้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ หลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น โดยมีระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 38.41 ระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 61.59 ดังตาราง 15

ตาราง 15 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับการปฏิบัติก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	12	30.77	24	61.59
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	27	69.23	15	38.41
ระดับการปฏิบัติน้อย	0	0	0	0
รวม	39	100	39	100

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 15.71 และ 16.75 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตาราง 16

ตาราง 16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา

ระดับการปฏิบัติ	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	39	2.21	0.32	0.06	0.16-1.04	38	0.52	<0.001*
หลังพัฒนา	39	2.79	0.16					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง ร้อยละ 23.68 ระดับความรู้สูง ร้อยละ 76.32 ดังตาราง 17

ตาราง 17 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความรู้ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง	38	50	58	76.32
ระดับความรู้ปานกลาง	35	46.05	18	23.68
ระดับความรู้ต่ำ	3	3.95	0	0
รวม	76	100	76	100

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 15.71 และ 16.75 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตาราง 18

ตาราง 18 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	76	15.71	2.58					
หลังพัฒนา	76	16.75	1.72	0.24	0.16 – 0.98	75	0.54	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการติดตาม นิเทศงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย “อยากให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง” (ผู้ป่วย คนที่ 2, 2561 : สัมภาษณ์) ในเชิงปฏิบัติให้ความครอบคลุม ทั้งตัวผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และญาติผู้ดูแลให้ความรู้ สามารถให้การดูแลอย่างถูกต้อง รวมถึงแกนนำเครือข่ายในชุมชนให้ความรู้สามารถป้องกัน แก้ไขปัญหาความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

07: ประเมินผล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการประเมินผลการดำเนินงานจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวนผู้เข้าร่วม 76 คน วัตถุประสงค์จากแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในการร่วมกิจกรรมการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน โดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาพประกอบ 18 การประเมินผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินงาน ในการวัดระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนตำบลห้วยไ้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 69.23 ระดับการมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 61.59 ดังตาราง 19

ตาราง 19 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	9	11.84	49	30.77
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	52	68.42	27	69.23
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	15	19.74	0	0
รวม	76	100	76	100

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 2.21 และ 2.42 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการ

มีส่วนร่วมในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)
 ดังตาราง 20

ตาราง 20 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วม	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	76	2.21	0.16	0.23	0.15-1.02	75	4.11	<0.001*
หลังพัฒนา	76	2.42	0.20					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับบทบาทในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนตำบลห้วยแย้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับบทบาทในชุมชนหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น มีระดับบทบาทปานกลาง ร้อยละ 38.41 ระดับบทบาทมาก ร้อยละ 61.59 ดังตาราง 21

ตาราง 21 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับบทบาทในการพัฒนา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับบทบาทในการพัฒนา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับบทบาทมาก	31	40.79	65	61.59
ระดับบทบาทปานกลาง	43	56.58	14	38.41
ระดับบทบาทน้อย	2	2.63	0	0
รวม	76	100	76	100

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับบทบาทในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 2.25 และ 2.68 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทในการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตาราง 22

ตาราง 22 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับบทบาทในการพัฒนาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ค่าเฉลี่ย บทบาทในการ พัฒนา	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	76	2.25	0.28	0.15	0.11-0.93	75	5.02	< 0.001*
หลังพัฒนา	76	2.68	0.25					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนตำบลห้วยแย้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนากระบวนการเพิ่มขึ้น มีระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 18.42 ระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 81.58 ดังตาราง 23

ตาราง 23 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความพึงพอใจก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	16	21.05	62	81.58
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	60	78.95	14	18.42
ระดับความพึงพอใจน้อย	0	0	0	0
รวม	76	100.00	76	100.00

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 2.18 และ 2.68 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตาราง 24

ตาราง 24 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับ ความพึงพอใจ	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	76	2.18	0.96	0.17	0.26-0.87	75	1.28	< 0.001*
หลังพัฒนา	76	2.68	0.45					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า จากการดำเนินงานในขั้นติดตาม นิเทศงาน ประเมินผล (Observation) ทำให้เกิดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม รับรู้ถึงการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายบุคคล เป็นการบริการที่ใกล้ชิด ประจูดังญาติพี่น้อง และชุมชนก็มีส่วนร่วมของชุมชนที่จะช่วยกันประเมินผลร่วมกัน ทุกภาคส่วนในชุมชนมีการร่วมสัมพันธ์กันอย่างกลมเกลียว มองทิศทางการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับการบริการสุขภาพของชุมชน เพื่อชุมชน โดยใช้คำว่า ชุมชนบริการสุขภาพ (Community Health Service: C)

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

R8: การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ในวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2561 มีผู้เข้าร่วม จำนวน 76 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 37 คน โดยการจัดกิจกรรมเล่าเรื่องถึงการดำเนินงานพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการส่วมตัวแทนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 5 คน ร่วมกันสนทนากลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยยึดหลักการดูแลสุขภาพตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (CCM) ในรูปแบบเดิม และได้ดำเนินการพัฒนากระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนใน 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์บทบาทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน 2) ประชุม ค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลัก (AIC) 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4) อบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) ติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย 7) ประเมินผลการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) ร่วมถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ให้เกิดความสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบใหม่ ตามขั้นตอนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (CCM) โดย Mac Coll Institute for Health Care Innovation เป็นกลุ่มนักวิจัย นำโดย (Edward H Wagner, 1992) อังอิงโน (วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี, 2554) เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเอง, การออกแบบระบบการให้บริการ, การสนับสนุนการตัดสินใจ, ระบบข้อมูลทางคลินิก, หน่วยงานบริการสุขภาพ และทรัพยากรและนโยบายของชุมชน เกิดเป็นรูปแบบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้ดำเนินการดังตาราง 25

ตาราง 25 การจัดระบบบริการสุขภาพตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model ในรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	
รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>1. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management Support)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีคณะกรรมการเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลตามมาตรฐาน <p>2. การออกแบบระบบการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลระบบบริการตามนัด - ขาดแผนงานโครงการ - ระบบ Care Manager และ Caregiver ให้การดูแลในผู้ป่วยติดเตียง 	<p>1. การสร้างทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพพร้อมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (Unity) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดตั้งชมรมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระบบจัดการความรู้อย่างครอบคลุม <p>2. ระบบการดูแลแบบบูรณาการ (Integrate Clause)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ป่วย - มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน - มีแผนงาน/โครงการงบประมาณตำบล - มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลรูปแบบของหมอครอบครัว - มีทีม Care Manager และ Caregiver ดูแลอย่างใกล้ชิด - มีการร่วมกันกำหนดรูปแบบการดูแลเป็นรายกรณีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - มีงบประมาณจากกองทุนตำบลในการดูแล - มีการเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหารายกรณี

ตาราง 25 การจัดระบบบริการสุขภาพตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model
ในรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ (ต่อ)

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	
รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>3. การสนับสนุนการตัดสินใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามเยี่ยมบ้าน - การบริการใกล้บ้านใกล้ใจ 	<p>3. การตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพของตนเอง (Belonging Health Decision)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตั้งระบบ LINE กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - มีการส่งยาผู้ป่วยแบบบริการถึงบ้าน - ค่อยกับหมอโดยตรงทางระบบ LINE
<p>4. ระบบข้อมูลทางคลินิก</p> <ul style="list-style-type: none"> - อสม.ติดตามผู้ป่วยขาดนัด 	<p>4. ระบบข้อมูลผ่านระบบไร้สาย (LINE Application Information System)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด แบบข้อความแจ้งเตือน - ระบบนัดแบบข้อความแจ้งเตือน - แจ้งข้อมูลความรู้ผ่าน LINE กลุ่ม
<p>5. หน่วยงานบริการสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้บริการทางคลินิกที่โรงพยาบาล 	<p>5. ชุมชนบริการสุขภาพ (Community Health Service)</p> <ul style="list-style-type: none"> - คลินิกโรคความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. - เทศบาลบริการรถรับส่งผู้ป่วยมายัง รพ.สต.และโรงพยาบาล
<p>6. ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำงานแบบภาคีเครือข่าย - มาตรการ/นโยบาย 	<p>6. การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ (Participation Health Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - มีรูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาพประกอบ 19 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผลของการจัดระบบบริการสุขภาพตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในการพัฒนารูปแบบกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ได้มีแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลโดยการจัดการบริหารในทุกภาคส่วนในชุมชน ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของแต่ละองค์กรให้เป็นภาระความรับผิดชอบ มีการสื่อสารระหว่างองค์กร โดยมีคณะกรรมการในการบริหารงาน ร่วมกันหาแนวทางการปฏิบัติ และปรับแก้แผนงานการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ตั้งไว้ พร้อมกันนี้เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขทุกคน มีความตั้งใจที่จะรักษามาตรฐานการรักษาและการดูแลที่ได้ตั้งไว้ รวมถึงการพัฒนากระบวนการทุกด้านอย่างต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างเต็มประสิทธิภาพ ตามบทบาทของโรงพยาบาลนองบัวระเหว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้

R9: ร่วมถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2561 มีผู้เข้าร่วม จำนวน 76 คน ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ภายหลังจากพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาพประกอบ 20 กิจกรรมการประชุมถอดบทเรียน

ผลจากการสัมภาษณ์

“กลุ่มแกนนำเครือข่ายดูแลผู้ป่วยให้ความเห็นว่าในอดีตรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นหน้าที่หลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทางโรงพยาบาลหนองบัวระเหว เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงก็เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างเดียว ไม่มีการรับยาหรือตรวจรักษาที่ รพ.สต.หรือ สถานีอนามัยเดิม ส่วนในเรื่องของการดูแลจากองค์กรต่างๆ นั้นก็ไม่มีใครสนใจ เพราะไม่มีความตระหนัก และความรู้ความเข้าใจในโรคดังกล่าว ทำให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนมาก”

(ภาคีเครือข่าย คนที่ 1, 2561 : สัมภาษณ์)

ในปัจจุบันมีระบบการดูแลที่ครอบคลุม โดยใช้หลัก บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ผู้ป่วยสามารถรับยา ตรวจรักษาที่ รพ.สต.ได้ และมีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยขาดนัดหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างต่อเนื่อง

(ภาคีเครือข่าย คนที่ 2, 2561: สัมภาษณ์)

กลุ่มแกนนำเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจึงมีความเห็นในการพัฒนากระบวนการฯ ให้เกิดความมั่นคง ยั่งยืน จึงได้เสนอข้อเสนอแนะ ดังนี้

- มีแผนงาน/โครงการรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องในแผนของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะ เป็น 3 หรือ 5 ปี
- มีคณะกรรมการดำเนินงาน ประชุมหารือกันเป็นประจำทุกปี
- เทศบาลตำบลห้วยแย้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปรับการรักษาที่รพ.สต.และโรงพยาบาลทุกวัน
- มีระบบเฝ้าระวังภัยสุขภาพโดยผู้นำชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะอันตราย เช่น Stroke STEMI เป็นต้น”

(ภาคีเครือข่าย คนที่ 1, 2, 3, 2561: สัมภาษณ์)

กลุ่มแกนนำเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจึงได้มอบหมายหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย

- เทศบาลตำบลห้วยแย้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำแผนงาน/โครงการ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นประจำทุกปี

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลสุขภาพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง

- ผู้ใหญ่บ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำในชุมชน ให้การ

ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

- ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ไม่ให้เกิดภาวะ

โรคแทรกซ้อน”

(ภาคีเครือข่าย คนที่ 2, 3, 2561: สัมภาษณ์)

“กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ความเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่อยากให้เกิดขึ้นกับตนเอง และคนรอบข้าง มีความลำบากใจในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่ตลอดเวลา และกลัวต่อภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะตามมา เมื่อตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างที่สมควร”

(ผู้ป่วย คนที่ 1, 2561: สัมภาษณ์)

“กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยากให้ความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้นในการเข้ารับบริการ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ รับยาได้ที่ รพ.สต.ห้วยแย้ ไม่ต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหวและมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาหรือตรวจเลือดใหญ่ที่โรงพยาบาลในรอบ 1 ปี โดยทางเทศบาลตำบลห้วยแย้จะเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน”

(ผู้ป่วย คนที่ 2, 2561: สัมภาษณ์)

ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยากให้ทางหน่วยงานต่างๆ ช่วยเหลือ คือ

- อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายคน
- อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำ

อย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อจะได้รู้ในความรู้ใหม่ๆ

- อยากให้เทศบาลตำบลห้วยแย้สนับสนุนเครื่องออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน
- อยากให้มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามหอกระจายข่าว เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง”

โลหิตสูง”

(ผู้ป่วย คนที่ 2, 2561: สัมภาษณ์)

จากการทำสนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง ได้ข้อสรุปว่า กลุ่มผู้ป่วยและแกนนำดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เห็นว่าในอดีตที่ผ่านมา การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนยังไม่เกิดความครอบคลุมอย่างแท้จริง เพราะการดูแลเน้นทางด้านการรักษามากกว่าการควบคุมป้องกัน ไม่มีแผนงาน/โครงการในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งโครงการ/แผนงานในปัจจุบันมีแต่การคัดกรองสุขภาพประชาชน และกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในวงกว้าง ไม่ได้เจาะจง เช่น กิจกรรมรำไม้พองในผู้สูงอายุ กิจกรรมธรรมะ ทุกวันพระ เป็นต้น ซึ่งจากการดำเนินงานในครั้งนี้ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่ายพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งรูปแบบในปัจจุบัน ทำให้เกิด ความสามัคคี และความร่วมมือร่วมใจกันของภาคีเครือข่าย และแกนนำในชุมชน มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบ เช่น ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย เป็นต้น

(ผู้เข้าร่วมวิจัย, 2561: สนทนากลุ่ม)

สรุปผลการจัดกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียน พบว่า ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ได้มีแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลโดยการจัดการบริหารในทุกภาคส่วนในชุมชน ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของแต่ละองค์กรให้เป็นภาระความรับผิดชอบ มีการสื่อสารระหว่างองค์กร โดยมีคณะกรรมการในการบริหารงาน ร่วมกันหาแนวทางการปฏิบัติ และปรับแก้แผนงานการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (CCM) ในรูปแบบใหม่ที่กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการร่วมกัน สอดคล้องกับคำว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ (Participation Health Management)

ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงานในกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

จากผลการดำเนินงานในการพัฒนากระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน ครั้งนี้ มี 9 ขั้นตอน ดังนี้

1) วิเคราะห์บทบาทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน ซึ่งได้ดำเนินการประชุมในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการจัดทำวิจัยและวิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) ประชุม ค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลัก (AIC) โดยการจัดประชุม ค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรคใช้หลัก (AIC) ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน, การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนา, การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพพึงประสงค์, การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ และการแบ่งความรับผิดชอบ

3) จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

4) อบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน โดยมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้กับแก่นนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

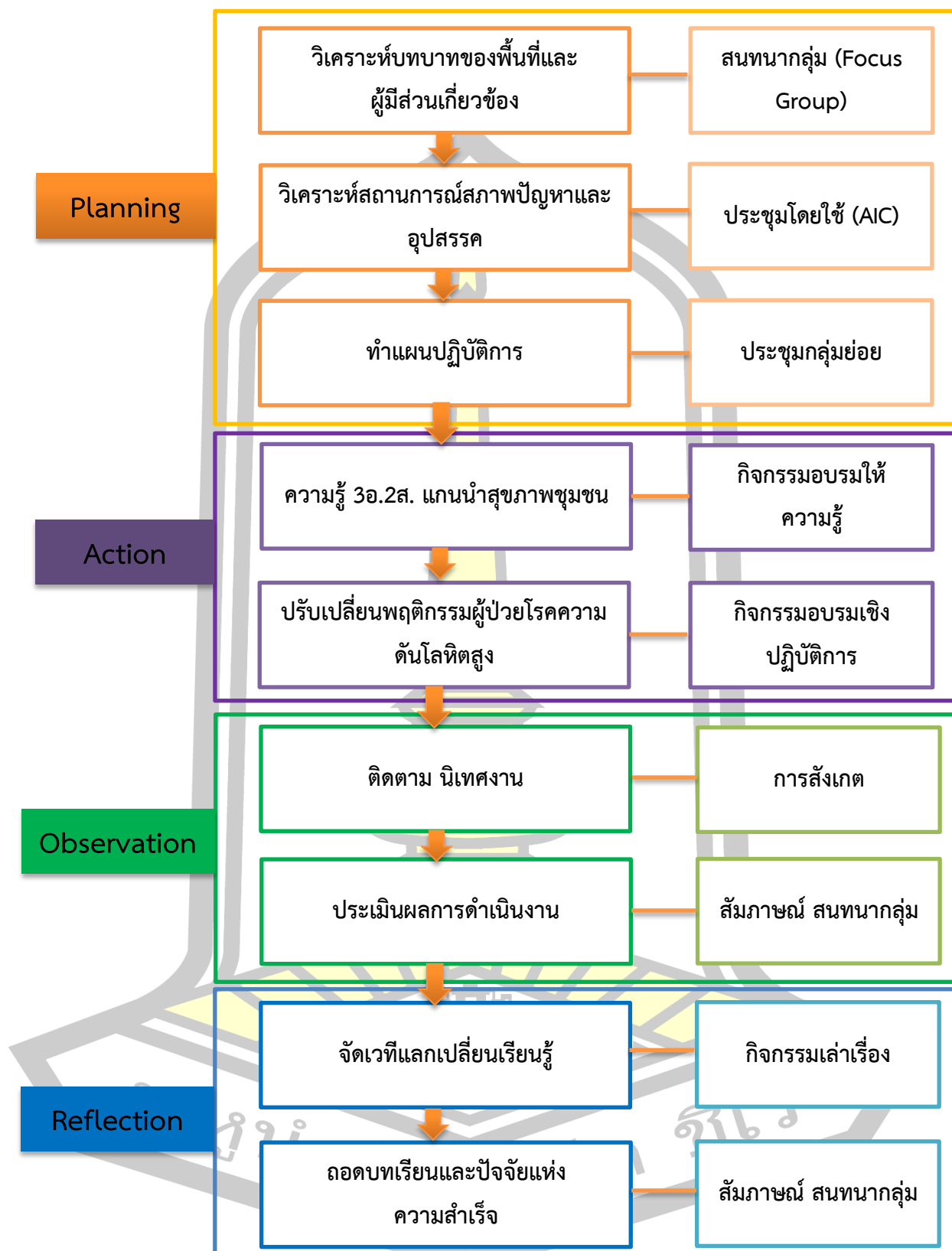
5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6) ติดตาม นิเทศงาน ได้ออกดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการวัดการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7) ประเมินผลการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการประเมินผลการดำเนินงานจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมเล่าเรื่องถึงการดำเนินงานพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

9) ร่วมถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ภายหลังจากพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แสดงขั้นตอนการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการตามในลักษณะของแผนผังดังภาพประกอบ 21



ภาพประกอบ 21 แผนผังขั้นตอนการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปผลหลังดำเนินงานวิจัยพบว่าการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจากกระบวนการการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 9 ขั้นตอน ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ทำให้เกิดรูปแบบในการพัฒนาออกมา 6 กระบวนการ ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ (Participation Health Management: P) ซึ่งเกิดขึ้นการพัฒนากระบวนการในระยะสะท้อนผล ทำให้เกิดผลลัพธ์ของการพัฒนากระบวนการ คือ มีคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีรูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน การเป็นหุ้นส่วนในการจัดการปัญหาของชุมชนร่วมกัน การสร้างทีมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในชุมชน ความเป็นเจ้าของในการกระบวนการพัฒนา การร่วมมือกันในการพัฒนากระบวนการ และชุมชนเป็นรากฐานในการพัฒนากระบวนการ ทำให้เกิดผลสำเร็จในการพัฒนากระบวนการ เพราะมีผู้นำที่ดี มีภาคีเครือข่ายที่ดี และมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ดี ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการที่มีความยั่งยืน

การสร้างทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (Unity: U) ซึ่งเกิดจากกระบวนการพัฒนาในระยะวางแผน (Planning) โดยจากการถอดบทเรียนพบว่าสิ่งที่ได้จากการพัฒนากระบวนการเกิดเป็นทีมทำงานที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีคณะทำงานในชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและองค์กรภายนอกด้วย

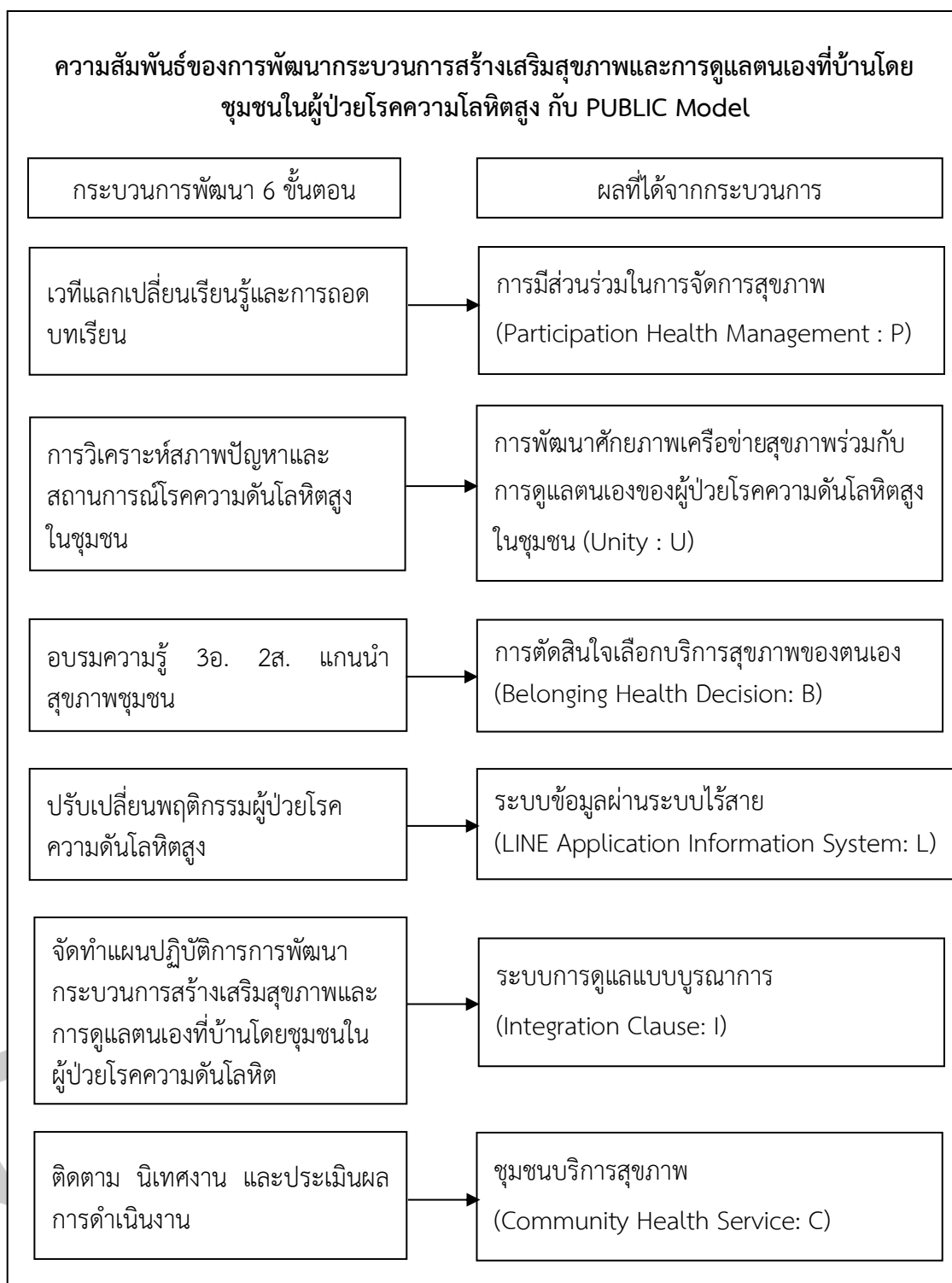
การตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพของตนเอง (Belonging Health Decision: B) เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นในระยะการปฏิบัติตามแผน ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน โดยได้มีการตั้งระบบ LINE กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, มีการส่งยาผู้ป่วยแบบบริการถึงบ้าน, คุยกับหมอโดยตรงทางระบบ LINE ซึ่งมีการตัดสินใจแล้วว่าเป็นแนวทางที่จะสามารถช่วยกันดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนให้มีความครอบคลุมและปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระบบข้อมูลผ่านระบบไร้สาย (LINE Application Information System: L) เป็นการดำเนินงานที่ใช้ในการเชื่อมโยงระบบการติดต่อที่ให้เกิดความรวดเร็วและมีความทันสมัยในการใช้แอปพลิเคชันในการส่งต่อข้อมูลข่าวสารหรือการติดต่อกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาคีเครือข่ายได้โดยตรง ซึ่งระบบทำงานที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ ประกอบด้วย ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดแบบข้อความแจ้งเตือน, ระบบนัดแบบข้อความแจ้งเตือน และแจ้งข้อมูลความรู้ผ่าน LINE กลุ่ม ชื่อกลุ่ม รพสต.ห้วยไผ่ มีสมาชิกในกลุ่ม จำนวน 64 คน

ระบบการดูแลแบบบูรณาการ (Integration Clause: I) ซึ่งในการพัฒนากระบวนการได้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วนและได้กำหนดรูปแบบการดำเนินงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดังนี้ มีภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ป่วย, มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน, มีแผนงาน/โครงการรบกกองทุนตำบล, มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลรูปแบบของหมอครอบครัว, มีทีม Care Manager และ Caregiver ดูแลอย่างใกล้ชิด, มีการร่วมกันกำหนดรูปแบบการดูแลเป็นรายกรณีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, มีงบประมาณจากกองทุนตำบลในการดูแล และมีการเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาหายกรณี

ชุมชนบริการสุขภาพ (Community Health Service: C) ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินงานโดยชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการจัดการระบบบริการให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเองเกิดขึ้นในระยะการสังเกตการณ์ โดยได้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการมีส่วนร่วมและบทบาทในการดำเนินงานพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน พบว่าหลังจากที่ได้มีกระบวนการพัฒนาดังกล่าวแล้วได้มีการจัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูงใน รพ.สต.และเทศบาลบริการรับส่งผู้ป่วยมายัง รพ.สต.และโรงพยาบาลตามนัดของเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดความสะดวกในการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพ ลดปัญหาการขาดนัด ปัญหาโรคแทรกซ้อนที่จะตามมาได้เป็นอย่างดี ซึ่งได้เรียบเรียงกระบวนการพัฒนาทั้ง 6 ขั้นตอน แสดงความสัมพันธ์ของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กับ PUBLIC Model ดังภาพประกอบ 22





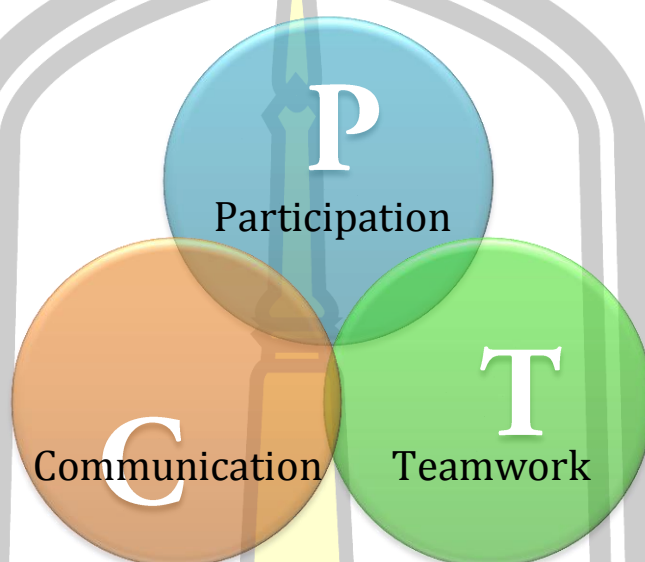
ภาพประกอบ 22 ความสัมพันธ์ของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความโลหิตสูง กับ PUBLIC Model

ตอนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

จากการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานคือ PUBLIC Model ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งเกิดจากการประชุมถอดบทเรียนร่วมกับชุมชน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เสนอว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จได้นั้น การมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน (Participation) โดยมีการเชื่อมโยงกันให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนทั้งภาคประชาสังคม ภาคการเมือง และภาควิชาการ ได้เกิดการติดต่อสื่อสารกันในชุมชน (Communication) เพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง นอกจากนี้ยังมีระบบการทำงาน ร่วมมือร่วมใจกันอย่างเข้มแข็งในชุมชน เกิดการทำงานเป็นทีม (Teamwork) จึงทำให้เกิด ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ PCT มีรายละเอียด ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน (Participation: P) หมายถึง ความร่วมมือร่วมใจกันในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของทุกหน่วยงานทุกคนในชุมชน โดยเฉพาะนายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้และกำนันตำบลห้วยแย้ รวมถึงกลุ่มภาคีเครือข่ายทุกคนในตำบลห้วยแย้ที่ช่วยกันผลักดัน ทำให้การพัฒนากระบวนการในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี
2. การติดต่อสื่อสารกันในชุมชน (Communication: C) หมายถึง ความเชื่อมโยงของบุคคล และหน่วยงานในชุมชน ซึ่งเกิดจากความร่วมมือกันของคนในชุมชนทุกภาคส่วนที่มีความเข้มแข็ง มีการติดต่อประสานงานกันอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้การพัฒนากระบวนการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การทำงานเป็นทีม (Teamwork: T) หมายถึง กระบวนการทำงานของชุมชนที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในทิศทางเดียวกัน ซึ่งมีการทำงานเป็นทีมที่ดีทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยได้รับทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเวลาที่เกิดปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง จึงเป็นการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้กระบวนการที่มีแบบแผนและทบทวนอยู่เรื่อยๆ ตามขั้นตอนการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน
โดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ



ภาพประกอบ 23 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแล
ตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บทสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการในงานวิจัยนี้ เป็นสิ่งที่น่าสนใจในการดำเนินงานของชุมชน ที่มีกาทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดรูปแบบกระบวนการ PUBLIC Model ทั้ง 6 ขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคแทรกซ้อน ซึ่งสามารถนำกระบวนการดังกล่าวไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

พูนุ ปณุกิตโต ชีเว

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) สามารถสรุปผลการศึกษารวบรวมตามลำดับหัวข้อ ซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผล
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

5.1.2.1 บริบทของชุมชนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

5.1.2.2 กระบวนการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

5.1.2.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

5.1.2.4 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

5.2 สรุปผล

5.2.1 บริบทของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

5.2.1.1 บริบทของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา สรุปได้ว่า

ก่อนการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นไปในทิศทางที่ไม่ดี ทั้งปัญหาการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ตกเกณฑ์ตัวชี้วัดในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในระดับจังหวัด รวมถึงไม่มีแผนงานโครงการในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และขาดผู้ดูแล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องมีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

หลังการพัฒนา พบว่า การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติไปในทางที่ดีขึ้น ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงทุกที่ มีแผนงานโครงการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

5.2.2.1 ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1. กลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย พบว่า จำนวน ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่ร่วมกิจกรรมโครงการส่วนใหญ่จะมาจากภาคีเครือข่าย ด้านเพศ ที่มีมากที่สุดคือ เพศชาย ร้อยละ 59.56 เพศหญิง ร้อยละ 40.04 ด้านอายุ ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 41 – 50 ปี ร้อยละ 37.84 รองลงมาคือช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.03 ด้านระดับการศึกษา มากที่สุด

คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.54 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.03 ด้านสถานภาพการสมรส มากที่สุดคือ คู่ ร้อยละ 81.08 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 10.81 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 81.08 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 13.51 ด้านดัชนีมวลกาย มากที่สุดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.48 รองลงมาคือ อ้วนและต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 5.41 ด้านระดับความดันโลหิตสูง มากที่สุดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 94.59 ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากที่สุดอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 62.17 รองลงมา 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 24.32 ระยะเวลาในการทำงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 56.76 และด้านบทบาทหน้าที่ของท่านในชุมชน มากที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 54.05 รองลงมาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 27.03 และ 2. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านเพศ ที่มีมากที่สุดคือ เพศหญิง ร้อยละ 87.18 เพศชาย ร้อยละ 12.82 ด้านอายุ ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 69.23 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 25.64 ด้านระดับการศึกษา มากที่สุดคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 48.72 รองลงมาคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 ด้านสถานภาพการสมรส มากที่สุดคือ คู่ ร้อยละ 76.92 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 15.83 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 79.49 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 17.95 ด้านดัชนีมวลกาย มากที่สุดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 64.10 รองลงมาคือ อ้วน ร้อยละ 17.95 ด้านระดับความดันโลหิตสูง มากที่สุดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.23 ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากที่สุดอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 64.10 รองลงมา 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 30.77 ด้านระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดอยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 61.54 รองลงมา คือช่วง 0-5 ปี ร้อยละ 20.51 ด้านความเจ็บป่วยที่พบร่วมและการรักษาที่ได้รับ พบว่าไม่มีโรคแทรกซ้อนและทานแต่ยาความดันอย่างเดียว ร้อยละ 82.05 มีโรคแทรกซ้อนและทานยาโรคอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 17.95

5.2.2 กระบวนการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

5.2.2.1 การวางแผน (Planning) โดยการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน ประชุม ค้นหาปัจจัยวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลักเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ จำนวน 2 โครงการ ประกอบด้วย โครงการอบรมความรู้แกนนำสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. และโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5.2.2.2 การปฏิบัติตามแผน (Action) โดยดำเนินการตามแนวทางจากการประชุมเชิงปฏิบัติการในประเด็นนั้นๆ โดยมีโครงการ 2 โครงการ ดังนี้

โครงการอบรมความรู้ 3อ. แก่นนำสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 37 คน รวมทั้งสิ้น 76 คน โดยใช้การบรรยายให้ความรู้ผ่านทางวีดิทัศน์การบรรยายภาพนิ่ง เป็นเวลา 6 ชั่วโมง ผลการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับคะแนนความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาจากการทำแบบทดสอบ Pre-test และ Post-test

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 4 ครั้ง ในวันที่ 18, 25 เมษายน พ.ศ. 2561 และ 2, 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการรวมทั้งสิ้น 252 คน มีการวัดคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ด้วยแบบสัมภาษณ์ ก่อนการจัดอบรม และได้ทำการอบรมโดยใช้รูปแบบการสอนเชิงบรรยายและเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ชั่วโมง ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัว เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้ ซึ่งวัดจากการซักถามระหว่างการอบรมและหลังการอบรม

จากการจัดทำโครงการที่กล่าวมาข้างต้นนี้ทำให้เกิดการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2561 ได้ดำเนินการจัดประชุม Small Room โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 8 คน ในการจัดตั้งคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ เปิดให้บริการทุกวันพุธ และวันศุกร์ทุกสัปดาห์

5.2.2.3 การสังเกตผล (Observation) ติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ประเมินผลการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจากการติดตามผลและประเมินผลการดำเนินงาน ติดตามการพัฒนากระบวนการ ประเมิน สัมภาษณ์ สันทนาทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เฝ้าระวังสังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. ก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 15.71 และ 16.75 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 15.71 และ 16.75 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 2.21 และ 2.42 ตามลำดับ

เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยของระดับบริบทของชุมชนก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 2.25 และ 2.68 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบริบทในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 2.18 และ 2.68 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

5.2.2.4 สะท้อนผลกลับ (Reflection) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปได้ว่า ผลของการจัดระบบบริการสุขภาพตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังในการพัฒนารูปแบบกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยไผ่ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ได้มีแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลโดยการจัดการบริหารในทุกภาคส่วนในชุมชน ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของแต่ละองค์กรให้เป็นภาระความรับผิดชอบ มีการสื่อสารระหว่างองค์กร โดยมีคณะกรรมการในการบริหารงาน ร่วมกันหาแนวทางการปฏิบัติ และปรับแก้แผนงานการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เกิดเป็นระบบการดูแลในรูปแบบใหม่ เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ตั้งไว้ พร้อมกันนี้เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขทุกคนมีความตั้งใจที่จะรักษามาตรฐานการรักษาและการดูแลที่ได้ตั้งไว้ รวมถึงการพัฒนาระบบบริการทุกด้านอย่างต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างเต็มประสิทธิภาพ ตามบริบทของโรงพยาบาลนองบัวระเหว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไผ่และร่วมกันถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนการดำเนินงานตามหลัก PAOR ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน 2) ประชุม ค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลัก (AIC) 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4) โครงการอบรมความรู้ 3อ.2ส. แก่นำสุขภาพชุมชน 5) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) ติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย 7) ประเมินผลการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 8) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) ร่วมถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ

สรุปผลจากการดำเนินงานการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยไผ่ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

พบว่าทั้งหมด 6 ขั้นตอน จึงทำให้เกิดรูปแบบของการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ คือ PUBLIC Model ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ (Participation Health Management), การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพร่วมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (Unity), การตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพของตนเอง (Belonging Health Decision), ระบบข้อมูลผ่านระบบไร้สาย (LINE Application Information System), ระบบการดูแลแบบบูรณาการ (Integration Clause) และชุมชนบริการสุขภาพ (Community Health Service)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งมีผู้บริหารทั้งทางฝ่ายปกครองและฝ่ายท้องถิ่นอันหมายถึงท่านนายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้และกำนันตำบลห้วยแย้ และภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญในการพัฒนากระบวนการ รวมถึงการติดต่อสื่อสารกันในชุมชน ที่มีการติดต่อประสานงานกันเป็นอย่างดี และการทำงานเป็นทีมที่ดี ภาคีเครือข่ายร่วมมือร่วมใจกันในการพัฒนากระบวนการดังกล่าวให้ประสบผลสำเร็จส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีแนวโน้มที่ดีมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การดูแลระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในตำบลห้วยแย้มีแนวโน้มที่ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งเกิดเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ PCT ประกอบด้วย

- P : Participation หมายถึง การมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน
- C : Communication หมายถึง การติดต่อสื่อสารกันในชุมชน
- T : Teamwork หมายถึง การทำงานเป็นทีม

5.3 อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2561- มิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 6 เดือน เพื่อค้นหากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ จากการดำเนินงาน พบว่า หลังจากมีแนวปฏิบัติ

ในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ทำให้เกิดแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการทำงานร่วมกันในทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธีญญรัตน์ หงษ์คง (2551) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย ผลการศึกษาพบว่า การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติ ผลการเกิดการมีส่วนร่วม โดยชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ โดยการทำประชาคมเพื่อค้นหาปัญหาทางแก้ไขปัญห วางแผนการดำเนินงาน และดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

ด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากการพัฒนาในระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงดาว บิงสุแสน (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกล้วยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบง ในปี พ.ศ. 2557 กลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในสภาวะปกติที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในสภาวะปกติได้ ที่มีอายุ 35 ขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หลังจากการดำเนินงานวิจัยการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ มีการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อถอดบทเรียนและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เสนอความคิดเห็น พบว่าขั้นตอนการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน โดยหลังดำเนินงานวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งด้านการให้บริการและการเฝ้าระวัง รวมทั้งมีแนวปฏิบัติในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเอง เกิดกระบวนการเรียนรู้ และทำให้เกิดรูปแบบการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายใต้ชื่อ PUBLIC Model

นอกจากนี้ยังเกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้มาจากการทำกิจกรรมถอดบทเรียนโดยสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนากระบวนการได้สำเร็จ คือ PCT ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน (Participation: P), การติดต่อสื่อสารกันในกลุ่ม (Communication: C) และ การทำงานเป็นทีม (Teamwork: T)

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

- 1) การวิจัยในครั้งนี้อาจความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เนื่องจากความจำกัดขอบเขตของเวลาของแต่ละหน่วยงาน องค์กร ทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดกิจกรรม
- 2) ตัวแปรควบคุมในเรื่องระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่สามารถเปรียบเทียบได้ว่าระดับความดันโลหิตของแต่ละบุคคลลดลงหรือเพิ่มขึ้นเพียงใด รวมถึงความสอดคล้องของระดับความดันโลหิตกับการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นอย่างไร

5.4.2 ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการติดตามผลของการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยขยายระยะเวลาในการติดตามผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความคงอยู่ของแผนงาน/โครงการ
- 2) ควรมีการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระยะและต่อเนื่อง เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อที่จะได้ข้อมูลเชิงลึก และได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยต่อไป

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กชกร ธรรมนำศีล และคณะ (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ : 29 ฉบับที่ : 2
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รู้ทันเบาหวาน. วารสารเบาหวาน, 35(1), 5-44.
- _____ (2558). แนวทางเวชปฏิบัติการคัดกรองและการดูแลรักษาจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน แนวทางการวินิจฉัย การป้องกันและรักษาโรคไตจากเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ชมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือการดูแลตนเอง เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- กรมอนามัย. (2550). โครงการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานภารกิจกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. ได้จาก <http://psdg.anamai.moph.go.th>. [สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2559].
- กฤติยา สิทธิกันต์. (2547). การพัฒนาครูด้านการวิจัยในชั้นเรียนโรงเรียนบ้านดงสว่าง อำเภอเมืองจังหวัดนครพนม. การศึกษาค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยรามคำแหง (2553). วิทยานิพนธ์การมีส่วนร่วมในการบริหารงานของบุคลากร กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปี 2553. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://webcache.googleusercontent.com>. [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2559].
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2559). ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์ ปีที่ : 8 ฉบับที่ : 1

- คะเนิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ (2545). *แนวทางการเสริมสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540* : ปัญหา อุปสรรค และทางออก. กรุงเทพฯ : ธรรมดาเพลส
- จันทนา รัตนวิชัย.(2552). *ภาวะความดันโลหิตสูง*. ในลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รัตนวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลีพหกุล, พัสมณต์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กรุงเทพมหานคร;บุญศิริการพิมพ์.
- เจมส์ แอล. เครย์ตัน. (2551) *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน การตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม*. โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท, หน้า ๓.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และนิตยา มีหาดทราย. (2554). *ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29 (ฉบับเสริม 2)
- ดวงดาว ปิงสุแสน (2557). *การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม*. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543. *บันได 8 ชั้นของ อาร์นสไตน์ (Arnstein)*: [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.elearning.msu.ac.th/opencourse/0109501/Unit04/unit04_004.htm. [สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2559].
- ธีระวุฒิ เอกะกุล. (2552). *การวิจัยปฏิบัติการ (Action research)*. อุบลราชธานี: ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป
- ธัญญรัตน์ หงส์คง. (2551). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นฤมล ท้าวทอง (2558). *ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในชุมชน*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* ปีที่ : 35 ฉบับที่ : 3
- นิตย์ ทศนิยม. (2548). *การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)*. เอกสารประกอบการประชุมครบรอบ 35 ปี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 2 ธันวาคม 2548; ณ โรงแรมโซฟิเทลราชาออคิต. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527) (ปรับปรุง 2550). *กลวิธี แนวคิด วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ*

ประชาชนในการพัฒนาในการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. กรุงเทพฯ:

ศักดิ์โสภาการพิมพ์.

เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์ (2554). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของ*

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร. วารสารวิจัย มข.

บวรศักดิ์ อูวรรณโณ.ศ.ดร. และถวิลวดี บุรีกุล.ดร. (2548) *ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม*

(Participatory Democracy). กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.*(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:

ยูแอนด์ ไออินเตอร์มีเดีย

ประวิต เอรารวรรณ. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการ.* กรุงเทพมหานคร : บริษัท สำนักพิมพ์ดอกหญ้า

วิชาการ จำกัด

ปัทมา สุปก่าปิง. (2552). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะ.* นนทบุรี :

สถาบันพระปกเกล้า

ปัทมา โภมทุบุตร. (2558). *เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model.* มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2556). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ.* กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน

พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ.* กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน

ภัสพร ขำวิชา และคณะ. (2557). *การพัฒนาพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ใน*

ชุมชนซอยโจ๊ก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ : 21 ฉบับที่ : 2

รวมพร คงกำเนิด, สมจิต หนูเจริญกุล และวัลลา ตันตโยทัย. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด*

ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์

คลังน่านาวิทยาขอนแก่น.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ:การนำใช้.* ขอนแก่น:

โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา

ปวิวรรณ แสงพิทักษ์. (2545). *การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของสมาชิก*

สภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม.วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร มหาบัณฑิต.

นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

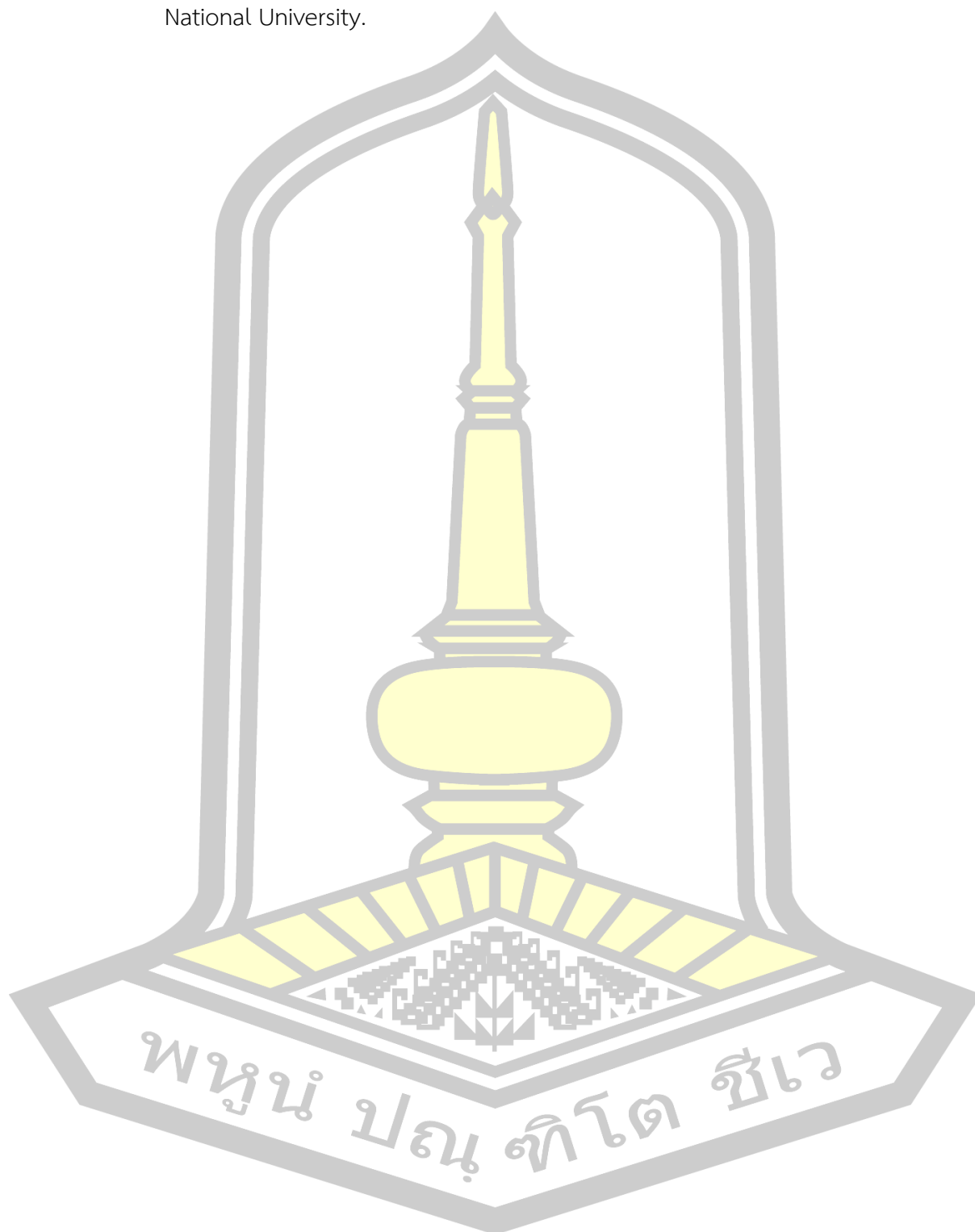
- มลพอล เอกอุดมพันธ์. (2553). *การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กรณีศึกษา ; ตลาดน้ำตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์ รัฐศาสตร์มหาบัณฑิต (นโยบาย สาธารณะ). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- รุ่งระวี นาวีเจริญ. (2552). *ความดันโลหิตสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ.(2554). *ภาวะความดันโลหิตสูง*. ในวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. จันทนา รณฤทธิวิชัย, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และวรวรรณ วาณิชย์ เจริญชัย. (2554). *ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อ ความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ*. วารสารพยาบาลศาสตร์ ฉบับ ที่ 29 (ฉบับเสริม 2)
- วิโรจน์ เขียมจรัสรังสี. (2554). *ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย*. วารสารระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2541). *การบริหารเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.
- สกุณา บุญนรากร. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: เทมการพิมพ์
- สถาบันพระปกเกล้า. (2550). *การมีส่วนร่วม*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/>. [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2559].
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตัวเอง*. กรุงเทพฯ
- สมควาร จุลอักษร และคณะ. (2550). *ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชน คลองไทร อำเภอกำแพง จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิจัยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.)
- สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.[ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.nu.mahidol.ac.th> [สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2559].
- สมบัติ ทิพธานี. (2555). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นองค์การบริหาร ส่วนตำบล ในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุดรธานี
- สมศักดิ์ น้อยนคร. (2551). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่นของเทศบาลใน จังหวัด อุดรดิษฐ์*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารและพัฒนา ประชาคมเมือง และชนบท มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิษฐ์

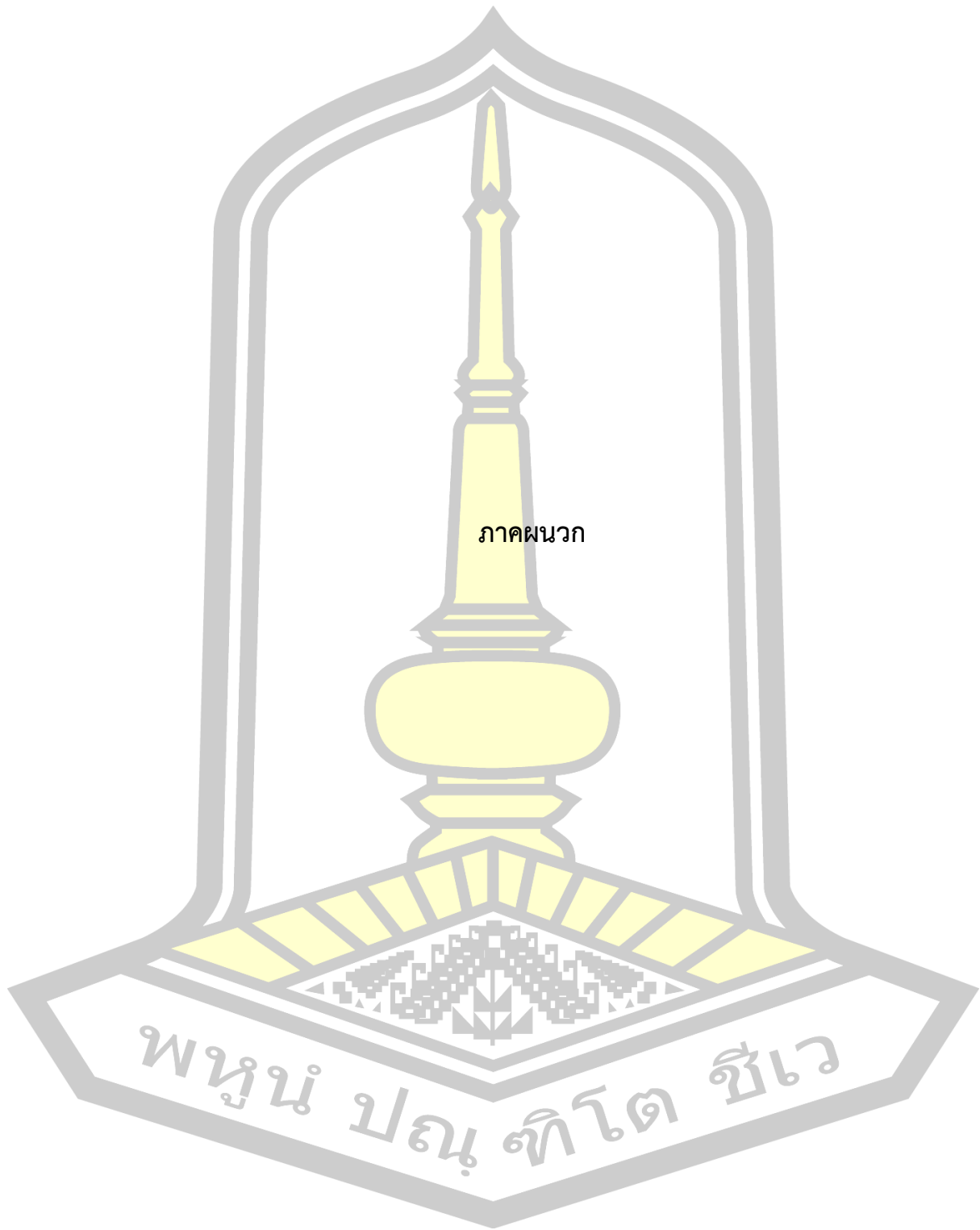
- สมรัตน์ ขำมาก (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ : 3 ฉบับที่ : 3
- สุกิจ ทองพิลา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ กรุงเทพฯ
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2551). “สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ” การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิดหลักการและบทเรียนของไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. กรุงเทพฯ
- (2551). ”บทสรุป” การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิดหลักการและบทเรียนของไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.). สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. กรุงเทพฯ
- สุภาพร พูลเพิ่ม (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.(2559). *ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ HDC*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://cpho.moph.go.th/wp/> [สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2559].
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.(2551). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2551*. กรุงเทพมหานคร
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2560). *แผนยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (2560-2564)*. นนทบุรี
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รลอ.)*. กรุงเทพฯ
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2557). *ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพฯ
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2555). *เครื่องมือและคู่มือประเมินการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน*. กรุงเทพฯ : อีโมชั่น อาร์ต จำกัด
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2558*. นนทบุรี
- องค์การอนามัยโลก. (1998). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุงใหม่*. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : สามลดา
- อรพินท์ สฟโชคชัย. (2550). *หลักการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.opdc.go.th> [สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2559].
- อรรถนพ จินะวัฒน์. (2550). *ประเด็นสาระหลักที่ 4 การออกแบบการวิจัยเชิงนโยบายการวิจัยสถาบัน และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. ในคณะกรรมการกลุ่มผลิตและบริหารชุด วิชาระเบียบวิธีวิจัยขั้นสูง(บก.), แนวการศึกษาชุดวิชาการระเบียบวิธีวิจัยขั้นสูง. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อรรวรรณ แพนคง. (2551). *ผลของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ*. รายงานการวิจัย. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระพุดบาท
- เอกไชย นวลยัง. (2554). *การศึกษาการมีส่วนร่วมของกลุ่มชุมชนในการบริหารการศึกษาของวิทยาลัยเทคนิคดอนเมือง*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Boult, C., Karm, L., & Groves, C. (2008). *Improving Chronic Care: The “Guided Care” Model*. *The Permanente Journal*, 12
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., et al. (2003). *The seventh report of the joint national committee on prevention detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII)*. *JAMA*, 289(19), 2560-2572
- Coghlan, D. & Brannick, T. (2001). *Doing Action Research in Your Own Organization*. London : Sage.
- Corey, S. M. (1953). *Action Research and Improved School Practices*. New York : Columbia Teachers Collage.
- Cubriilo-Turek. (2003). *Hypertention and coronary heart disease*. *The Journal of International Federation*, 14(2).
- Cláudia Rayanna Silva Mendes et al. *Journals of International Archives of Medicine*. (2015)
- Gelder, Geth, D., Maya, R., & Cowen P., (1996). *Oxford textbook of psychiatry (3rd ed)*. New York: Oxford University

- Johnson, A. P. (2008). *A Short Guide to Action Research (3rd ed.)*. Boston : Pearson Education.
- Joint National Committee on prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (2003). *The seven report of the Joint National Committee on prevention, Detectin, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. MD: National Institutes of Health
- Jan Warren-Findlow and Rachel B. Seymour. (2011). *Intergenerational Transmission of Chronic Illness Self-care: Results From the Caring for Hypertension in African American Families Study*. *Journals of Gerontologist*. 2011 Feb; 51(1): 64–75.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer (3rd ed.)*. Victoria : Deakin University.
- Lameshow H. et al. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. New York, John Wiley & Sons.
- Miller, J.F. (1992). *Coping with chronic illness overcoming powerlessness.(2nd ed)*. Philadelphia:F.A.Davis Company
- Mcniff, J. (1988). *Action Research Principles and Practice*. Mackays of Chamtham PLC, Chatham, Kent. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care : translating evidenceinto action. *Health Aff* 2001;20(6):64-78.
- Stringer, E. (1999). *Action Research (2nded.)*. California : Sage.
- Sayed Fazel Zinat Motlagh et al. (2016). *Journals of International Journals Hypertension*. 2015
- Vella, Jane kythyn. (1979). *Community Education For Self- Reliant Development*. Amherst.n.p.
- United Nation Organization. (1981). *United Nation Department of International Economic and Social Affair Popular Participation as a Strategy for Promoting Community Level Action and Nation Development*. (Report of The Meeting for The Adhoc Group of Expert.) New York: United Nation.
- Weisell RC. (2003). *Body mass index as an indicator of obesity*. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*. 2003

Whang, In-Jone. (1981). *Management of Rural Chang in Korea*. Seoul : Seoul National University.







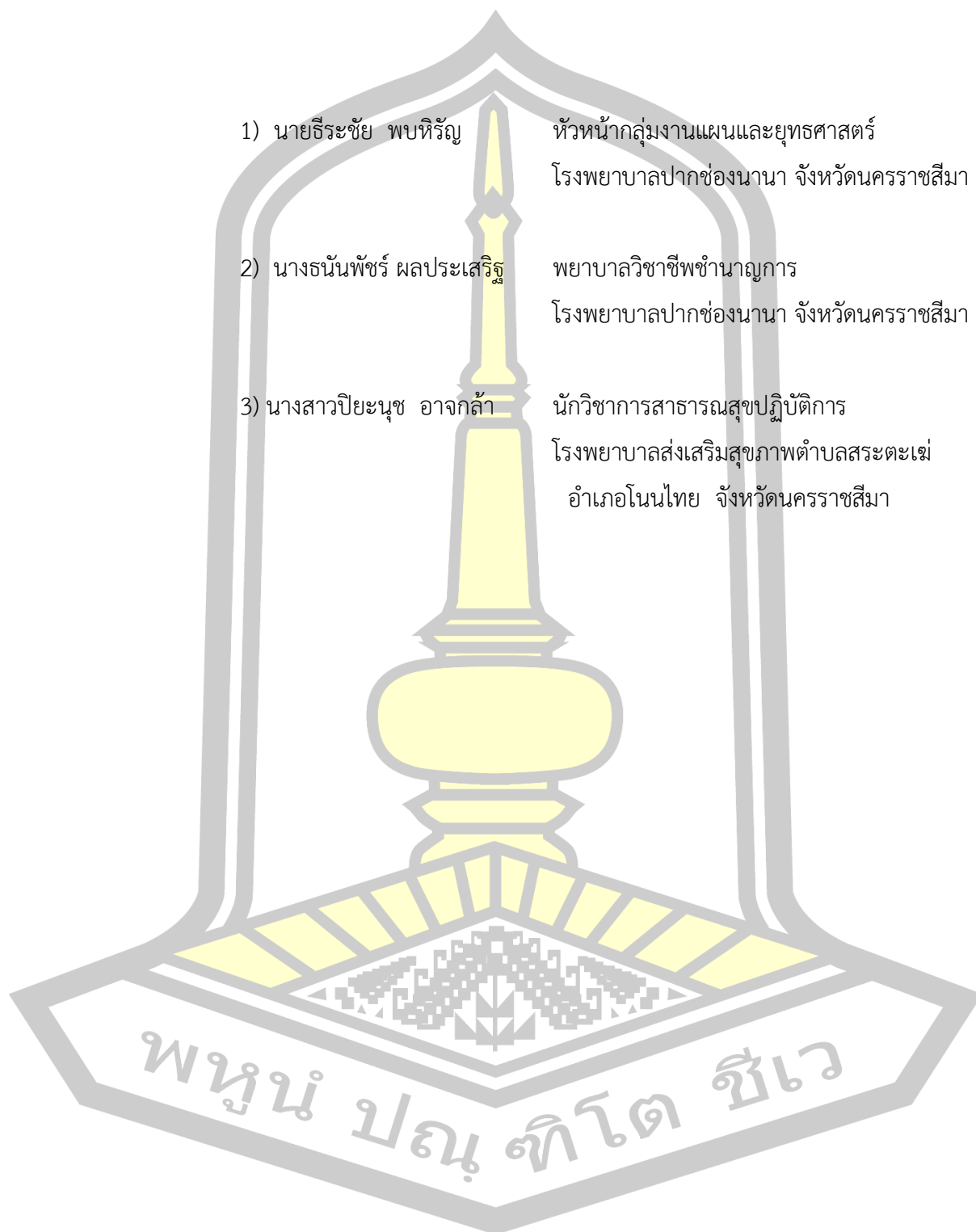
ภาคผนวก ก

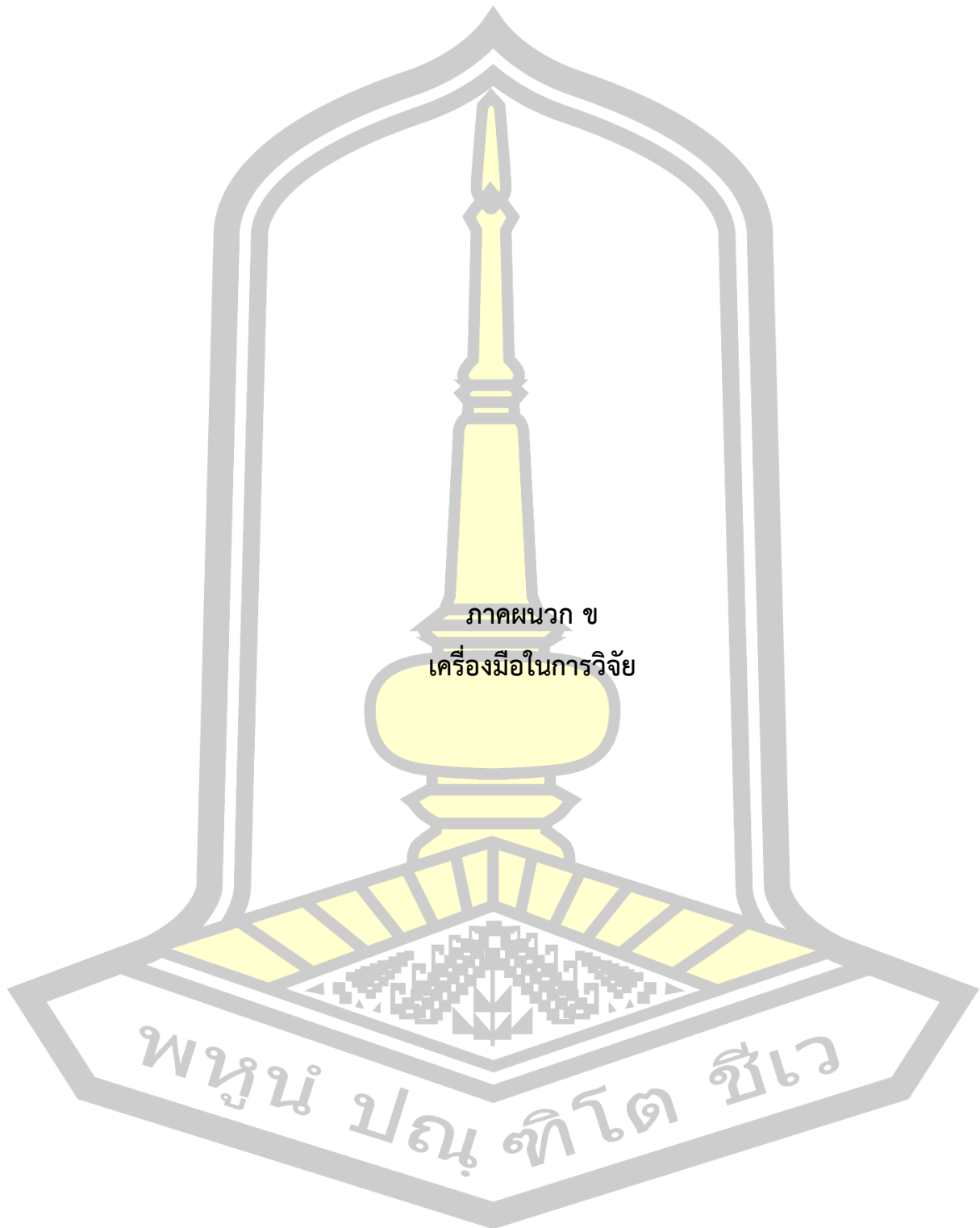
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

พูนัน ปณ ทิโต ชีเว

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

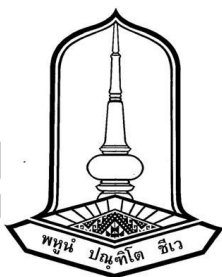
- 1) นายธีระชัย พบหิรัญ หัวหน้ากลุ่มงานแผนและยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา
- 2) นางธันนพัชร์ ผลประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา
- 3) นางสาวปิยะนุช อากกล้า นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระตะเฒ่า
อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา





ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว



แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ โดยการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร-มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โดยแบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ (กลุ่มภาคีเครือข่าย)

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในชุมชน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน 10 ข้อ

และการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถือเป็นความลับ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ผู้ศึกษาขอรับรองว่าจะไม่มีผลต่อตัวท่านแต่ประการใด จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากทุกท่าน ได้อ่านคำถามโดยละเอียด และตอบคำถามทุกข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่สละเวลา และให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

นายเทอดศักดิ์ ใจว่อง
นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงในแต่ละข้อ และกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนดให้

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ 2.ชั้นประถมศึกษา
 3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย
 5. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า 6. ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพการสมรส 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่า/แยกกันอยู่

5. อาชีพ 1. เกษตรกรรม
 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 3. รับจ้าง

1. ภาคเกษตรกรรม

2. ภาคอุตสาหกรรม

3. รับจ้างทั่วไป

4. แม่บ้าน/พ่อบ้าน

5. ค้าขาย

6. อื่นๆระบุ....

6. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

7. ความดันโลหิต.....มิลลิเมตร/ปรอท

สำหรับผู้วิจัย

SEX

AGE

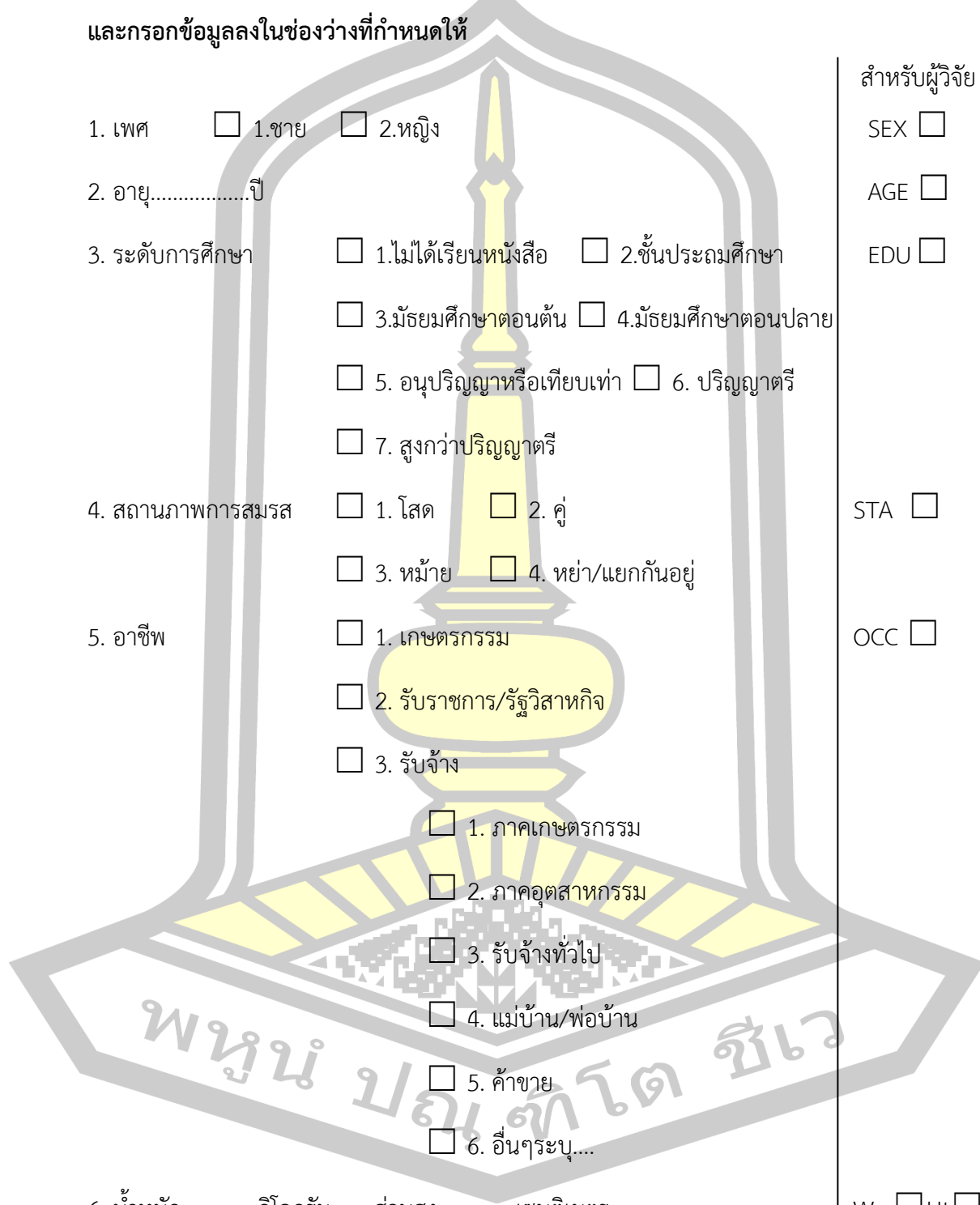
EDU

STA

OCC

Wg Ht

BP



8. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน () 1. ไม่มีรายได้ () 2. ต่ำกว่า 5,000 บาท
 () 3. 5,001-10,000 บาท () 4. 10,001-15,000 บาท
 () 5. 15,001-20,000 บาท () 6. มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป
 () 7. อื่น ๆ ระบุ.....

IC

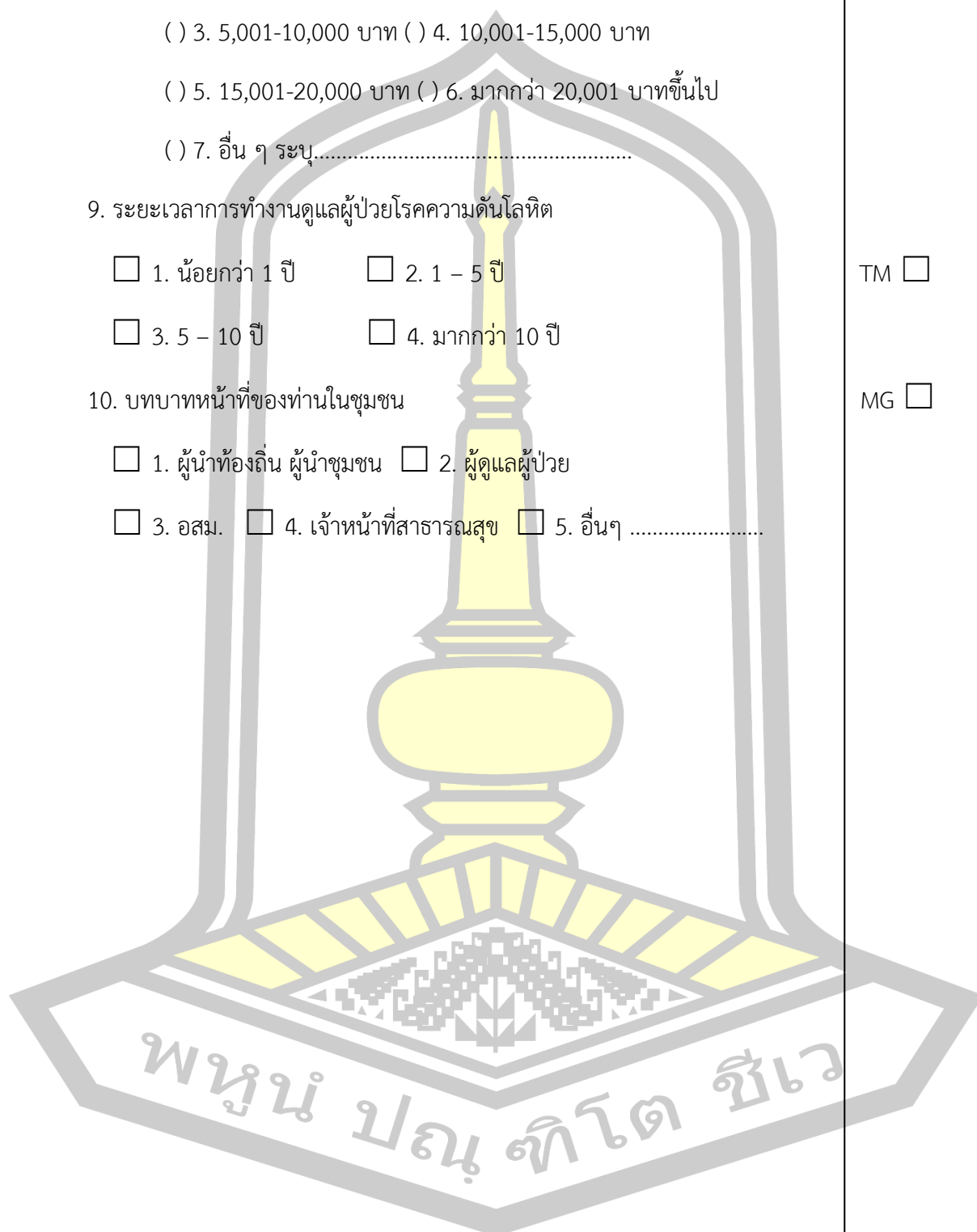
9. ระยะเวลาการทำงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

1. น้อยกว่า 1 ปี 2. 1 - 5 ปี
 3. 5 - 10 ปี 4. มากกว่า 10 ปี

TM

10. บทบาทหน้าที่ของท่านในชุมชน

1. ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน 2. ผู้ดูแลผู้ป่วย
 3. อสม. 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5. อื่นๆ

MG 

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิต อาการของโรคความดันโลหิต การออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์ของตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด

ตอบถูก หมายถึง ได้คะแนน 1 คะแนน
 ตอบผิด หมายถึง ได้คะแนน 0 คะแนน

ประเด็นคำถาม	คำตอบ		สำหรับ ผู้วิจัย
	ถูก	ผิด	
1.ความดันโลหิต คือ ความดันเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย			K1 <input type="checkbox"/>
2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบมากในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุโดยชัดเจน			K2 <input type="checkbox"/>
3. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบรัดตัวจะเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจหยุดพักจะเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท			K3 <input type="checkbox"/>
4.อาการที่พบบ่อยแสดงถึงอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ มึนงง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ ปวดบริเวณท้ายทอย อาเจียน แขนขาอ่อนแรง			K4 <input type="checkbox"/>
5.ผู้ที่มีประวัติพ่อ แม่ และญาติพี่น้องสายตรงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน			K5 <input type="checkbox"/>
6.ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ไตวาย			K6 <input type="checkbox"/>
7.ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จนไม่สามารถควบคุมได้ อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้			K7 <input type="checkbox"/>
8.ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงแต่ไม่ปรากฏอาการใดๆ แสดงว่าไม่เป็นอันตราย			K8 <input type="checkbox"/>
9.การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตได้			K9 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	คำตอบ		สำหรับ ผู้วิจัย
	ถูก	ผิด	
10. ผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์จะทำให้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง			K10 <input type="checkbox"/>
11. ผู้ที่รับประทานอาหารรสเค็ม หรือเครื่องปรุง เช่น ซุปก้อน ผงชูรส ซอสปรุงรสเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			K11 <input type="checkbox"/>
12. หากรับประทานอาหารที่ผัดหรือทอดด้วยน้ำมันปาล์มหรือน้ำมันหมูเป็นประจำ จะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้			K12 <input type="checkbox"/>
13. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			K13 <input type="checkbox"/>
14. การรับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้สดอย่างน้อยวันละ 5 ชนิดต่อวัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			K14 <input type="checkbox"/>
15. การออกกำลังกายขนาดปานกลาง เช่น การปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ โยคะ เต้นแอโรบิค เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยลดเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง			K15 <input type="checkbox"/>
16. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			K16 <input type="checkbox"/>
17. การออกแรงแบกหรือยกของหนักเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			K17 <input type="checkbox"/>
18. ฝึกทำสมาธิเป็นเทคนิคของการผ่อนคลายความเครียดจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้			K18 <input type="checkbox"/>
19. เมื่อมีความตื่นเต้น หงุดหงิด อารมณ์โกรธ จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้			K19 <input type="checkbox"/>
20. การทำจิตใจให้แจ่มใส สดชื่น ไม่เครียด จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้			K20 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน โดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ในช่องระดับการมีบทบาทในชุมชนตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

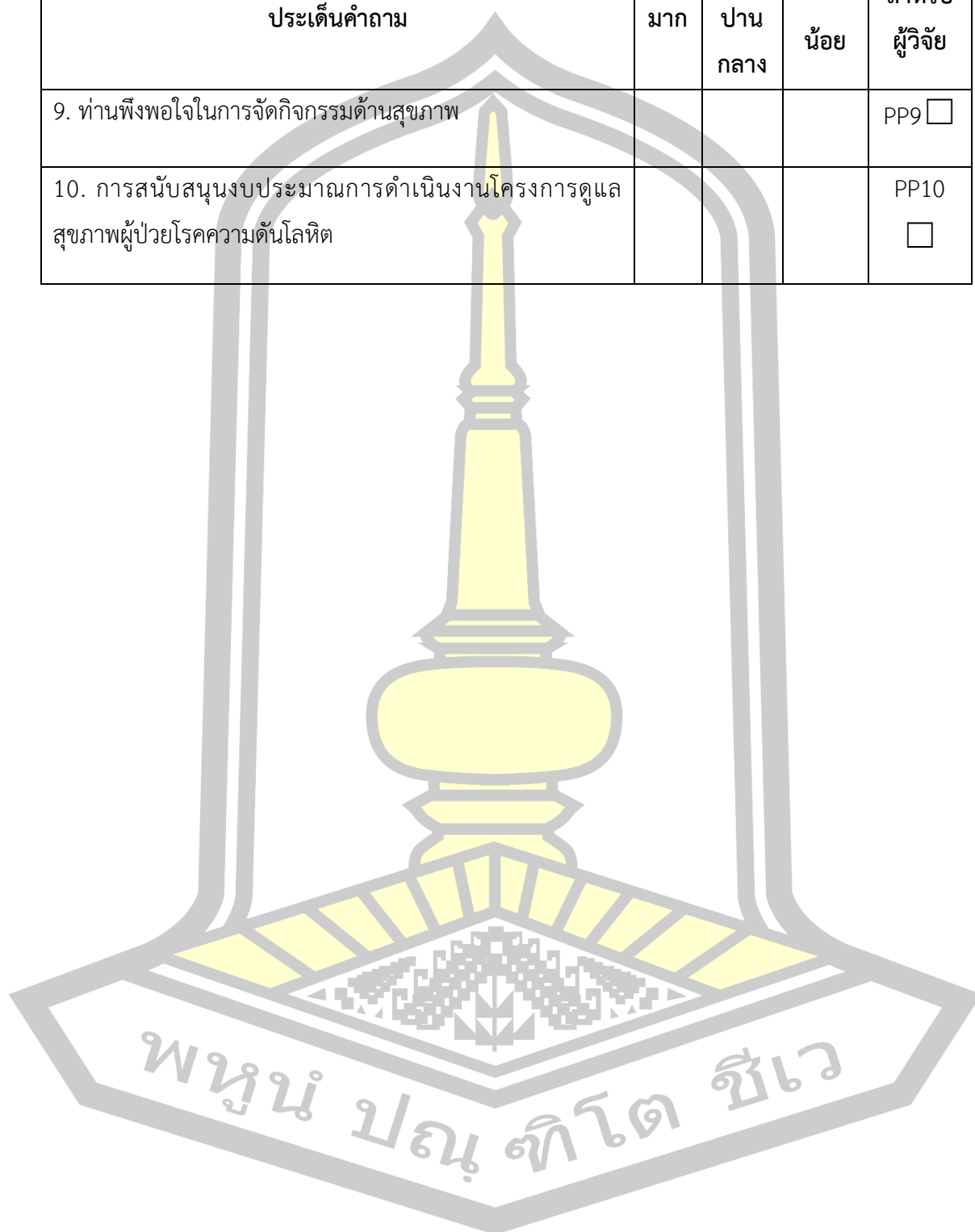
มาก หมายถึง ท่านมีบทบาทในชุมชนมากกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีบทบาทในชุมชนปานกลางกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

น้อย หมายถึง ท่านมีบทบาทในชุมชนน้อยกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ประเด็นคำถาม	มีบทบาทในชุมชน			สำหรับผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
ด้านการป้องกันโรค				
1.การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตในชุมชน				PP1 <input type="checkbox"/>
2.การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ผ่านทางสื่อต่างๆ ในชุมชน				PP2 <input type="checkbox"/>
3.การตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ประชาชน				PP3 <input type="checkbox"/>
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ				
4.ท่านมีการติดต่อสื่อสารของผู้นำในชุมชน ให้ทราบถึงโรคความดันโลหิต และการปฏิบัติตัวที่ดีด้านสุขภาพ				PP4 <input type="checkbox"/>
5.การนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไปปฏิบัติในชุมชน				PP5 <input type="checkbox"/>
6.ท่านทราบรายละเอียดของการดำเนินงานตามแนวทางทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				PP6 <input type="checkbox"/>
7.ท่านได้ทำงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตร่วมกับทุกภาคส่วนในตำบลห้วยแย้				PP7 <input type="checkbox"/>
8.การจัดสิ่งแวดลอมในชุมชนให้เอื้อต่อการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				PP8 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	มีบทบาทในชุมชน			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
9. ท่านพึงพอใจในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ				PP9 <input type="checkbox"/>
10. การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานโครงการดูแล สุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				PP10 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ในช่องระดับความการมีส่วนร่วมตามความเป็นจริง ซึ่งมี
เกณฑ์ ดังต่อไปนี้

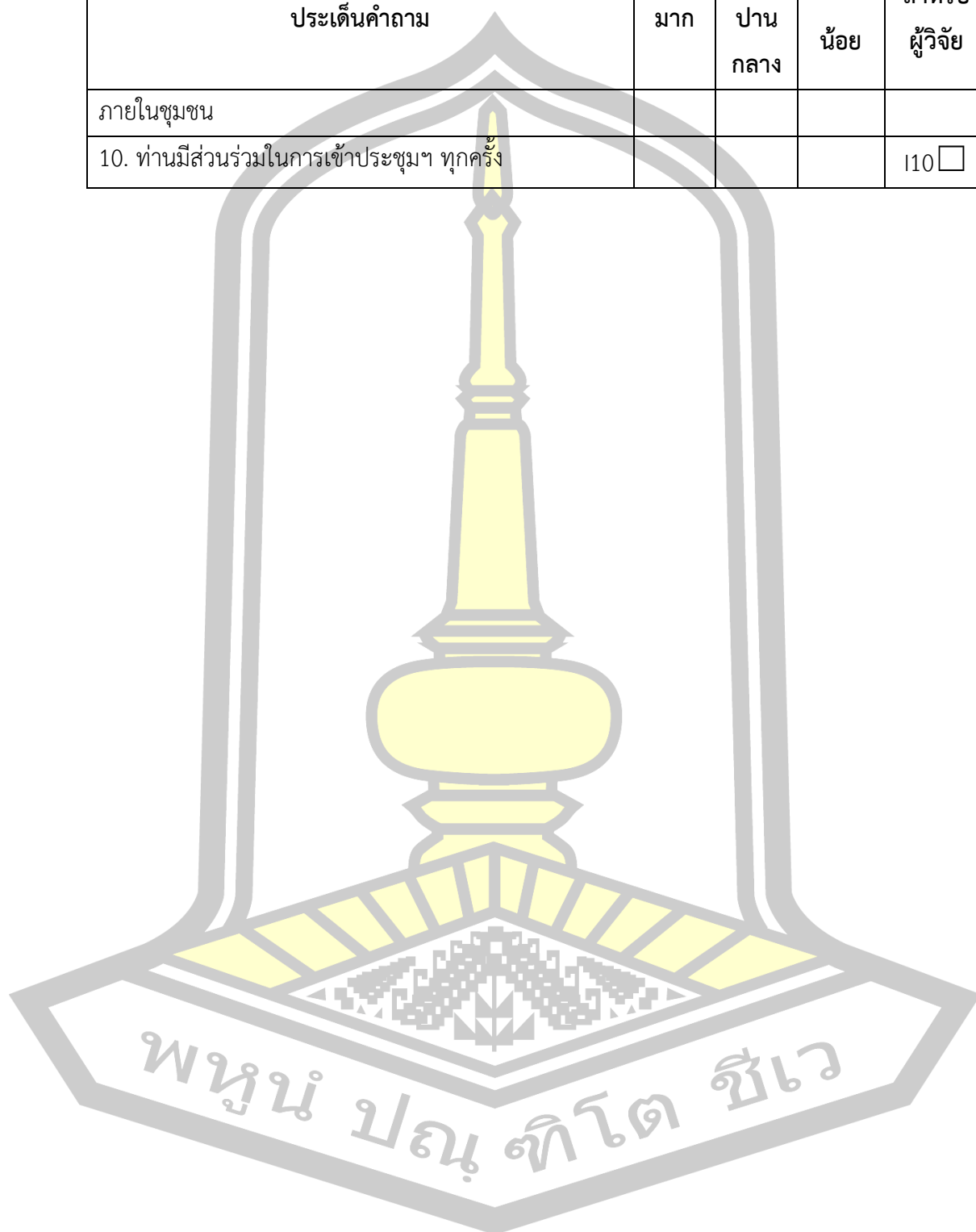
มาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในชุมชนมากกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ
การดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในชุมชนปานกลางกับกระบวนการสร้างเสริม
สุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในชุมชนน้อยกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ
การดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ประเด็นคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
1. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแผนงาน โครงการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิต				11 <input type="checkbox"/>
2. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขใน ชุมชน				12 <input type="checkbox"/>
3. ท่านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ กระจายข่าวสารให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้รับทราบ				13 <input type="checkbox"/>
4. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมแก้ไขปัญหา การป้องกัน โรคความดันโลหิต				14 <input type="checkbox"/>
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาผู้ป่วยโรคความดัน โลหิต				15 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีส่วนร่วมในการนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปดำเนินการ ตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง				16 <input type="checkbox"/>
7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรค ความดันโลหิต				17 <input type="checkbox"/>
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้ป่วยโรค ความดันโลหิต				18 <input type="checkbox"/>
9. ท่านมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับองค์กร				19 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
ภายในชุมชน				
10. ท่านมีส่วนร่วมในการเข้าประชุมฯ ทุกครั้ง				110 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ในช่องระดับความพึงพอใจตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลางกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ประเด็นคำถาม	ความพึงพอใจ			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				S1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีในระบบสาธารณสุข				S2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				S3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านมีความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสารของผู้นำในชุมชน ให้ทราบถึงโรคความดันโลหิต และการปฏิบัติตัวที่ดีด้านสุขภาพของผู้ป่วย				S4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยสามารถนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไปปฏิบัติในชุมชน				S5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านทราบรายละเอียดของการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				S6 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	ความพึงพอใจ			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
7. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพจากทุกภาค ส่วนในตำบลห้วยแย้				S7 <input type="checkbox"/>
8. ท่านพึงพอใจในการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อ การผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				S8 <input type="checkbox"/>
9. ท่านพึงพอใจในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ				S9 <input type="checkbox"/>
10. ท่านพึงพอใจในการสนับสนุนงบประมาณการ ดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				S10 <input type="checkbox"/>



แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ โดยการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร-มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โดยแบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ (กลุ่มผู้ป่วย)

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในชุมชน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน 29 ข้อ
ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน 10 ข้อ

และการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถือเป็นความลับ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ผู้ศึกษาขอรับรองว่าจะไม่มีผลต่อตัวท่านแต่ประการใด จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากทุกท่าน ได้อ่านคำถามโดยละเอียด และตอบคำถามทุกข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่สละเวลา และให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

นายเทอดศักดิ์ ใจว่อง

นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหุ ปรณ ทัต สืบ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงในแต่ละข้อ และกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนดให้ (สำหรับผู้วิจัย)

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง SEX

2. อายุ.....ปี AGE

3. ระดับการศึกษา 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ 2.ชั้นประถมศึกษา EDU

3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย

5. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า 6. ปริญญาตรี

7. สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพการสมรส 1. โสด 2. คู่ STA

3. หม้าย 4. หย่า/แยกกันอยู่

5. อาชีพ 1. เกษตรกรรม OCC

2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

3. รับจ้าง

1. ภาคเกษตรกรรม

2. ภาคอุตสาหกรรม

3. รับจ้างทั่วไป

4. แม่บ้าน/พ่อบ้าน

5. ค้าขาย

6. อื่นๆระบุ....

6. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร Wg Ht

7. ความดันโลหิต.....มิลลิเมตร/ปรอท BP

8. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน () 1. ไม่มีรายได้ () 2. ต่ำกว่า 5,000 บาท IC

() 3. 5,001-10,000 บาท () 4. 10,001-15,000 บาท

() 5. 15,001-20,000 บาท () 6. มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป

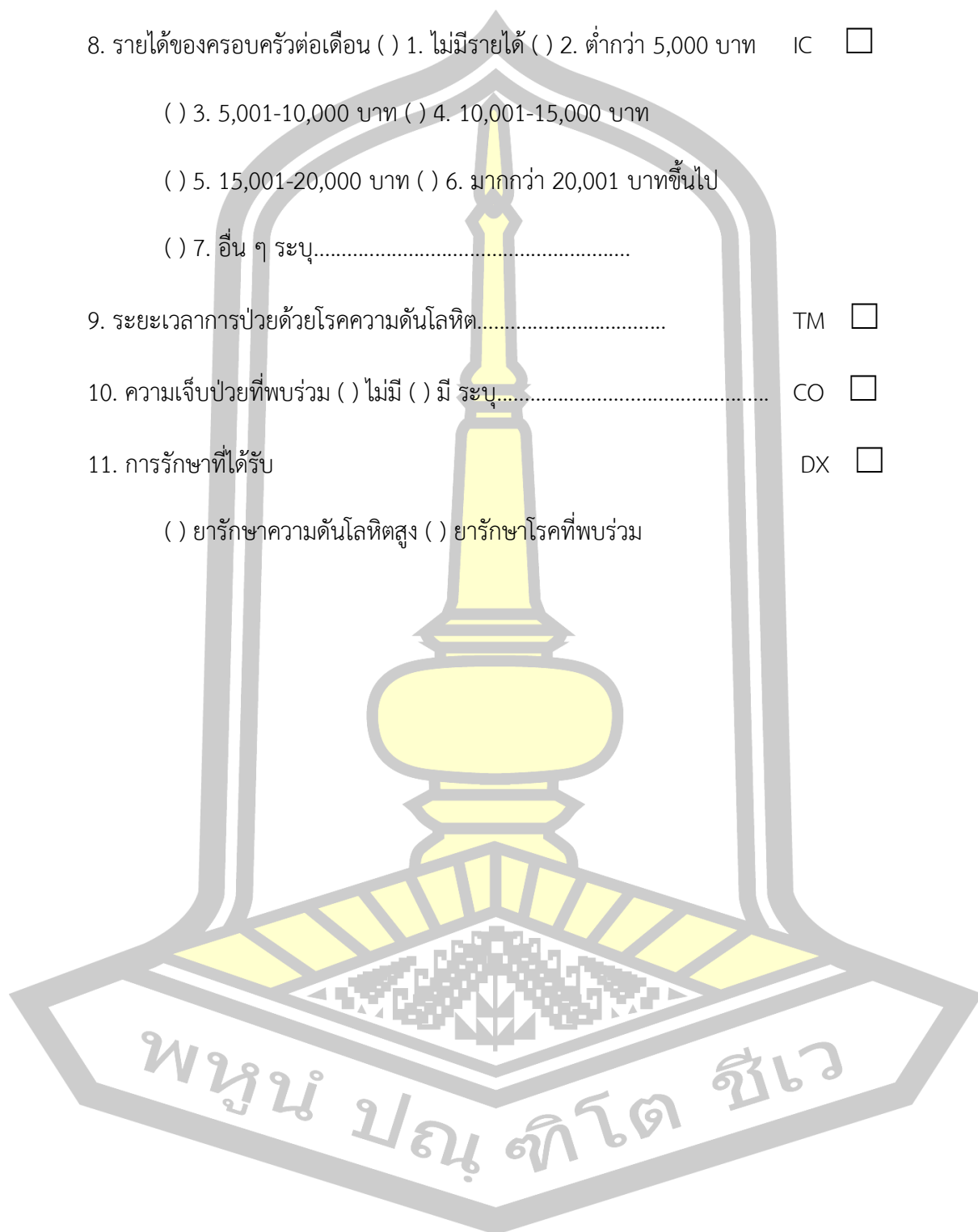
() 7. อื่น ๆ ระบุ.....

9. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิต..... TM

10. ความเจ็บป่วยที่พบร่วม () ไม่มี () มี ระบุ..... CO

11. การรักษาที่ได้รับ DX

() ยารักษาความดันโลหิตสูง () ยารักษาโรคที่พบร่วม



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิต อาการของโรคความดันโลหิต การออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์ของตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด

ตอบถูก	หมายถึง	ได้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	หมายถึง	ได้คะแนน	0	คะแนน

ประเด็นคำถาม	คำตอบ		สำหรับ ผู้วิจัย
	ถูก	ผิด	
1.ความดันโลหิต คือ ความดันเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย			K1 <input type="checkbox"/>
2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบมากในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุโดยชัดเจน			K2 <input type="checkbox"/>
3. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบรัดตัวจะเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจหดคลายตัว จะเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท			K3 <input type="checkbox"/>
4.อาการที่พบบ่อยแสดงถึงอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ มึนงง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ ปวดบริเวณท้ายทอย อาเจียน แขนขาอ่อนแรง			K4 <input type="checkbox"/>
5.ผู้ที่มีประวัติพ่อ แม่ และญาติพี่น้องสายตรงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน			K5 <input type="checkbox"/>
6.ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ไตวาย			K6 <input type="checkbox"/>
7.ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จนไม่สามารถควบคุมได้ อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้			K7 <input type="checkbox"/>
8.ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงแต่ไม่ปรากฏอาการใดๆ แสดงว่าไม่เป็นอันตราย			K8 <input type="checkbox"/>
9.การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตได้			K9 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	คำตอบ		สำหรับ ผู้วิจัย
	ถูก	ผิด	
10. ผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์จะทำให้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง			K10 <input type="checkbox"/>
11. ผู้ที่รับประทานอาหารรสเค็ม หรือเครื่องปรุง เช่น ซุปก้อน ผงชูรส ซอสปรุงรสเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			K11 <input type="checkbox"/>
12. หากรับประทานอาหารที่ผัดหรือทอดด้วยน้ำมันปาล์มหรือน้ำมันหมูเป็นประจำ จะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้			K12 <input type="checkbox"/>
13. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			K13 <input type="checkbox"/>
14. การรับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้สดอย่างน้อยวันละ 5 ชนิดต่อวัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			K14 <input type="checkbox"/>
15. การออกกำลังกายขนาดปานกลาง เช่น การปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ โยคะ เต้นแอโรบิค เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยลดเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง			K15 <input type="checkbox"/>
16. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			K16 <input type="checkbox"/>
17. การออกแรงแบกหรือยกของหนักเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			K17 <input type="checkbox"/>
18. ฝึกทำสมาธิเป็นเทคนิคของการผ่อนคลายความเครียดจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้			K18 <input type="checkbox"/>
19. เมื่อมีความตื่นเต้น หงุดหงิด อารมณ์โกรธ จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้			K19 <input type="checkbox"/>
20. การทำจิตใจให้แจ่มใส สดชื่น ไม่เครียด จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้			K20 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน โดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ในช่องระดับการมีบทบาทในชุมชนตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

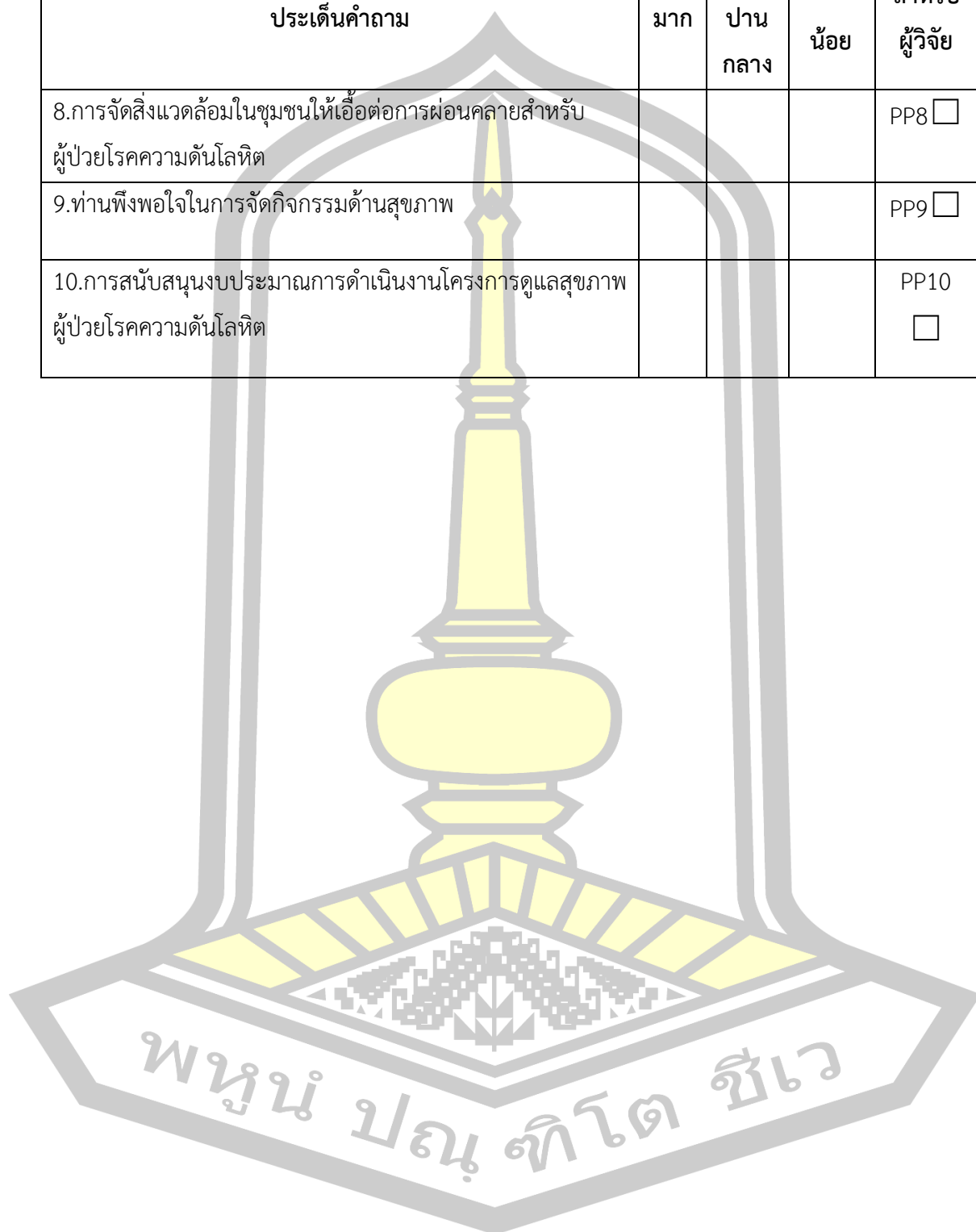
มาก หมายถึง ท่านมีบทบาทในชุมชนมากกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีบทบาทในชุมชนปานกลางกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

น้อย หมายถึง ท่านมีบทบาทในชุมชนน้อยกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ประเด็นคำถาม	มีบทบาทในชุมชน			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
ด้านการป้องกันโรค				
1.การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตในชุมชน				PP1 <input type="checkbox"/>
2.การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ผ่านทางสื่อต่างๆ ในชุมชน				PP2 <input type="checkbox"/>
3.การตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ประชาชน				PP3 <input type="checkbox"/>
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ				
4.ท่านมีการติดต่อสื่อสารของผู้นำในชุมชน ให้ทราบถึงโรคความดันโลหิต และการปฏิบัติตัวที่ดีด้านสุขภาพ				PP4 <input type="checkbox"/>
5.การนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไปปฏิบัติในชุมชน				PP5 <input type="checkbox"/>
6.ท่านทราบรายละเอียดของการดำเนินงานตามแนวทางทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				PP6 <input type="checkbox"/>
7.ท่านได้ทำงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตร่วมกับทุกภาคส่วนในตำบลห้วยแย้				PP7 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	มีบทบาทในชุมชน			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
8.การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการผ่อนคลายสำหรับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				PP8 <input type="checkbox"/>
9.ท่านพึงพอใจในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ				PP9 <input type="checkbox"/>
10.การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				PP10 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง

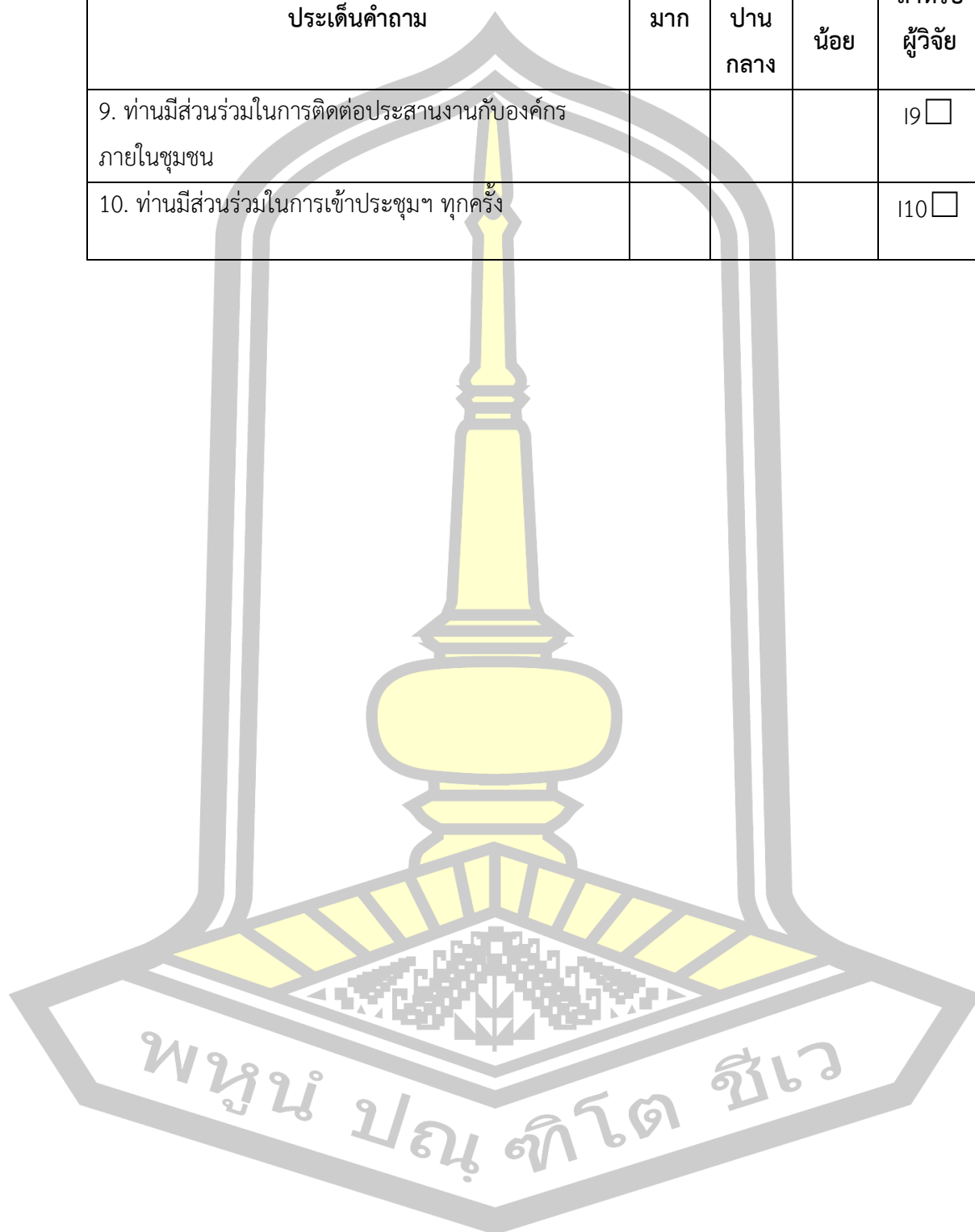
คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ในช่องระดับความการมีส่วนร่วมตามความเป็นจริง ซึ่งมี

เกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- มาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในชุมชนมากกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในชุมชนปานกลางกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน
- น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในชุมชนน้อยกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ประเด็นคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแผนงาน โครงการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิต				11 <input type="checkbox"/>
2. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน				12 <input type="checkbox"/>
3. ท่านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ กระจายข่าวสารให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้รับทราบ				13 <input type="checkbox"/>
4. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมแก้ไขปัญหา การป้องกันโรคความดันโลหิต				14 <input type="checkbox"/>
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				15 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีส่วนร่วมในการนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง				16 <input type="checkbox"/>
7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				17 <input type="checkbox"/>
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				18 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
9. ท่านมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับองค์กร ภายในชุมชน				19 <input type="checkbox"/>
10. ท่านมีส่วนร่วมในการเข้าประชุมฯ ทุกครั้ง				110 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

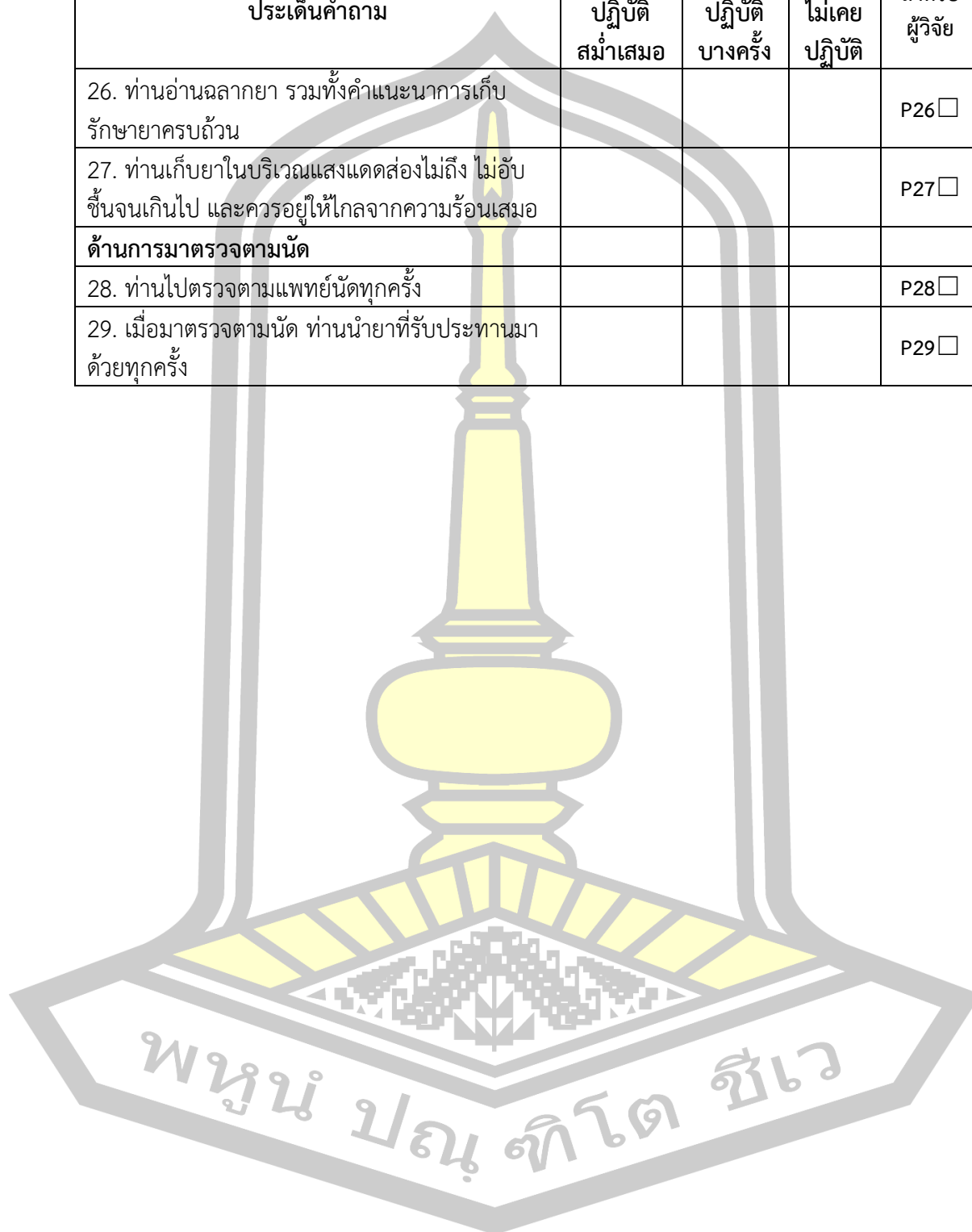
คำชี้แจง เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังข้อความแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับ การปฏิบัติพฤติกรรมของท่านมากที่สุด ได้เพียงคำตอบเดียว โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน โดย แต่ละคำตอบมีความหมาย ดังต่อไปนี้

- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย
- ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านกิจกรรมนั้นๆ เป็นส่วนน้อยหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางวัน หรือ 2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกวันหรือ 4 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์
- ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำหรือทุกครั้ง (ทุกวัน)

ประเด็นคำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
1. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมัน อิ่มตัวสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ทอด ทอดมัน หมู สามชั้น แครบหมู				P1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ ซอส				P2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านกินอาหารครบห้าหมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ นม ไข่และน้ำมัน)				P3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านกินผักมากกว่าวันละ 3 ทับพี				P4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านกินผลไม้วันละ 2-3 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)				P5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หมก หรืออ่อม				P6 <input type="checkbox"/>
7. ท่านกินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำซาก				P7 <input type="checkbox"/>
8. ท่านหลีกเลี่ยงการกินอาหารแปรรูปหรือผ่านการ ถนอมอาหาร เช่น อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง				P8 <input type="checkbox"/>
ด้านการออกกำลังกาย				
9. ท่านเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬา ไม่น้อยกว่า ครั้งละ 30 นาทีต่อวัน				P9 <input type="checkbox"/>
10. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายหรือยืดเหยียด กล้ามเนื้อ ข้อต่อและเอ็นทุกส่วนเพื่อเตรียมความ พร้อมของร่างกาย				P10 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
11. ขณะออกกำลังกายท่านหายใจเร็วและมีเหงื่อซึม				P11 <input type="checkbox"/>
12. หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายร่างกายด้วยการลดระดับความแรงลงเรื่อยๆเพื่อผ่อนคลายระดับการเต้นของหัวใจ ปอด กล้ามเนื้อทุกส่วน				P12 <input type="checkbox"/>
13. ท่านออกกำลังกายได้เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย				P13 <input type="checkbox"/>
14. ท่านออกกำลังกายในสถานที่โล่งโปร่งอากาศถ่ายเทสะดวก				P14 <input type="checkbox"/>
ด้านการจัดการความเครียด				
15. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่วางใจได้				P15 <input type="checkbox"/>
16. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				P16 <input type="checkbox"/>
17. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิไหว้พระ สวดมนต์				P17 <input type="checkbox"/>
18. ท่านนอนหลับไม่น้อยกว่าวันละ 7-8 ชั่วโมง				P18 <input type="checkbox"/>
ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง				
19. ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				P19 <input type="checkbox"/>
20. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สูบยาเส้น สารเสพติดอื่น				P20 <input type="checkbox"/>
ด้านการรับประทานยา				
21. ท่านรับประทานยาตรงตามคำสั่งแพทย์				P21 <input type="checkbox"/>
22. ท่านไม่ซื้อยามารับประทานเองหรือนำยาผู้อื่นมารับประทาน				P22 <input type="checkbox"/>
23. หากท่านลืมรับประทานยาท่านจะทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลารับประทานมือต่อไปจะงดมือนั้นและรับประทานในมือต่อไป				P23 <input type="checkbox"/>
24. ท่านไม่ลดยา หยุดยา หรือเพิ่มปริมาณยาด้วยตนเอง				P24 <input type="checkbox"/>
25. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น หัวใจเต้น ว่างนอน ใจสั่น อ่อนเพลีย เป็นต้น				P25 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
26. ท่านอ่านฉลากยา รวมทั้งคำแนะนำการเก็บ รักษายาครบถ้วน				P26 <input type="checkbox"/>
27. ท่านเก็บยาในบริเวณแสงแดดส่องไม่ถึง ไม่อับ ชื้นจนเกินไป และควรอยู่ให้ไกลจากความร้อนเสมอ				P27 <input type="checkbox"/>
ด้านการมาตรวจตามนัด				
28. ท่านไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง				P28 <input type="checkbox"/>
29. เมื่อมาตรวจตามนัด ท่านนำยาที่รับประทานมา ด้วยทุกครั้ง				P29 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ในช่องระดับความพึงพอใจตามความเป็นจริง ซึ่งมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลางกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ประเด็นคำถาม	ความพึงพอใจ			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				S1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีในระบบสาธารณสุข				S2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				S3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านมีความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสารของผู้นำในชุมชน ให้ทราบถึงโรคความดันโลหิต และการปฏิบัติตัวที่ดีด้านสุขภาพของผู้ป่วย				S4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยสามารถนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไปปฏิบัติในชุมชน				S5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านทราบรายละเอียดของการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				S6 <input type="checkbox"/>

ประเด็นคำถาม	ความพึงพอใจ			สำหรับ ผู้วิจัย
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	
7. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพจากทุกภาค ส่วนในตำบลห้วยแย้				S7 <input type="checkbox"/>
8. ท่านพึงพอใจในการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อ การผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				S8 <input type="checkbox"/>
9. ท่านพึงพอใจในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ				S9 <input type="checkbox"/>
10. ท่านพึงพอใจในการสนับสนุนงบประมาณการ ดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิต				S10 <input type="checkbox"/>



แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการมีส่วนร่วมรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน
และชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สำหรับผู้บริหาร)

1.ในอดีตมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.ในปัจจุบันมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.ในอนาคตท่านมีการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.ท่านคิดว่าหน่วยงานใดบ้างที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และมีบทบาทอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พญาน์ ปณฺ ทิปโต ชิวเว

**แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการมีส่วนร่วมรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน
และชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล)**

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับอาการเจ็บป่วยของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. รูปแบบการดูแล แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบัน เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

3. ในอนาคตท่านอยากให้มึระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และในระบบบริการทางการแพทย์อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

4. ท่านคิดว่าหน่วยงานใดบ้างที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และควรมีบทบาทหน้าหรือให้การช่วยเหลืออย่างไร

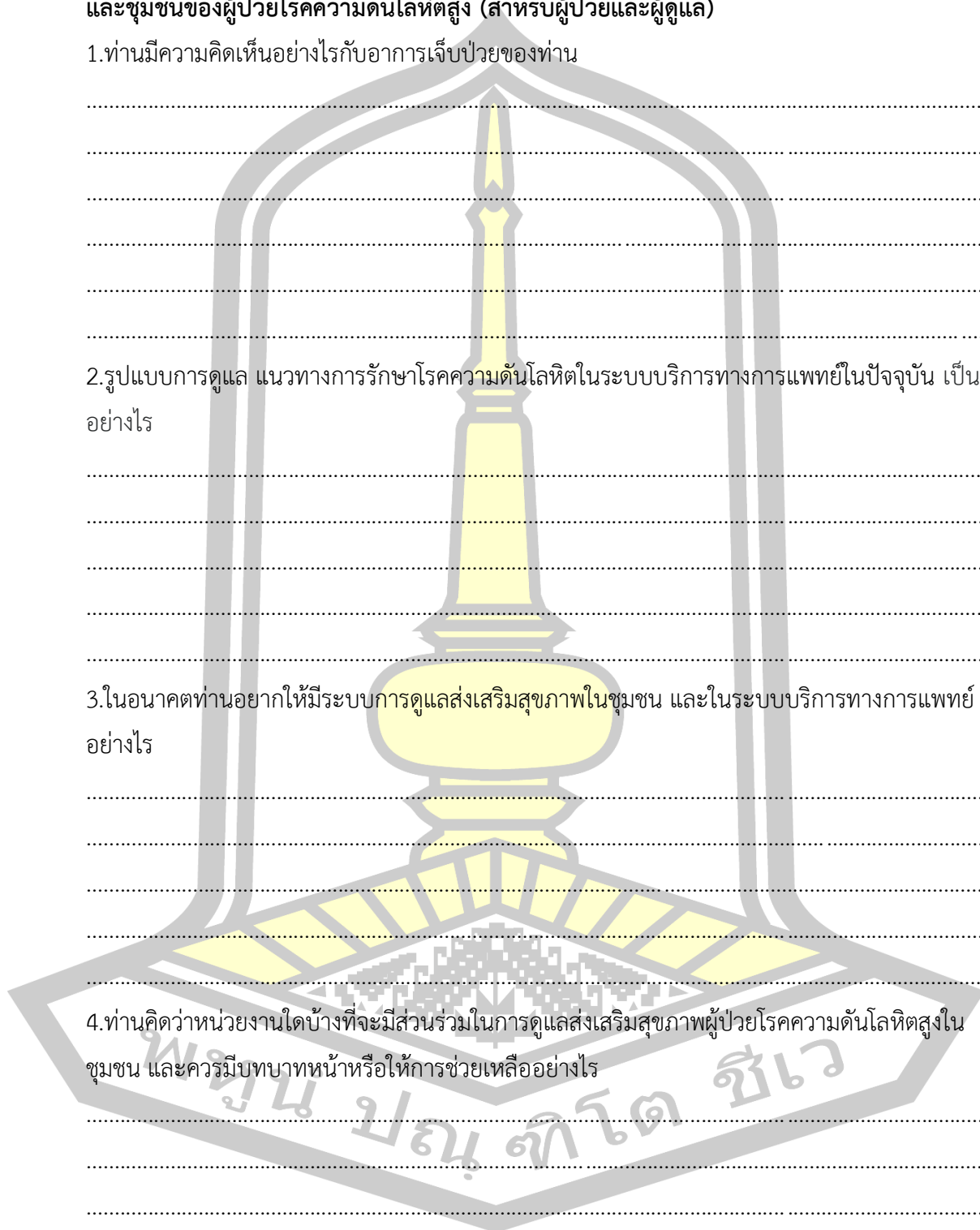
.....

.....

.....

.....

.....



แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group) การมีส่วนร่วมรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและ
การดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประเด็นที่ 1 ในปัจจุบัน ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 2 ในชุมชนของท่านมีรูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างไร ที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดี มีแนวทางในการปฏิบัติ
ตัวอย่างอะไรบ้าง

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 4

ในอนาคต ท่านอยากเห็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร

.....

.....

.....

พญานุกุล ทัศนวิทย์

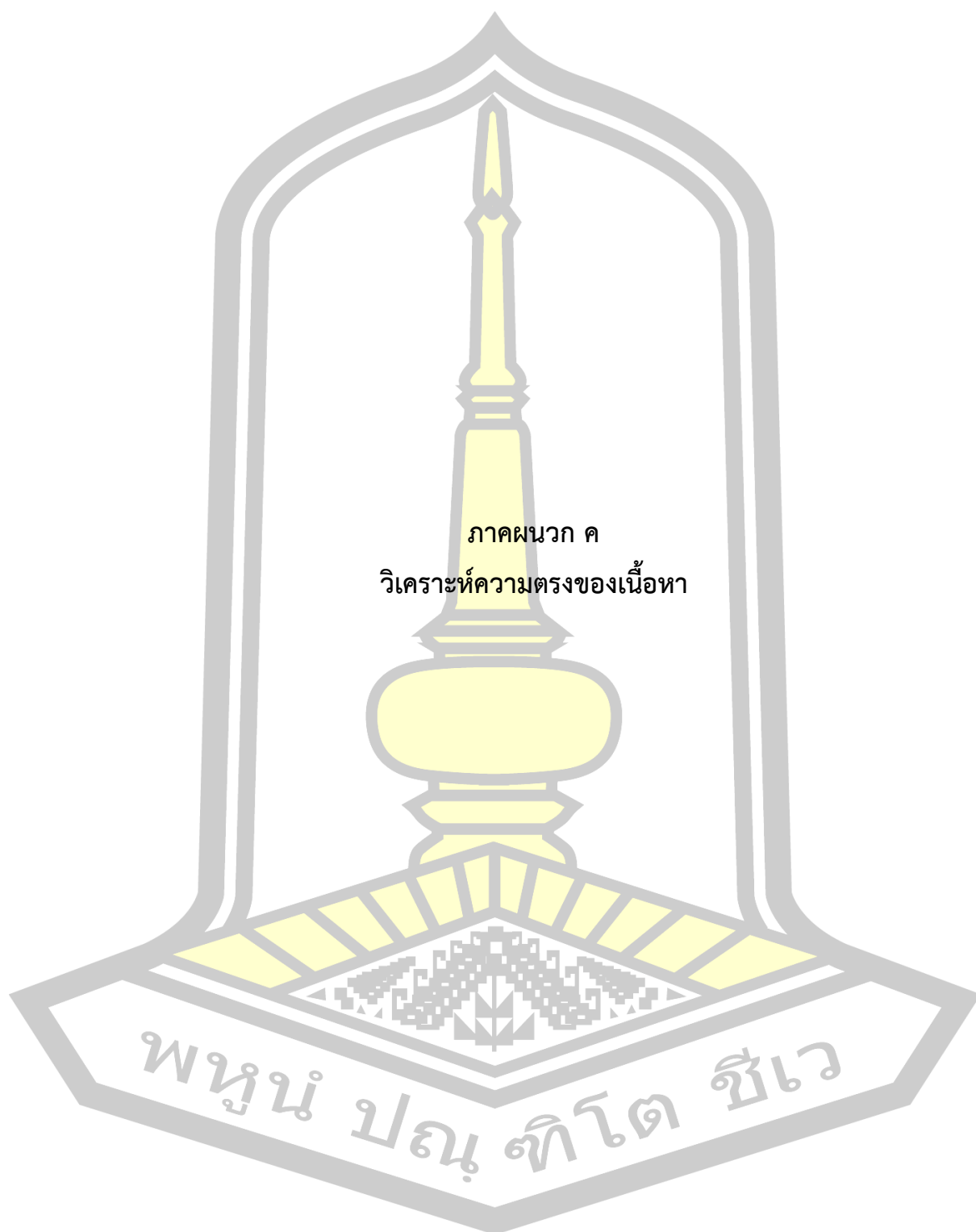
กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน
และชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

A : ตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

I : กำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

C : กำหนดบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ ของแต่ละองค์กร ในการส่งเสริมสุขภาพการสร้าง
เสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พญานุ ษณุ ภิโต ชิวเว



แบบประเมินคุณภาพแบบสอบถาม เพื่อหาค่า IOC

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบสอบถาม

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ขอให้ท่านผู้เชี่ยวชาญได้กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านที่มีต่อแบบแบบสอบถาม โดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ใน การนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ความดันโลหิต คือ ความดันเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบมากในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุโดยชัดเจน	1	1	1	1	ใช้ได้
3. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบรัดตัวจะเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตขณะที่หัวใจหดคลายตัว จะเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	1	0	1	0.66	ใช้ได้
4. อาการที่พบบ่อยแสดงถึงอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ มึนงง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ ปวดบริเวณท้ายทอย อาเจียน แขนขาอ่อนแรง	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ผู้ที่มีประวัติพ่อ แม่ และญาติพี่น้องสายตรงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน	1	1	1	1	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
6. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ไตวาย	1	1	0	0.66	ใช้ได้
7. ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จนไม่สามารถควบคุมได้ อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงแต่ไม่ปรากฏอาการใดๆ แสดงว่าไม่เป็นอันตราย	1	0	1	0.66	ใช้ได้
9. การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตได้	1	1	0	0.66	ใช้ได้
10. ผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ จะทำให้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	ใช้ได้
11. ผู้ที่รับประทานอาหารรสเค็ม หรือ เครื่องปรุง เช่น ซุปก้อน ผงชูรส ซอสปรุงรสเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	1	1	1	1	ใช้ได้
12. หากรับประทานอาหารที่ผัดหรือทอดด้วยน้ำมันปาล์มหรือน้ำมันหมูเป็นประจำ จะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้	1	1	1	1	ใช้ได้
13. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	0	1	1	0.66	ใช้ได้
14. การรับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้สดอย่างน้อยวันละ 5 ชนิดต่อวัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1	1	0	0.66	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
15. การออกกำลังกายขนาดปานกลาง เช่น การปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ โยคะ เดินแอโรบิค เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยลดเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	ใช้ได้
16. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	ใช้ได้
17. การออกแรงแบกหรือยกของหนักเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1	1	0	0.66	ใช้ได้
18. ฝึกทำสมาธิเป็นเทคนิคของการผ่อนคลายความเครียดจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	1	1	1	1	ใช้ได้
19. เมื่อมีความตื่นเต้น หงุดหงิด อารมณ์โกรธ จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	1	0	1	0.66	ใช้ได้
20. การทำจิตใจให้แจ่มใส สดชื่น ไม่เครียด จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	1	1	1	1	ใช้ได้



2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของโรคความดันโลหิตสูง

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ทอด ทอดมัน หมูสามชั้น แครกหมู	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊วเกลือ ซอส	1	1	1	1	ใช้ได้
3. ท่านกินอาหารครบห้าหมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ นม ไข่และน้ำมัน)	1	0	1	0.66	ใช้ได้
4. ท่านกินผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านกินผลไม้วันละ 2-3 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)	1	1	1	1	ใช้ได้
6. ท่านกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ หมก หรืออ่อม	1	1	0	0.66	ใช้ได้
7. ท่านกินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำซาก	1	1	1	1	ใช้ได้
9. ท่านเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬา ไม่น้อยกว่าครั้งละ 30 นาทีต่อวัน	1	0	1	0.66	ใช้ได้
10. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายหรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ข้อต่อและเอ็นทุกส่วน เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย	1	1	0	0.66	ใช้ได้
11. ขณะออกกำลังกายท่านหายใจเร็วและมีเหงื่อซึม	1	1	1	1	ใช้ได้
12. หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายร่างกายด้วยการลดระดับความแรงลงเรื่อยๆเพื่อผ่อนคลายระดับการเต้นของ	1	1	1	1	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
หัวใจ ปอด กล้ามเนื้อทุกส่วน					
13. ท่านออกกำลังกายได้เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย	1	1	1	1	ใช้ได้
14. ท่านออกกำลังกายในสถานที่โล่งโปร่งอากาศถ่ายเทสะดวก	1	1	1	1	ใช้ได้
15. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่วางใจได้	0	1	1	0.66	ใช้ได้
16. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	ใช้ได้
17. การออกแรงแบกหรือยกของหนักเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	ใช้ได้
18. ฝึกทาสมาธิเป็นเทคนิคของการผ่อนคลายความเครียดจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	1	1	1	1	ใช้ได้
19. ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1	1	1	1	ใช้ได้
20. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สูบยาเส้น สารเสพติดอื่น	1	1	1	1	ใช้ได้
21. ท่านรับประทานยาตรงตามคำสั่งแพทย์	1	1	1	1	ใช้ได้
22. ท่านไม่ซื้อยามารับประทานเองหรือนำยาผู้อื่นมารับประทาน	0	1	1	0.66	ใช้ได้
23. หากท่านลืมรับประทานยาท่านจะทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลา	1	1	0	0.66	ใช้ได้

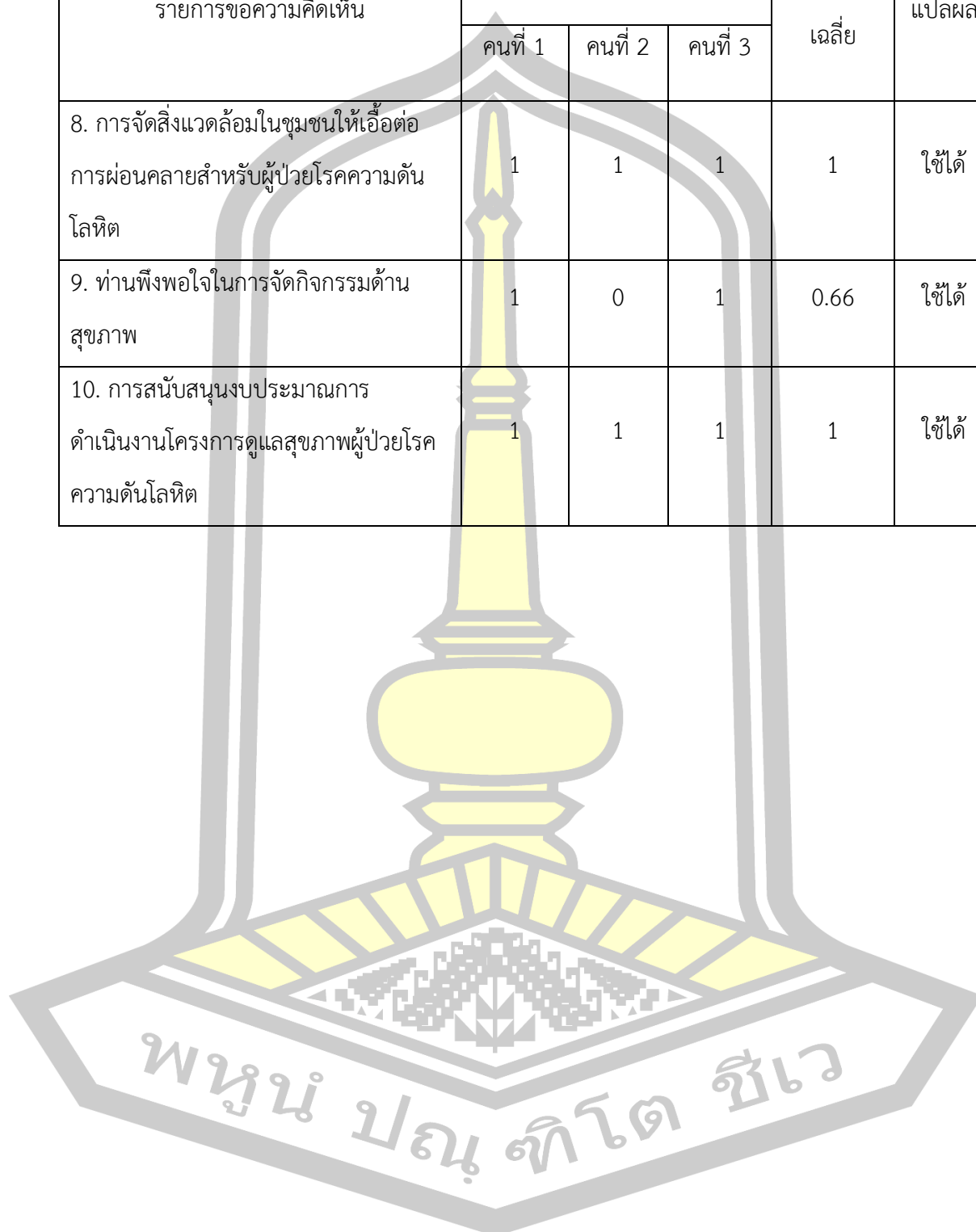
รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
รับประทานมือต่อไปจะดมือนั้นและ รับประทานในมือต่อไป					
24. ท่านไม่ลดยา หยุดยา หรือเพิ่มปริมาณ ยาด้วยตนเอง	1	1	1	1	ใช้ได้
25. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรืออาการ ข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น หัวใจเต้น ่งวง นอน ใจสั่น อ่อนเพลีย เป็นต้น	1	1	1	1	ใช้ได้
26. ท่านอ่านฉลากยา รวมทั้งคำแนะนำ การเก็บรักษายาครบถ้วน	0	1	1	0.66	ใช้ได้
27. ท่านเก็บยาในบริเวณแสงแดดส่องไม่ถึง ถึง ไม่อับชื้นจนเกินไป และควรอยู่ให้ไกล จากความร้อนเสมอ	1	1	0	0.66	ใช้ได้
28. ท่านไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง	1	1	1	1	ใช้ได้
29. เมื่อมาตรวจตามนัด ท่านนำยาที่ รับประทานมาด้วยทุกครั้ง	1	1	1	1	ใช้ได้



3. แบบสอบถามบริบทและการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ด้านการป้องกันโรค					
1. การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก้ไข ปัญหาโรคความดันโลหิตในชุมชน	1	1	1	1	ใช้ได้
2. การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ผ่านทาง สื่อต่างๆ ในชุมชน	1	0	1	0.66	ใช้ได้
3. การตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหา น้ำตาลในปัสสาวะแก่ประชาชน	1	1	1	1	ใช้ได้
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ					
4. ท่านมีการติดต่อสื่อสารของผู้นำใน ชุมชน ให้ทราบถึงโรคความดันโลหิต และ การปฏิบัติตัวที่ดีด้านสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
5. การนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและ ดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตไปปฏิบัติในชุมชน	1	0	1	0.66	ใช้ได้
6. ท่านทราบรายละเอียดของการ ดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริม สุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านได้ทำงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตร่วมกับทุกภาคส่วนในตำบล ห้วยแย้	1	0	1	0.66	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
8. การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้
9. ท่านพึงพอใจในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	1	0	1	0.66	ใช้ได้
10. การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้



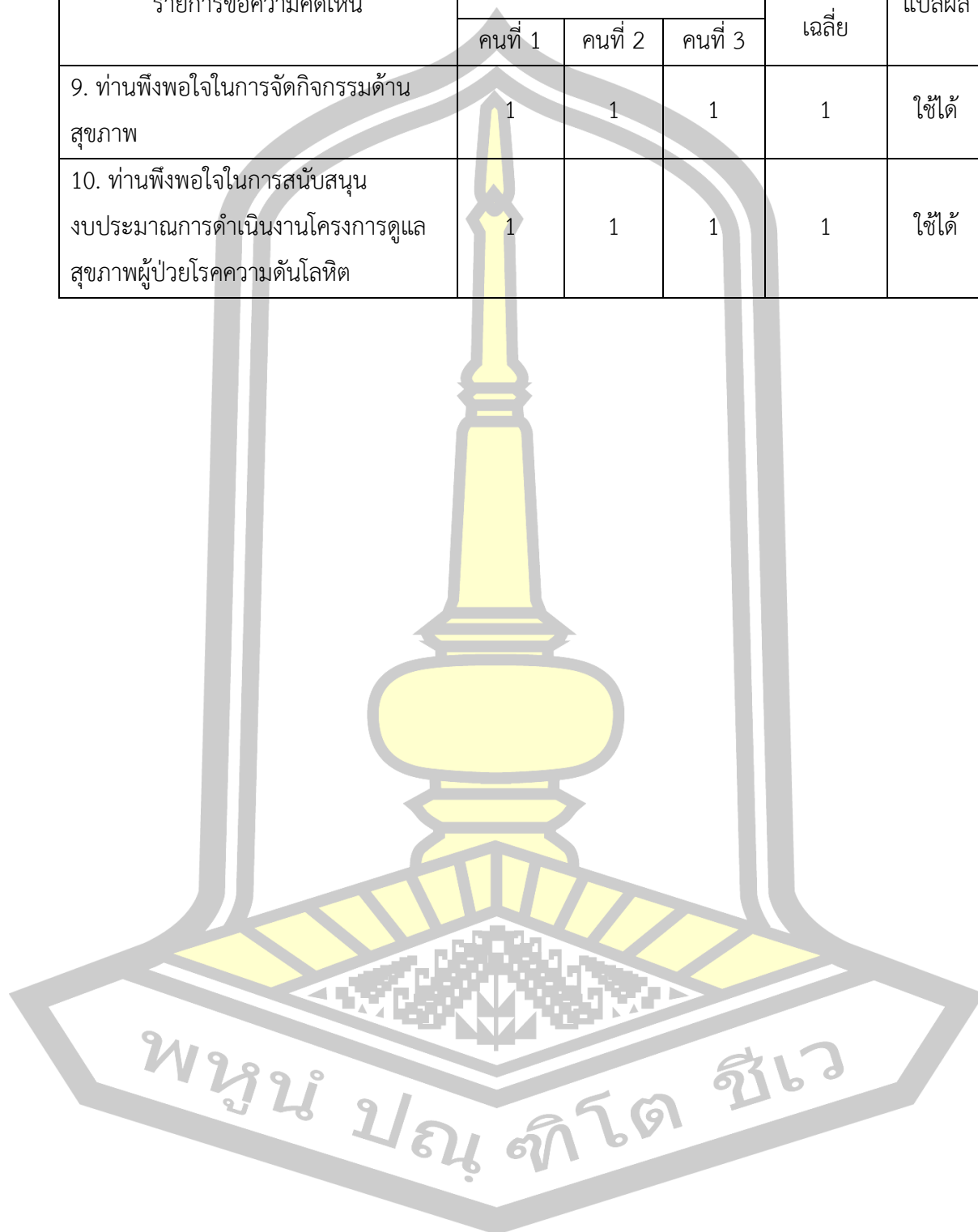
4. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแผนงานโครงการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน	1	0	1	0.66	ใช้ได้
3. ท่านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์กระจายข่าวสารให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้รับทราบ	1	1	1	1	ใช้ได้
4. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมแก้ไขปัญหา การป้องกันโรคความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	0	1	0.66	ใช้ได้
6. ท่านมีส่วนร่วมในการนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	0	1	0.66	ใช้ได้
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้
9. ท่านมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับองค์กรภายในชุมชน	1	0	1	0.66	ใช้ได้
10. ท่านมีส่วนร่วมในการเข้าประชุมฯ ทุกครั้ง	1	1	1	1	ใช้ได้

5. แบบสอบถามความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	ใช้ได้
2. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีในระบบสาธารณสุข	1	0	1	0.66	ใช้ได้
3. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1	0	1	0.66	ใช้ได้
4. ท่านมีความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสารของผู้นำในชุมชน ให้ทราบถึงโรคความดันโลหิต และการปฏิบัติตัวที่ดีด้านสุขภาพของผู้ป่วย	1	1	1	1	ใช้ได้
5. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยสามารถนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไปปฏิบัติในชุมชน	1	1	1	1	ใช้ได้
6. ท่านทราบรายละเอียดของการดำเนินงานตามแนวทางทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้
7. ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพจากทุกภาคส่วนในตำบลห้วยแย้	1	1	1	1	ใช้ได้
8. ท่านพึงพอใจในการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้

รายการขอความคิดเห็น	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
9. ท่านพึงพอใจในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
10. ท่านพึงพอใจในการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	1	1	1	1	ใช้ได้



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายเทอดศักดิ์ ใจว่อง
วันเกิด	วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2529
สถานที่เกิด	อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 204 หมู่ 3 ตำบลบัวชุม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี รหัสไปรษณีย์ 15130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลปากช่องนานา บ้านเลขที่ 400 ตำบลปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30130
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพิบูลวิทยาลัย จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2552 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2562 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนัน ปณุกิตโต ชีวะ