



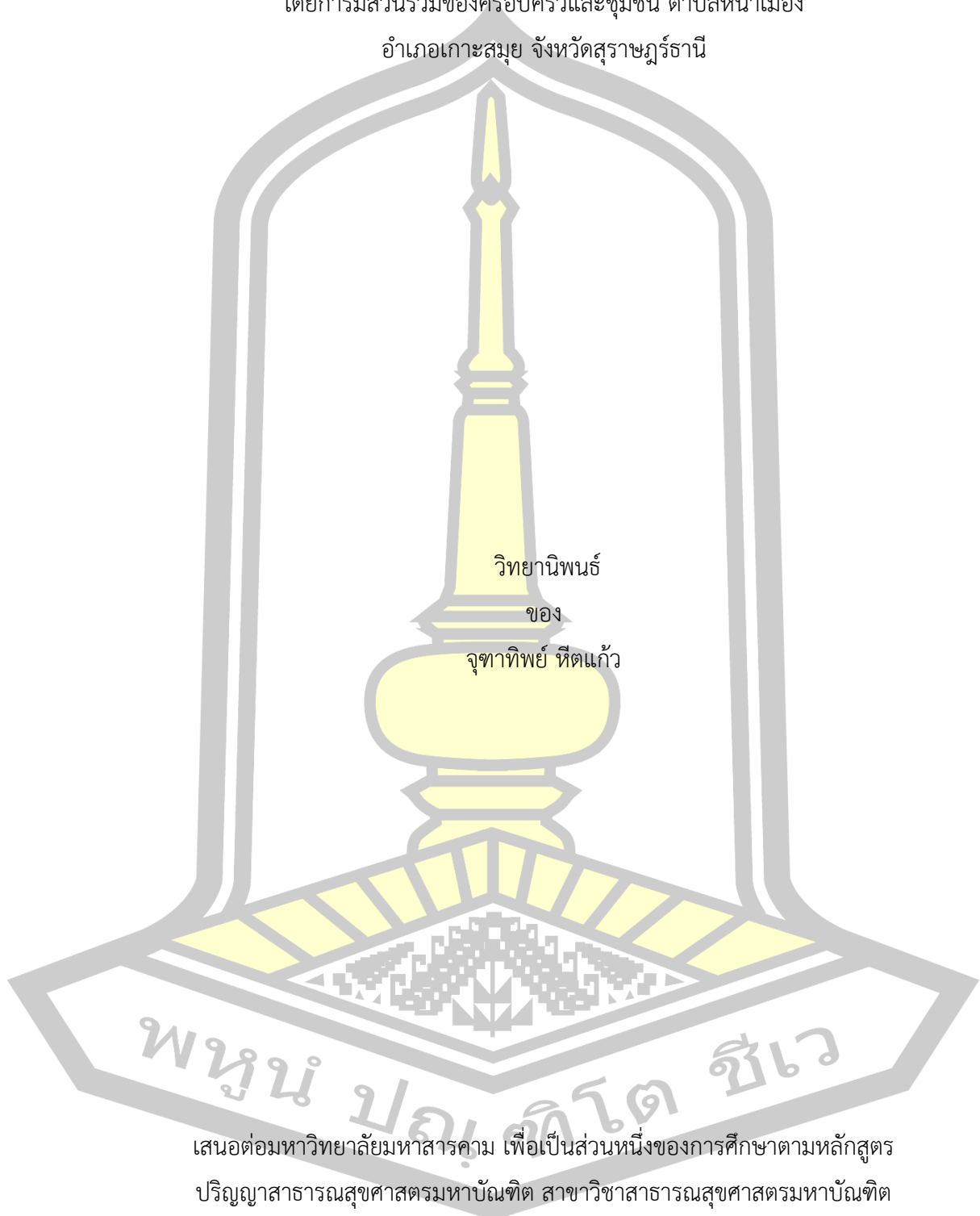
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง
อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิทยานิพนธ์
ของ
จุฑาทิพย์ นิตแก้ว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง
อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

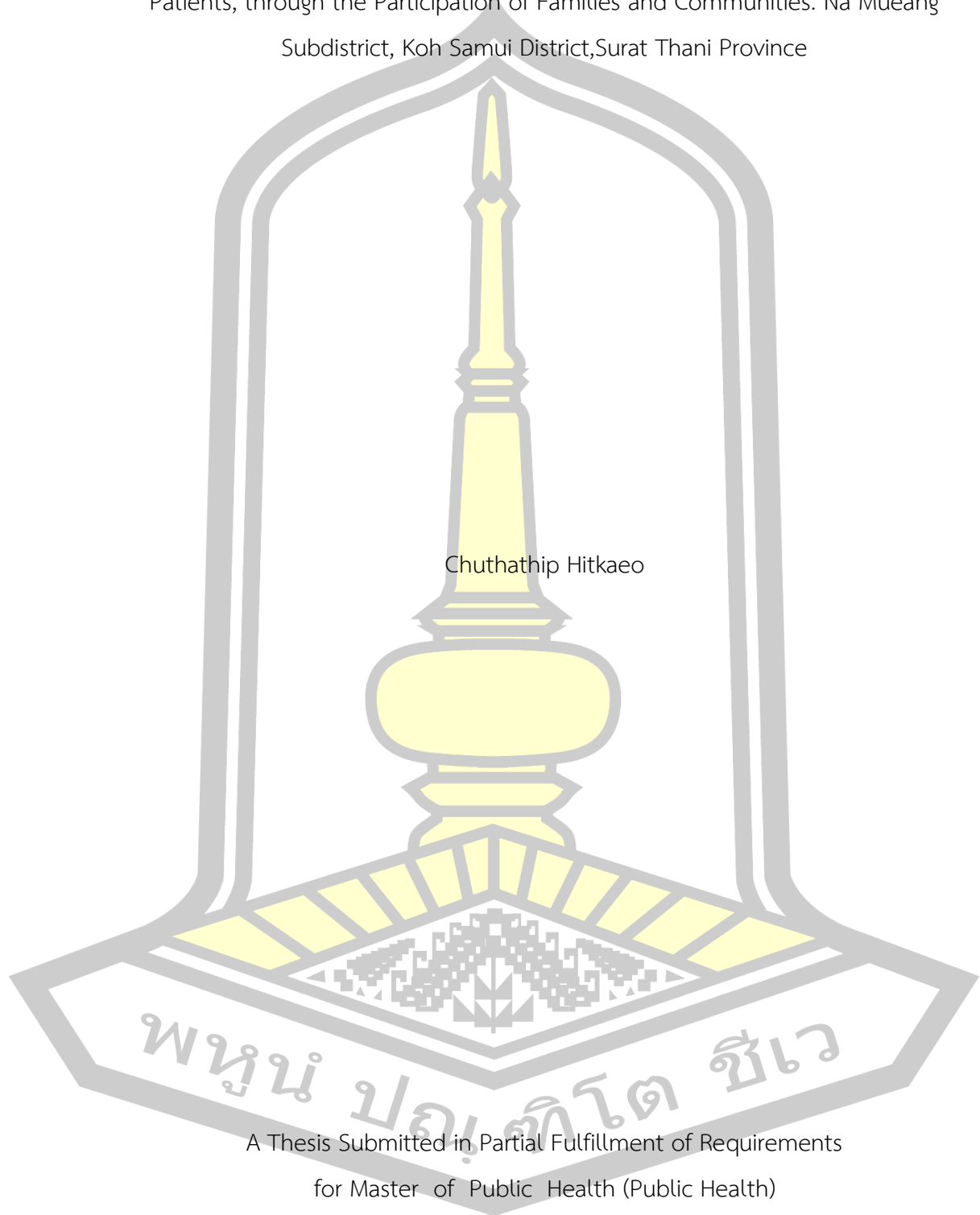


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Developing a System for Caring for Patients among Uncontrolled Hypertension
Patients, through the Participation of Families and Communities. Na Mueang
Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province



Chuthathip Hitkaeo

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

June 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวจุฑาทิพย์ หีดแก้ว
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์

(ผศ. ดร. พลเดช เซาวรัตน์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี		
ผู้วิจัย	จุฑาทิพย์ หิตแก้ว		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา รองศาสตราจารย์ ดร. สุภัทนา กลางคาร		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 108 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน จำนวน 108 คน และผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ จำนวน 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired Samples t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ประยุกต์ใช้ตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ 2) ปฏิบัติตามแผน 3) ติดตามผล สังเกตการมีส่วนร่วม 4) สรุปผลและถอดบทเรียน ทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายใต้ระบบ NAMUANG MODEL มี 7องค์ประกอบ ดังนี้ 1) N (NCD Care Focused) เน้นการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 2) A (Affiliated with Community) มีความร่วมมือกับชุมชน 3) M (Managing Local Resources) จัดการตนเองและบริหารทรัพยากรในพื้นที่ 4) U (Up Skills and Empowerment) ยกกระดับทักษะเสริมพลังบุคลากรและประชาชน 5) A (Adapting Care Service) ปรับระบบการให้บริการสุขภาพให้เหมาะสม 6) N(Network via Technology) เชื่อมโยงเครือข่าย

การดูแลสุขภาพด้วยเทคโนโลยี 7) G (Good Governance) ยึดหลักธรรมาภิบาล ตรวจสอบได้ มีความรับผิดชอบ และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างเท่าเทียม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย 1) ภาครัฐที่เข้มแข็ง การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ 2) มีการวางแผนที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน 3) ได้รับการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย 4) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกยิ่งขึ้น ผ่านช่องทางการให้บริการที่หลากหลาย 5) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, การมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้



TITLE	Developing a System for Caring for Patients among Uncontrolled Hypertension Patients, through the Participation of Families and Communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province		
AUTHOR	Chuthathip Hitkaeo		
ADVISORS	Assistant Professor Kemika Sombateyotha , Dr.P.H. Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

ABSTRACT

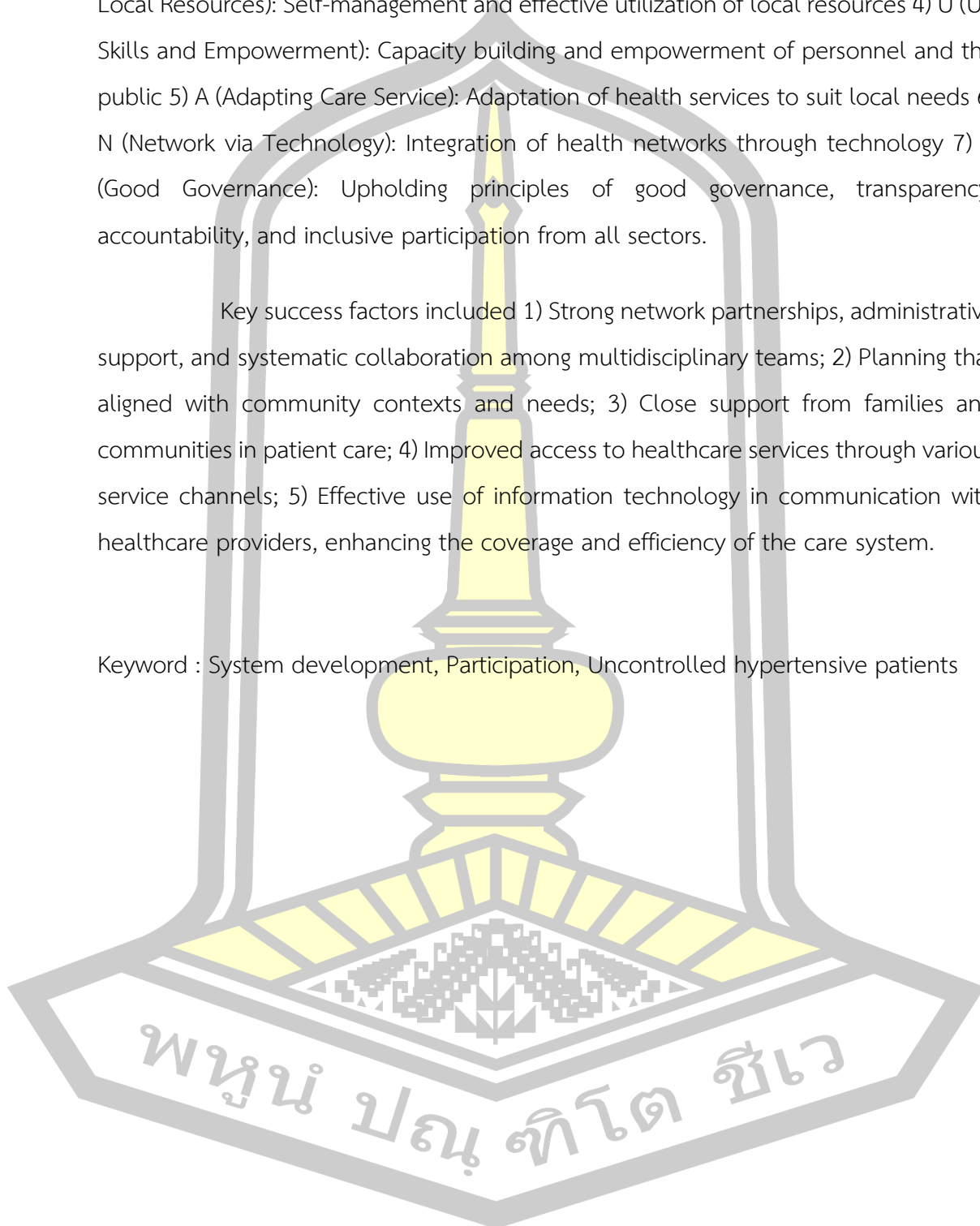
This participatory action research aimed to develop a care system for patients with uncontrolled hypertension through the involvement of families and communities in Namuang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province. The study participants were divided into three groups: 108 patients with hypertension, 108 primary caregivers from the patients' households, and 25 healthcare service providers. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, observations, participatory meetings, and questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis. The Chronic Care Model (CCM) was applied in the development process.

The results revealed that the development process of the care system for patients with uncontrolled hypertension through family and community participation comprised four phases: (1) action plan meeting, (2) implementation of the plan, (3) monitoring and observing participation, and (4) conclusion and lesson learned. This led to the creation of the "NAMUANG MODEL" consisting of seven components 1) N (NCD Care Focused): Emphasis on the care of non-communicable diseases (NCDs) 2) A

(Affiliated with Community): Strong collaboration with the community 3) M (Managing Local Resources): Self-management and effective utilization of local resources 4) U (Up Skills and Empowerment): Capacity building and empowerment of personnel and the public 5) A (Adapting Care Service): Adaptation of health services to suit local needs 6) N (Network via Technology): Integration of health networks through technology 7) G (Good Governance): Upholding principles of good governance, transparency, accountability, and inclusive participation from all sectors.

Key success factors included 1) Strong network partnerships, administrative support, and systematic collaboration among multidisciplinary teams; 2) Planning that aligned with community contexts and needs; 3) Close support from families and communities in patient care; 4) Improved access to healthcare services through various service channels; 5) Effective use of information technology in communication with healthcare providers, enhancing the coverage and efficiency of the care system.

Keyword : System development, Participation, Uncontrolled hypertensive patients



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงไปด้วยดี ได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทธา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาแนวทางการวิจัยทุกขั้นตอน พร้อมทั้งได้แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆตลอดจนได้ให้กำลังใจเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านด้วยความเคารพอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ อาจารย์ประจำคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบลอาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นางสาวภิญญาพัชรณ์ ศรีแสงพันธ์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเกาะสมุย ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ประเมินคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในครั้งนี้ ท่านให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้เครื่องมือวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นขอขอบพระคุณ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี นายอำเภอเกาะสมุย สาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสมุย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะสมุย เทศบาลนครเกาะสมุย คณะกรรมการชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่และเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 25 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ความสำเร็จและความภาคภูมิใจทั้งหมดนี้ผู้ศึกษาขอมอบและตอบแทนพระคุณบิดามารดา คณาจารย์ทุกท่านที่เป็นกำลังใจสำคัญทำให้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยในครั้งนี้ เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่นำไปศึกษาค้นคว้า เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

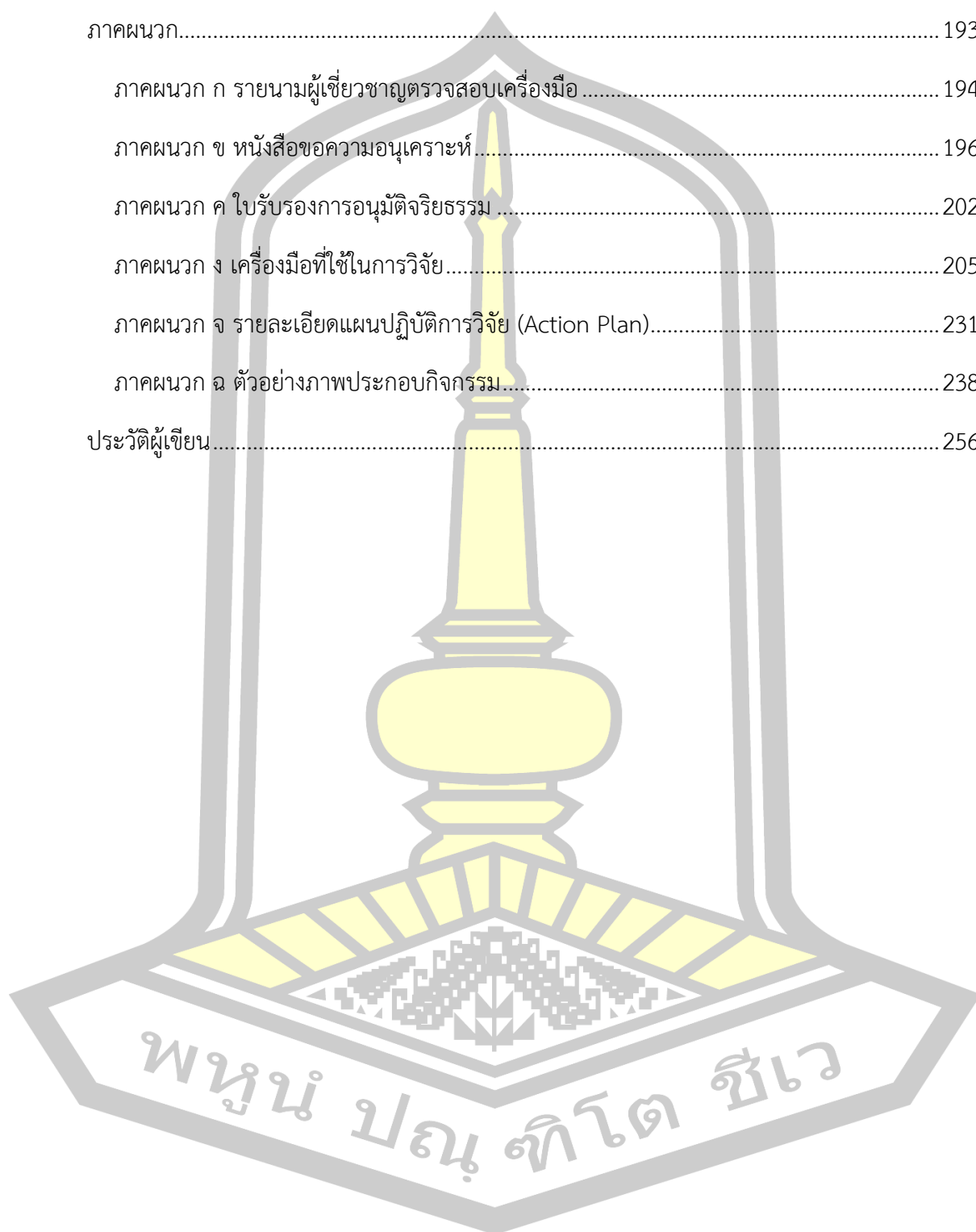
จุฑาทิพย์ หิตแก้ว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	8
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	9
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง.....	9
2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model:CCM).....	32
2.3 แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ที่พึ่งประสงค์ด้วย Six Building Blocks Plus One.....	40
2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม.....	47
2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	61
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	69

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	76
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	77
3.1 รูปแบบการวิจัย	77
3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย	78
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	80
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	84
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	86
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	88
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	89
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	89
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	91
4.1 ข้อมูลบริบทและสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนของตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	92
4.2 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน	98
4.3 ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ ชุมชน	136
อัมพตใต้	148
4.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน	151
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	155
5.1 ความมุ่งหมายของงานวิจัย.....	156
5.2 สรุปผล.....	156
5.3 อภิปรายผล	162
5.4 ข้อเสนอแนะ	180

บรรณานุกรม.....	181
ภาคผนวก.....	193
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ.....	194
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	196
ภาคผนวก ค ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม.....	202
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	205
ภาคผนวก จ รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan).....	231
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างภาพประกอบกิจกรรม.....	238
ประวัติผู้เขียน.....	256

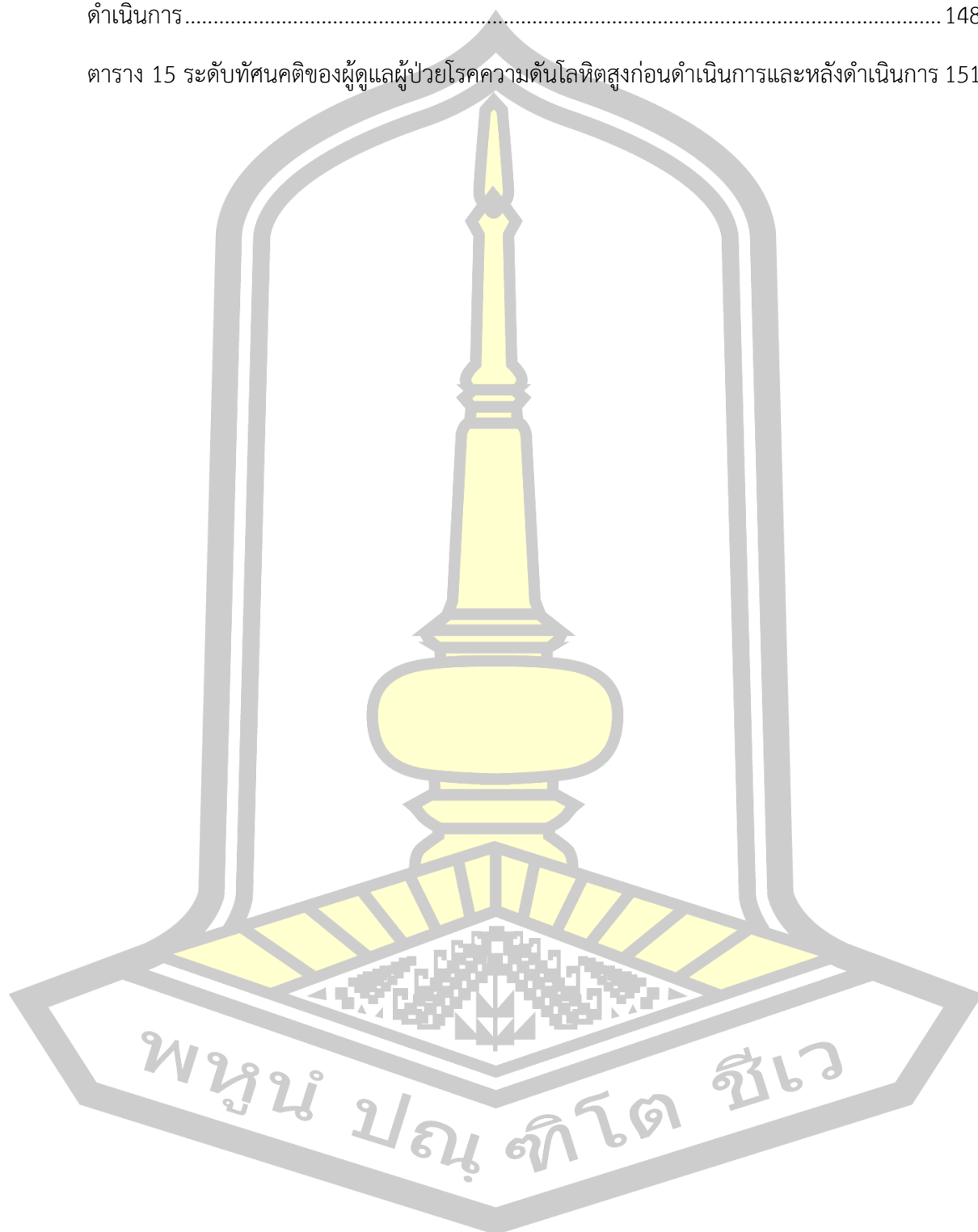


สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การจำแนกความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ตามระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป.....	11
ตาราง 2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า	23
ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามคุณลักษณะประชากร	94
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	96
ตาราง 5 แสดงการบันทึกผลการประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามทฤษฎีตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM)....	104
ตาราง 6 แผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	109
ตาราง 7 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี	130
ตาราง 8 การเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=108)	137
ตาราง 9 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ.....	138
ตาราง 10 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ	141
ตาราง 11 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ.....	143
ตาราง 12 การศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ	145
ตาราง 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิต ขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ.....	146

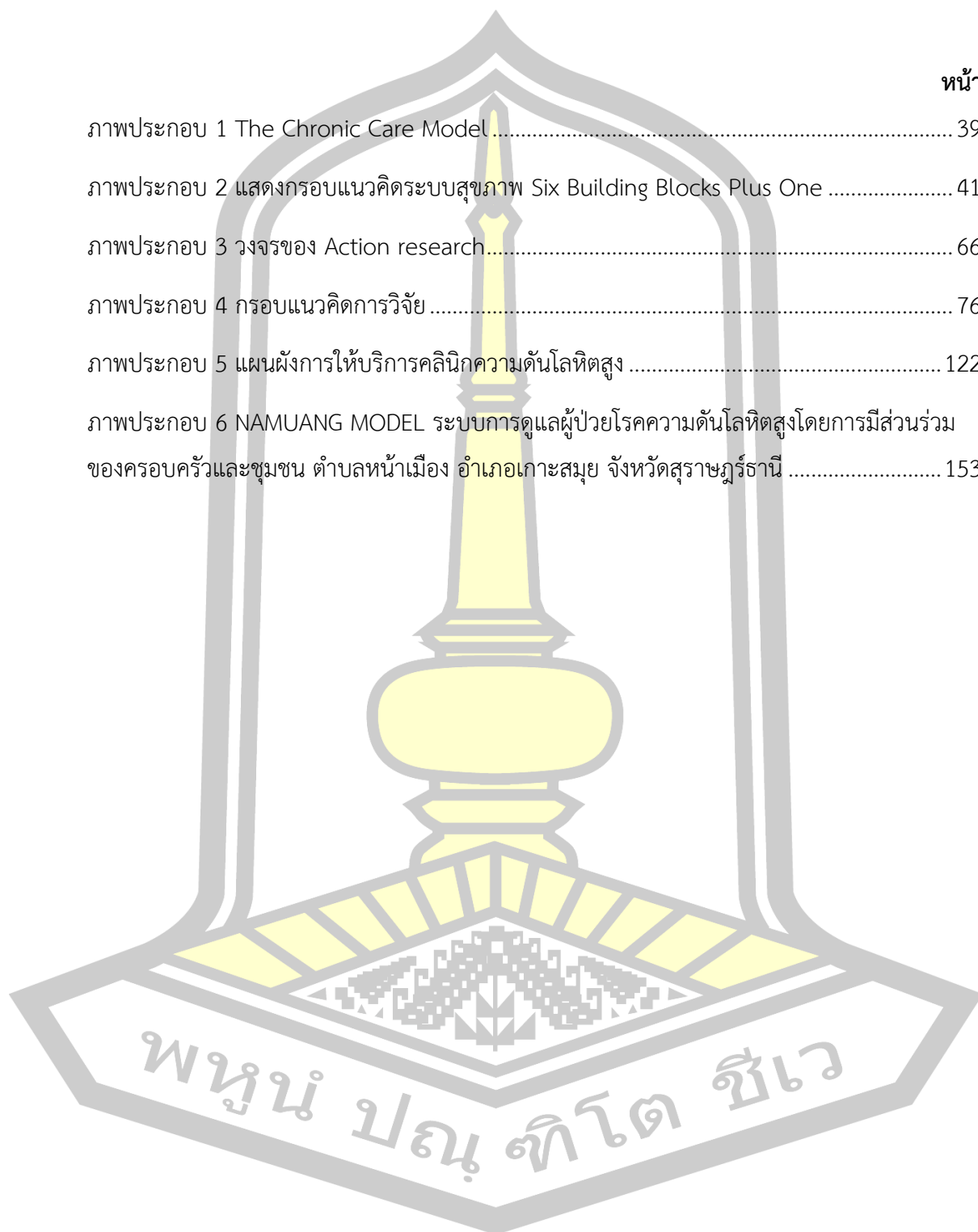
ตาราง 14 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและ หลัง
ดำเนินการ..... 148

ตาราง 15 ระดับทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ 151



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 The Chronic Care Model	39
ภาพประกอบ 2 แสดงกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ Six Building Blocks Plus One	41
ภาพประกอบ 3 วงจรของ Action research.....	66
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย	76
ภาพประกอบ 5 แผนผังการให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูง	122
ภาพประกอบ 6 NAMUANG MODEL ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี	153



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควรและเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2021) รายงานว่ากลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี 1.28 พันล้านคนทั่วโลก มีความดันโลหิตสูง และคาดว่าจำนวนนี้จะเพิ่มเป็น 1.5 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 ภาวะความดันโลหิตสูงมักจะไม่ค่อยมีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น ถูกเรียกว่าเป็นฆาตกรเงียบ (silent killer) (กรมควบคุมโรค, 2563) แต่จะสามารถตรวจวินิจฉัยได้ ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2565) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 7.5 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 12.8 ของการเสียชีวิตทั่วโลก (WHO, 2021) โดยมักสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย มีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลสำรวจสุขภาพประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 12 ล้านคน (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2565) และจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขและกรมควบคุมโรคในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เฉลี่ยปีละประมาณ 600,000 ราย (กรมควบคุมโรค, 2567) ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการสุขภาพประมาณ 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ประมาณ 200,000 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ขณะเดียวกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้น ๆ โดยในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 58,681 คน หรือเทียบเท่าอัตราการตาย 90.3 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นภาวะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาและได้แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต แต่ผู้ป่วยยังมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในประเทศไทยพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ระหว่าง พ.ศ. 2562 -2566 ร้อยละ 58.34, 55.76, 56.72, 44.01 และ 47.44 ตามลำดับ (HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2566) ผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองหรือระบบประสาททำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตตามมา ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (World Health Organization. Hypertension, 2021) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สำหรับข้อมูลสถิติในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันดับหนึ่ง คือ โรคความดันโลหิตสูงและมีแนวโน้มที่เกิดอัตราป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างปี 2564-2566 คือ 13,918.34 14,559.38, และ 15,682.98 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงในปี 2564-2566 คือ 907.44, 1,010.61, และ 1,027.12 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในปี 2564-2566 คือ 1,208 1,516 และ 1,621 ตามลำดับ และข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Ischemic และ Hemorrhagic Stroke จำนวน 138, 165, และ 171 ราย ตามลำดับ (HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2566)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเกาะสมุย 3 ปีย้อนหลัง ปี 2564-2566 พบว่า อัตราป่วย คิดเป็น 15,211.96, 15,211.96 และ 16,600.46 ต่อแสนประชากร พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 15.21 ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 16.56 ในปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 16.92 และมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในปี 2564-2566 คือ 528, 682 และ 701 ตามลำดับ และข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Ischemic และ Hemorrhagic Stroke จำนวน 19, 31, และ 35 ราย ตามลำดับ (HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2566)

พื้นที่ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใน พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 648 คน ร้อยละ 12.73 มีแนวโน้มที่เกิดอัตราป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างปี 2564-2566 คือ 11,571.71 12,102.66, และ 12,730.84 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2564-2566 คือ 534.31, 762.32, และ 985.89 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ จำนวน 325 คน ร้อยละ 50.15 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ปี 2564 จำนวน 256 ร้อยละ 39.46 และปี 2565 จำนวน 293 ร้อยละ 45.26

พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Ischemic และ Hemorrhagic Stroke จำนวน 19, 21, และ 26 ราย ตามลำดับ (HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2566) และพบว่าสาเหตุเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ปีพ.ศ. 2564-2566 จำนวน 11, 14 และ 16 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง, 2566) อัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2564 ร้อยละ 1.39 ปี 2565 ร้อยละ 2.43 และ ปี 2566 ร้อยละ 3.70 จากสถานการณ์ดังกล่าวหากผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผล ดีขึ้นจะช่วยป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ควรควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 ให้น้อยกว่า 140/90 mmHg ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง ได้มีการดำเนินการในการดูแล รักษาพยาบาล และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีการติดตามให้มาพบแพทย์ทุก 3 เดือน ให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพตนเองในวันที่พบแพทย์ ซึ่งเป็นการให้บริการเชิงรับในสถานบริการ

อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นชุมชนเมืองและแหล่งท่องเที่ยวระดับนานาชาติที่มีเศรษฐกิจเติบโตอย่างรวดเร็ว มีประชากรหลากหลายทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติรวมถึงแรงงานแฝง บริบททางเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่ส่งผลให้วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป เช่น การบริโภคอาหารนอกบ้านบ่อย การรับประทานอาหารรสจัด เค็ม มัน การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียดจากการทำงานในภาคบริการ และการขาดเวลาในการออกกำลังกาย ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ยากขึ้น นอกจากนี้ สภาพสังคมเมืองที่ประกอบด้วยครอบครัวขนาดเล็กหรือครอบครัวที่แยกกันอยู่ตามที่ทำงานทำให้การดูแลผู้ป่วยในระดับครอบครัวขาดความต่อเนื่อง ขณะเดียวกันชุมชนมีลักษณะกระจายตัวสูง มีประชากรแฝงและความหลากหลายทางวัฒนธรรม ส่งผลให้การรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนทำได้ยาก ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาระงานประจำมาก จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือร่วมดูแลผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ ในด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเผชิญกับภาระงานจำนวนมากในการดูแลประชากรทั้งในระบบและประชากรแฝง อีกทั้งยังต้องรับมือกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและเวลา การดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนในตำบลหน้าเมืองจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยคาดหวังว่าผลของการวิจัยจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอันจะทำให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการระหว่าง

หน่วยงานภาครัฐ ชุมชน และครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้กับผู้ป่วยและลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพด้วยระบบที่มีคุณภาพต่อไป

1.2 คำถามวิจัย

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.3.2.3 เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกทาการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผล (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งผู้วิจัย ได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักการแนวคิดของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model; CCM) จากการพัฒนาของ Wagner และคณะ (1998) ซึ่งเป็นรูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและเน้นการป้องกันมากขึ้น มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งการวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีการศึกษา สถานการณ์ บริบท ผลของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน แนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชน การถอดบทเรียนจากปัญหาอุปสรรค และปัจจัยของการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสิ้นจำนวน 108 คน
- 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 108 คน
- 3) ผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหน้าเมือง จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลนครเกาะสมุยรับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหน้าเมือง จำนวน 120 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน จำนวน 108 คน และคณะกรรมการชุมชนตำบลหน้าเมือง จำนวน 51 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 294 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย

พื้นที่ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านวัดประติม บ้านสวนทุเรียน บ้านทะเล บ้านแหลมสอ บ้านตะพ้อ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขอบเขตของพื้นที่วิจัยตามเขตการปกครองของบาลนครเกาะสมุย

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานระหว่างเดือน กันยายน 2567 ถึง มกราคม 2568

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้ เป็นไปอย่างถูกต้องเข้าใจตรงกันและตรงกับความเป็นจริงตามหลักวิชาการมากที่สุด จึงกำหนดคำจำกัดความและความหมายเฉพาะเพื่อใช้ในการวิจัย ดังนี้

1.5.1 การพัฒนาระบบ หมายถึง กระบวนการปรับปรุงหรือสร้างกลไกการดำเนินงานที่มีความเป็นระบบ มีขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพครอบครัว และชุมชนในตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้สามารถมีบทบาทร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม ต่อเนื่อง และยั่งยืน

1.5.2 ความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของซิสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือไดแอสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้งในสถานพยาบาล แต่แต่ละครั้งที่มาพบแพทย์หากพบความดันโลหิตผิดปกติมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป หรือในผู้ป่วยที่กำลังรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตอยู่ถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตเป็นปกติก็ตามถือว่าผู้ป่วยเหล่านั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.5.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในเขตตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เข้ามารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-31 กรกฎาคม 2567 โดยมีการรักษาด้วยการรับประทานยาและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

1.5.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความผูกพันกันทางสายโลหิตตามกฎหมายเศรษฐกิจและสังคมมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-31 กรกฎาคม 2567

1.5.5 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวและบุคคลภายในชุมชนร่วมมือกันในการวางแผน ดำเนินงาน และประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ ตลอดจนการดูแล ติดตาม และสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

1.5.6 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง วิธีการดำเนินงานดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เช่น การเตรียมอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การให้ความรู้ คำแนะนำ และการให้บริการตรวจสุขภาพ เป็นต้น

1.5.7 ปัจจัยความสำเร็จ หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงออกหรือการกระทำของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ให้ตนเองมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยครอบคลุมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการ และด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

1.5.8 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาความดันโลหิตและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

1.5.9 ความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้

1.5.10 ทศนคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้

1.5.11 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ อาหารหวาน มัน เค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความถี่ และการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการใช้ยา และการไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด การพักผ่อน เป็นต้น

1.5.12 ผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ หมายถึง บุคลากรหรือกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย วางแผน ออกแบบ หรือพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ โดยอิงจากข้อมูลสุขภาพ ความต้องการของประชาชน ทรัพยากรที่มีอยู่ และบริบทของพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้ช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น

1.6.2 มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพด้วยระบบที่มีคุณภาพ

1.6.3 มีเครือข่ายครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของประชาชน และสามารถพึ่งพาตนเองได้ในชุมชน



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีรายละเอียดวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

ได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสรุปเนื้อหาตลอดจนประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)
- 2.3 แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework)
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัว
- 2.5 แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นแนวคิดทางการแพทย์ที่แสดงให้เห็นถึงพยาธิสรีรวิทยา และการรักษาความดันโลหิตสูง ดังต่อไปนี้

2.1.1 ความหมายของความดันโลหิตและโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือดแดงซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจซึ่งสามารถวัดได้โดยการใช้เครื่องวัดความดัน(Sphygmomanometer) วัดที่แขนและมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555)

1) ความดันช่วงบนหรือความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) หมายถึง แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัวซึ่งอาจจะสูงตามอายุและความดันช่วงบนของคนๆเดียวกัน อาจมีค่าแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยตามท่าทางของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และปริมาณของการออกกำลังกาย

2) ความดันช่วงล่างหรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure, DBP) หมายถึง แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว

นิยามของความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567)

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure, DBP) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure, SBP) น้อยกว่า 135 มิลลิเมตรปรอทและ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure, DBP) น้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็นปกติ ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure, SBP) น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure, DBP) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ในปัจจุบันได้มีการจำแนกความรุนแรงของระดับความดันโลหิตที่ได้จากการวัดความดันโลหิตที่คลินิกและโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข ในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ดังตารางที่ 1 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567)

ตาราง 1 การจำแนกความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ตามระดับความดันโลหิตที่วัดได้จาก
สถานพยาบาลในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

การวินิจฉัย	ค่าความดันโลหิต ซิสโตลิก (มม.ปรอท)		ค่าความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)
Optimal	น้อยกว่า 120	และ	น้อยกว่า 80
Normal	120 ถึง 129	และ/หรือ	น้อยกว่า 80
BP at risk	130 ถึง 139	และ/หรือ	80 ถึง 89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140 ถึง 159	และ/หรือ	90 ถึง 99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	160 ถึง 179	และ/หรือ	100 ถึง 109
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3	ตั้งแต่ 180 ขึ้นไป	และ/หรือ	ตั้งแต่ 110 ขึ้นไป
Isolated systolic hypertension (ISH)	ตั้งแต่ 140 ขึ้นไป	และ	น้อยกว่า 90
Isolated diastolic hypertension (IDH)	น้อยกว่า 140 ขึ้นไป	และ	ตั้งแต่ 90 ขึ้นไป

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในผู้ใหญ่โดยพบได้สูงถึงประมาณร้อยละ 25.00-30.00 ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมดพบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงและจะพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ (ทั้งนี้ในบางประเทศพบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงถึงร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ส่วนในเด็กสามารถพบโรคนี้ได้เช่นกันแต่จะพบน้อยกว่าในผู้ใหญ่มาก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาโดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คนใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2019)

อย่างไรก็ตาม โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่รุนแรง เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1.28 พันล้านคน (World Health Organization, 2020) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน (World Hypertension League, 2020) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ เนื่องจากไม่มีอาการแสดงและสัญญาณเตือนใด ๆ มักพบหลังจากมีอาการหัวใจวายและโรคหลอดเลือด

สมอง จึงเรียกโรคความดันโลหิตสูงว่า “นักฆ่าเงียบ” ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง 10.4 ล้านคนต่อปี (Unger *et al.*, 2020) จึงทำให้สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) ได้กำหนดให้วันที่ 17 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันความดันโลหิตสูงโลก เพื่อให้ผู้คนทั่วโลกได้ตระหนักถึงความร้ายแรงของโรคนี้นี้กันมากขึ้น (World Hypertension Day, 2020)

สำหรับในประเทศไทยรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559-2562 พบกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนสูงถึง 1,566,052 คน มีอัตราการตาย 14.21 รายต่อประชากรแสนคน ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีผู้ป่วยสูงถึง 67,400 คน มีอัตราการตาย 8.93 รายต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง

แม้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่กลับเป็นปัญหาสำคัญของงานด้านสาธารณสุข เพราะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน ซึ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพียงร้อยละ 42 ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1 ใน 5 คน หรือเพียงร้อยละ 21 ที่สามารถควบคุมค่าระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization. Hypertension 2021)

ดังนั้นสรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่มีความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัวมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำให้ตายก่อนวัยอันควร จึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรง

2.1.2 โรคความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในประเทศไทย พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 ร้อยละ 58.34, 55.76, 56.72, 44.01 และ 47.44 ตามลำดับ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 56.84, 50.91, 47.23, 37.22 และ 39.99 ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองหรือระบบประสาททำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตตามมา ซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2562)

1) ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (uncontrolled hypertension) หมายถึงภาวะที่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure [SBP]) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure [DBP]) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับคำแนะนำการปรับพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาความดันโลหิตเป็นเวลาหนึ่งเดือนแล้วระดับความดันโลหิตยังคงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดในสถานพยาบาล (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2) ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้การเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไขได้ มีดังนี้ (ศตพร ศิลปะการสกุศล และวิราสิริ วสีวีร์, 2567; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Miller, & Cunningham, 2010; National Stroke Association, 2020; ESH/ESC, 2023)

2.1 ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ได้แก่

2.1.1 อายุ พบว่า ความดันโลหิตสูงสามารถพบได้ช่วงอายุระหว่าง 30-50 ปี อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผลของกระบวนการตามอายุ (Aging process) และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่าของคนที่ยุ่่น้อย

2.1.2 เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 44-76

2.1.3 พันธุกรรมประวัติครอบครัว พันธุกรรมอาจมีผลถ่ายทอดสู่รุ่นต่อรุ่น แต่อาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงสูงที่บุตรจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.1.4 เชื้อชาติ จากการศึกษาาระบาดวิทยาวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงในสหรัฐอเมริกา พบว่าคนผิวดำมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว

2.2 ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไข ได้ได้แก่

2.2.1 การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็นสองเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่แต่หากได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ

2.2.2 ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาพบว่าระดับไขมันที่สูงขึ้นใน

กระแสนี้ส่งผลให้หลอดเลือดแดงเกิดภาวะแข็งและเกิดการอุดตัน ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าระดับโททอลคอเลสเตอรอล ที่มากกว่า 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไตรกลีเซอไรด์ที่มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แอลดีแอลมากกว่า 115 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเอชดีแอลที่น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศชาย และ 46 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง โดยระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลที่ลดลง 25 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.3 พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

2.3.1 การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอหรือการไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ อ้วน เกิดความเครียด พบว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอมีผลให้ระดับไขมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ลดลงและเอชดีแอลคอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้น ทำให้ไม่เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

2.3.2 ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากส่งผลให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและไขมันเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดมีแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายมากขึ้น อีกทั้งยังมีการเพิ่มโซเดียม เนื่องจากการเพิ่มของอินซูลินเอสโตรเจน และสัดส่วนที่ไม่ได้ขนาดกันของมวลของร่างกายกับขนาดของไต คนอ้วนมักจะมีการคั่งของปริมาณโซเดียมมาก เนื่องจากมีความบกพร่องของการจัดโซเดียมออกจากร่างกาย และของการบริโภคคนอ้วนมีการบริโภคเกลือโซเดียมสูง และโพแทสเซียมต่ำมากกว่าในคนกลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.3.3 การดื่มสุรา จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (30 มิลลิกรัมต่อครั้ง) จะมีผลให้เพิ่มระดับความดันโลหิต เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดการแตกตัวของไขมันลดลง ทำให้เกิดไขมันสะสมในหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

2.3.4 การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัจจุบันยังมีหลักฐานว่าการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าผู้ที่รับประทานผักและผลไม้ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ เนื่องจากมีการเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่า การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมทำให้หลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงสามารถลดความดันโลหิตได้ เพราะแคลเซียมทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้ดี ส่วนการรับประทานแคลเซียมปริมาณที่น้อยจะส่งผลตรงกันข้ามทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิตได้ และการรับประทานอาหารที่มีสารอาหารโพแทสเซียมและแมกนีเซียมน้อยเกินไปส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ด้วย เนื่องจากโพแทสเซียมเป็นส่วนประกอบของเซลล์ทุกเซลล์ ทำหน้าที่ควบคุมสมดุลน้ำใน

ร่างกาย เนื่องจากโพแทสเซียมเป็นไอออนบวกที่สำคัญของน้ำในเซลล์ และมีความเข้มข้นกว่าน้ำนอกเซลล์ถึง 30 เท่า จึงช่วยควบคุมความดันออสโมติกในเซลล์ สามารถรักษาสมดุลน้ำและกรด-ด่าง และช่วยในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อโพแทสเซียมเข้าสู่ระบบ แรงดันเลือดจะขยายหลอดเลือด เพิ่มการขับโซเดียมจากร่างกายระดับการหลังเรนนินและแองจิโอเทนซิน กระตุ้น โซเดียมโพแทสเซียมปั๊ม (Sodium-potassium pump) โดยในภาวะปกติควรมีการรับประทานโซเดียมต่อโพแทสเซียมในอัตราส่วน 2 ต่อ 1 ส่วน ถ้าได้โซเดียมมากควรเพิ่มโพแทสเซียมด้วย ในส่วนของแมกนีเซียมมีหน้าที่ทำงานร่วมกับแคลเซียม โดยแคลเซียมช่วยในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แมกนีเซียมช่วยในการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และหากเกิดรับประทานอาหารที่มีสารอาหารดังกล่าวต่ำ ย่อมอาจส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.3.5 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแข็งภาวะหลอดเลือดอักเสบ ปวดศีรษะ ข้างเดียว ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากสองปัจจัย คือปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้และเมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว เกิดภาวะพิการทุพพลภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ

สรุปได้ว่า การจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่ดีที่สุด คือ การป้องกันการเกิดโรค (Primary prevention) ด้วยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะในปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ในการศึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในครั้ง นี้ จึงทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้วยการสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ และเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงไปสู่การลดปัจจัยอื่น ๆ ตามมาได้ด้วย ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน และระดับความดันโลหิต โดยการจัดการตนเองทั้งสามด้านเป็นการจัดการที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

2.1.3 อาการและอาการแสดง

อาการความดันโลหิตสูง ในรายที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่จะมีไม่อาการแสดงแต่อย่างใดและมักตรวจพบได้โดยบังเอิญจากการตรวจคัดกรองโรคหรือเมื่อมาพบแพทย์ด้วยปัญหาอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง มีส่วนน้อยที่อาจมีอาการปวดมึนท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ เวียนศีรษะ ซึ่งมักจะเป็นตอนตื่นนอนใหม่ๆ พอตอนสายอาการจะทุเลาลง บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตุบๆ แบบไมเกรน ส่วนในรายที่เป็นมานานๆ หรือมีความดันโลหิตสูงมากๆ อาจจะมีอาการอ่อนเพลีย

เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่ค่อยหลับ ตามัว มือเท้าชา หรือมีเลือดกำเดาไหล หากปล่อยทิ้งไว้นานๆ โดยไม่ได้รับการรักษา อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก แขนขาบวม เป็นอัมพาต เป็นต้น (อินทิรา ศรีพันธ์, 2563 ; รัตนา พิงเสมา, 2565)

ส่วนในรายผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (พบได้เป็นส่วนน้อย) อาจจะมีอาการแสดงของโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น มีระดับความดันโลหิตแกว่งขึ้นๆ ลงๆ ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น และเหงื่อออกเป็นพักๆ (อาจเป็นเนื้องอกต่อมหมวกไตฟีโอโครโมไซโตมา) นอนกรนผิดปกติ (อาจเป็นภาวะหยุดหายใจขณะหลับ) ตื่นแขนและขาอ่อนแรงเป็นพักๆ (อาจเป็นภาวะแอลโดสเตอโรนสูงชนิดปฐมภูมิ) ปวดหลังร่วมกับปัสสาวะขุ่นแดง (อาจเป็นนิ่วไต), รูปร่างอ้วน หน้าอุม มีไขมันที่หลังคอ และมีประวัติการรับประทานยาสเตียรอยด์ ยาชุด หรือ ยาลูกกลอนมาก่อน เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ดังนั้นสรุปได้ว่า อาการของโรคความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลางมักจะไม่ค่อยแสดงอาการ อาการที่พบได้มักอยู่ในระดับความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาหรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ อาการและอาการแสดงที่พบ เช่น อาการปวดศีรษะข้างเดียว เวียนศีรษะ เลือดกำเดาไหล อาการเหนื่อยหอบขณะออกแรงหรือทำงานหนัก เป็นต้น

2.1.3 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

2.1.3.1 ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90-95 แพทย์จะตรวจไม่พบโรคหรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ” (Primary Hypertension) หรือ “ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” (Essential Hypertension) เมื่อกล่าวถึงโรคความดันโลหิตสูงเรามักจะหมายถึงโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้เป็นหลัก (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555)

1) โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งแพทย์เชื่อว่าน่าจะเกิดจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกันที่สำคัญคืออิทธิพลของเอนไซม์ (สารเคมีที่มีหน้าที่เร่งปฏิกิริยาเคมีต่างๆ) ที่เรียกว่า “เรนิน” (Renin) และฮอว์โมนแองจิโอเทนซิน (Angiotensin) จากไตซึ่งทั้งสองข้างสารนี้จะทำงานร่วมกับต่อมหมวกไตและต่อมใต้สมองในการควบคุมน้ำ เกลือแร่ โซเดียมและการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกายซึ่งทั้งหมดนี้เพื่อการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงยัง ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (เพราะพบโรคนี้สูงขึ้นในคนที่มีการประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้โดยผู้ที่มี พ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติดังกล่าวประมาณ 3 เท่า), เชื้อชาติ (เพราะพบโรคนี้ได้สูงในคนอเมริกันผิวดำ เมื่อเปรียบเทียบกับคนอเมริกันผิวขาวและ ชาวแม็กซิกัน อเมริกัน), การมีอายุมาก ความอ้วน การรับประทานอาหารเค็มจัดหรือมีเกลือโซเดียมสูง (เพราะเกลือโซเดียมหรือเกลือทะเลเป็นตัวอุ้มน้ำในเลือดจึงมีผลเพิ่มปริมาตร

ของเลือดที่ไหลเวียน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้) การดื่มแอลกอฮอล์จัด กระบวนการของร่างกายที่ส่งผลต่อสมดุล และการทำงานของเกลือแร่แคลเซียมในร่างกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

2) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่ออายุได้ประมาณ 25-55 ปี (พบได้มากในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป) และยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นได้มากขึ้น

2.1.3.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 แพทย์อาจตรวจพบโรคหรือภาวะผิดปกติหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งเรียกว่าความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) หรือความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ

1) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

(1) ความดันช่วงบนมีค่า ≥ 180 หรือความดันช่วงล่างมีค่า ≥ 110 มม.ปรอท

(2) ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นก่อนอายุ 30 ปี หรือหลังอายุ 50 ปี

- มีความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันที

- ควบคุมความดันไม่ได้หลังจากเคยคุมได้ดีมาก่อนหรือใช้ยาลดความดันมา

หลายชนิดแล้วแต่ยังควบคุมความดันไม่ได้

- พบภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยเช่น หัวใจห้องล่างซ้ายโตมีค่าครีอะตินินใน

เลือด > 1.5 มก./ดล.

(3) จอตาเสื่อม (Hypertension retinopathy) ระดับ 3 หรือ 4

(4) มีอาการที่สงสัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (ดูเพิ่มเติมในหัวข้อ

อาการ)

2) สาเหตุของความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่

(1) โรคไต เช่น โรคไตเรื้อรัง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง และหน่วยไตอักเสบ เป็นต้น

(2) หลอดเลือดแดงไตตีบ (Renal artery stenosis)

(3) หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta)

(4) เนื้องอกบางชนิดของต่อมหมวกไตหรือต่อมใต้สมอง

(5) โรคคุชชิง/การใช้ยาสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน

(6) โรคของต่อมไทรอยด์/พาราไทรอยด์

(7) ภาวะแอลโดสเตอโรนสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary aldosteronism)

(8) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)

(9) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่ส

เตียรอยด์ ยาเม็ดคุมกำเนิด/เอสโตรเจน อะดรีนาลิน/ซูโดอีเฟดรีน ไซโคลสปอริน อิริโทรมัซซิน อิริโทรโพอิติน รวมไปถึงการใช้สารเสพติดอย่างแอมเฟตามีน/โคเคน

3) ความดันช่วงบนสูงเดี่ยวมักพบในผู้สูงอายุ(ยังมีอายุมากเท่าไรก็จะยังมีโอกาสพบได้มากขึ้นเท่านั้น) ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of Aorta) ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic Insufficiency), โรคคอพอกเป็นพิษ (Toxic Goiter)

4) ความดันโลหิตสูงเพียงชั่วคราวความดันโลหิตอาจสูงเพียงชั่วคราวได้เมื่อมีภาวะที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เช่น ไข้ชนิดเกิดอารมณ์เครียด (เช่น โกรธตื่นเต้น) และออกกำลังกายใหม่ ๆ เป็นต้น ซึ่งไม่จำเป็นต้องรักษาแต่อย่างใด และความดันจะกลับมาเป็นปกติได้เองเมื่อปัจจัยเหล่านี้ได้หมด

ดังนั้นสรุปได้ว่าสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง มี 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตที่ไม่ทราบสาเหตุ และโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ ซึ่งส่วนมากจะพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูงนี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารเค็ม กรรมพันธุ์ โรคอ้วน อายุ เชื้อชาติ และการขาดการออกกำลังกาย และโรคความดันโลหิตที่ทราบสาเหตุ เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ สาเหตุที่พบได้บ่อย คือ โรคไต ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตตีบทั้งสองข้าง เป็นต้น

2.1.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มีรายละเอียดดังนี้ (นิพพานัทธ สันทรัพย์, 2560; เนตรนภา บัวแก้ว, 2559; รวีวรรณ ต้นสุวัฒน์, 2558; สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1) อายุ ผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมตามวัย และเกิดการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ในขณะที่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.5-1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี

2) เพศ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่า เพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน โดยเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 จะมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของเรนนินในกระแสเลือด ทำให้มีผลต่อการดูดกลับน้ำเข้าสู่ร่างกายมากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน

3) การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

4) ภาวะอ้วน โดยกลไกของความดันโลหิตสูงในคนอ้วนมีความเกี่ยวข้องในเรื่องน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ซึ่งทำให้เพิ่มการซึมผ่านและปริมาณเลือดออกจากหัวใจ คนอ้วนร้อยละ 50 จะมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistant) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง

มีผลไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดซึมกลับของ น้ำและโซเดียม และพบว่าการลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัม ของคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูงจะ ช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

5) ขาดการออกกำลังกาย บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดของ หลอดเลือดแดงโคโรนารีดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีการหลั่งสาร Endorphins ทำให้ บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุข และเพิ่ม High Density Lipoproteins (HDL) ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ พบว่าการออกกำลังกายชนิด Aerobic อย่างสม่ำเสมอ เช่นการเดินเร็ว ๆ (อย่าง น้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน) ช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 2562)

6) การสูบบุหรี่ เพราะสารพิษในควันบุหรี่ส่งผลให้เกิดการอักเสบตีบตันของหลอดเลือด ต่าง ๆ รวมทั้งหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดไต

7) การดื่มแอลกอฮอล์ เพราะส่งผลให้หัวใจเต้นแรงกว่าปกติและมีโอกาสเป็นโรคความ ดันโลหิตสูงถึงประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่ติดสุราทั้งหมด

8) ผู้ที่ประวัติป่วยโรคเบาหวาน และมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

9) ประวัติการนอนกรนแลหยุดหายใจเป็นพักๆ ซึ่งบ่งบอกถึงโรคทางเดินหายใจอุดตัน ขณะนอนหลับ (Obstructive sleep apnea, OSA)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมี ความสำคัญในการจะนำไปสู่แนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะเน้นไปที่ตัวปัจจัยที่ส่งผลโดยตรง โดยแนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ดีที่สุดเริ่ม จากการที่ประชาชนมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ดี ย่อมจะนำไปสู่การลด อัตราการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

หากไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ความโลหิตสูงเป็นเวลานาน ๆ ผู้ป่วยมักเกิดความ ผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ตามมา เช่น สมอง ประสาทตา หัวใจ ไต หลอดเลือดแดงใหญ่ และ หลอดเลือดแดงส่วนปลาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะ ทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย, 2562 ; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562; รัตนา พึ่งเสมา, 2565)

1) สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก กลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย บางรายถ้าเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคความจำเป็นเสื่อม สมาธิลดลง นอกจากนี้ ในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว หรือในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันก็อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ซึม เพ้อ ซัก หรือหมดสติได้ ซึ่งเรียกว่า “Hypertensive encephalopathy”

2) หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) ซึ่งถ้าปล่อยให้เป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ เกี่ยวกับหัวใจตามมาได้ และโรคนี้ยังอาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งถ้าเป็นรุนแรงอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะทำให้มีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจตรวจพบ หัวใจเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที และจังหวะไม่สม่ำเสมอจากหัวใจห้องบนเต้นระรัว

3) ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบ แต่ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่ตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้น ตาบอดได้

4) ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ซึ่งไตที่วายจะยิ่งทำให้ความโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น กลายเป็นวงจรรที่เลวร้าย

5) หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หลอดเลือดแดงใหญ่เกิด ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และภาวะเลือดเซาะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ นอกจากนี้หลอดเลือดแดงส่วนที่มาเลี้ยงขาและปลายเท้าอาจเกิดภาวะแข็งตัวและตีบได้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย) ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ขาและปลายเท้าได้น้อย อาจเป็นตะคริวบ่อย หรือปวดน่องขณะเดินมากๆ หากหลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันก็อาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดจนกลายเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) ได้

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเกิดขึ้นรวดเร็วหรือรุนแรงเพียงใดนั้นจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อาจป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ หรือทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นลดความรุนแรงลงได้ส่วนในรายที่เป็นเพียงเล็กน้อยหากปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจใช้เวลานานถึง 7-10 ปี แต่ในผู้ป่วยบางรายที่มีความดันสูงมาก ๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็วและผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ภายในระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี (ถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตภายใน 6-8 เดือน) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์จัด มีโรคอื่นร่วมด้วย (เช่นโรคเบาหวานภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เร็วยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมโรคเหล่านี้ควบคู่กันไปด้วย

ดังนั้นสรุปได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดขึ้นรวดเร็วหรือรุนแรงเพียงใดนั้นจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อาจป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ หรือทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นลดความรุนแรงลง แต่หากผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ และอาจคุกคามถึงแก่ชีวิตก่อนวัยอันควร

2.1.6 การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้จากการซักประวัติอาการ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการใช้ยา การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (เพื่อดูการทำงานของหัวใจ) การตรวจภาพอวัยวะที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ (เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ภาพต่อมใต้สมอง) การตรวจปัสสาวะและการตรวจเลือด (เพื่อดูระดับน้ำตาล คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ กรดยูริก ครีเอตินีน โปแทสเซียม ฮีโมโกลบิน และฮีมาโทคริต) ทั้งนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ซึ่งควรได้รับการตรวจตั้งแต่ครั้งแรกที่วินิจฉัยและตรวจซ้ำอีกปีละ 1-2 ครั้ง หรือตรวจเมื่อพบว่ามีความผิดปกติ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การตรวจสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้คือการตรวจวัดค่าความดันโลหิต ซึ่งถือเป็นการตรวจหลักโดยทั่วไปจะทำการตรวจวัดความดันในท่านั่งและมีการตรวจวัดหลายครั้ง ในแต่ละคราวจะทำการตรวจวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง (ทั้งช่วงห่างกันประมาณ 1-2 นาที) เพื่อความแม่นยำของผลการตรวจถ้าพบว่า ค่าความดันเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าปกติแพทย์จะนัดให้มาตรวจวัดซ้ำอีกอย่างน้อย 1-2 ครั้งในวันต่างกัน หากพบว่าค่าความดันเฉลี่ยยังสูงกว่าปกติจะถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจะตรวจพบความดันโลหิตช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปหรือความดันโลหิตช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือสูงทั้งช่วงบนและช่วงล่างนอกจากนั้นมักไม่พบสิ่งผิดปกติอื่น ๆ เว้นแต่ในรายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เช่น คล้ำได้ก้อนในท้องส่วนบนสองข้างในผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีชนิดหลายถุง ตรวจพบสารไข่ขาวในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตได้ยินเสียงฟู (Murmur) ตรงลิ้นหัวใจเออ์ติกในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเออ์ติกรั่ว ใช้เครื่องฟังได้ยินเสียงฟู (Bruit) ที่หน้าท้องตรงบริเวณใต้ชายโครงด้านขวาหรือซ้ายในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงตีบ คล้ำซีฟงที่ขาหนีบไม่ได้หรือคล้ำได้แผ่วเบาในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ เป็นต้น

รัตนา พึ่งเสมา (2565) กล่าวว่า การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

สำหรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและยังเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิต ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม

ดังนั้นสรุปได้ว่า การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่การวัดดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจ อุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และอาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูงจึงควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เป็น 4 ระดับ

2.1.7 การรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการรักษาแพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายโดยการค้นหาสาเหตุ ประเมินพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ค้นหาโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง และร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งค้นหาโรคหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเลือกให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งทำได้จากการตรวจต่าง ๆ ดังที่กล่าวไปแล้ว ส่วนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นแพทย์จะพิจารณาให้การรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค ร่วมไปกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ดังแสดงในตารางที่ 2.2 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วน ไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะมีสารไข่ขาวในปัสสาวะระยะแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 30

มิลลิกรัมต่อวัน มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปีในผู้ชายหรือมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ในผู้หญิง มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัวที่เป็นก่อนวัยอันควร (น้อยกว่า 55 ปี ในผู้ชายหรือน้อยกว่า 65 ปี ในผู้หญิง) การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

2) โรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง (Associated clinical conditions: AAC) ได้แก่ โรคเบาหวาน (แม้ไม่ได้เป็นโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงแต่ก็ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้) โรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ สมองขาดเลือดชั่วคราว สมองขาดเลือดจากการอุดตัน หลอดเลือดสมองแตก) โรคหัวใจ (ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวาย เคยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือใช้บอลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ), โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และโรคไตเรื้อรัง

3) ร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูงโดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ (Target Organ Damage : TOD) ได้แก่ หัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) จากการตรวจคลื่นหัวใจหรือการถ่ายภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) ตรวจพบจอตาผิดปกติ (Hypertensive Retinopathy) ระดับ 3 หรือ 4 ตรวจพบภาวะมีสารไข่ขาวในปัสสาวะระยะแรก (Microalbuminuria) คือ มีปริมาณ 30-300 มิลลิกรัมต่อวัน ตรวจทางรังสีหรืออัลตราซาวด์พบตะกอนหลอดเลือดแดง (Atherosclerotic Plaque) ตามหลอดเลือดแดงใหญ่หลอดเลือดแดงคอกปีกสะโพกและหลอดเลือดแดงต้นขา

ตาราง 2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า

ความเสี่ยง	ความดันระดับที่ 1	ความดันระดับที่ 2
1. ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใดๆเลย	ต่ำ	ปานกลาง-สูง
2. มี 2-3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	ปานกลาง	ปานกลาง-สูง
3. มี 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นไป หรือมีโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง (ACC) หรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง (TOD)	สูง	สูง

ทั้งนี้การรักษาจะมีตั้งแต่การให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การให้ยาลดความดันโลหิตซึ่งมีหลากหลายชนิดและมีทั้งชนิดกินและชนิดฉีดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ (เช่น การกินยาคลายเครียดและการให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ) การรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (เช่น รักษาโรคเบาหวาน) การรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุ (เช่น รักษาโรคไตเรื้อรัง หรือโรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง) และรวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (เช่น รักษาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เป็นได้ทั้งสาเหตุและภาวะแทรกซ้อน)

สรุปได้ว่า การรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและการให้ยาลดความดันโลหิต การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง

2.1.8 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วัชระ โอชะคลัง (2565) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) กล่าวถึงแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ไว้ดังนี้

1) เป้าหมายของการลดความดันโลหิต คือ ควรลดความดันช่วงบนน้อยกว่า 130 และความดันช่วงล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2) ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบนอยู่ระหว่าง 120-129 และความดันช่วงล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่ต้องให้ยาลดความดันโลหิต และติดตามวัดความดันโลหิตใน 1 ปีส่วนในผู้ที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็น ระยะเวลา 3 เดือนแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท) แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่ำ (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือนเป็นระยะเวลา 6-12 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายแพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

4) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงปานกลาง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง และระดับที่ 2 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ หรือมีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง (เช่น ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น) ร่วมไปกับการติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือนนาน 3-6 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายแพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

5) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ที่มี ความดันช่วงบน ≥ 180 และ/หรือช่วงล่าง ≥ 110 ทุกรายและผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไป หรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูงหรือมีโรคที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ที่ระดับใดก็ตาม) ในกลุ่มนี้แพทย์จะเริ่มให้ยาลดความดัน ตั้งแต่แรกพบร่วมไปกับการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง

6) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive emergencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดัน ช่วงบน > 180 และ/หรือความดันช่วงล่าง > 120 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของ อวัยวะสำคัญ (เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตครึ่งซีกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไตวายเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน) ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนซึ่งแพทย์จำเป็นต้องรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลและให้ยาฉีดลดความดัน เช่น อีนาลาพริล (Enalapril) นิคาร์ดิพิน (Nicardipine) ไนโตรพรัสไซด์ (Nitroprusside) ลาเบทาลอล (Labetalol) โดยแพทย์จะค่อย ๆ ลดความดันของผู้ป่วยให้เหลือ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 2-6 ชั่วโมงต่อมา (เพราะต้องระวังไม่ให้ความดันลดเร็วเกินไป เช่น การไม่ให้ยาไนเฟดิพิน (Nifedipine) อมใต้ลิ้นเพราะอาจทำให้เซลล์สมองหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงฉับพลันได้)

- ความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน > 180 และ/หรือช่วงล่าง > 120 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเลือดกำเดาไหล หรือมีความวิตกกังวลรุนแรงผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องรับส่งโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง และแพทย์จำเป็นต้องให้ยาลดความดันที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น แคปโตพริล (Captopril) โคลนิดิน (Clonidine), ลาเบทาลอล (Labetalol) รับประทานในทันที หรือให้ยาลดความดันหลายชนิด รับประทานทันทีเพื่อให้ความดันของผู้ป่วยลดลงภายใน 24-48 ชั่วโมง

7) การให้ยารักษาความดัน ในรายที่แพทย์จำเป็นต้องให้ยาลดความดัน แพทย์จะมีแนวทางในการให้ยา ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 แพทย์จะเริ่มการรักษาด้วยการให้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งเพียง 1 ชนิด ซึ่งยาที่นิยมใช้จะเริ่มจากไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) ขนาด 12.5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง แล้วติดตามผลทุกเดือน ถ้ายังไม่ได้ผลตามเป้าหมายแพทย์จะปรับขนาดยาเป็น 25 และ 50 มิลลิกรัม ตามลำดับ แต่ถ้ายังควบคุมไม่ได้ แพทย์จะให้ยาอีกชนิดหนึ่งร่วมไปด้วย เช่น ยาปิดกั้นเบต้า (Beta Blockers), ยาต้านแคลเซียม (Calcium-Channel Blockers) หรือยาต้านเอส (ACE inhibitors) โดยจะปรับขนาดยาขึ้นทีละน้อย แต่บางครั้งแพทย์อาจพิจารณาให้ยา 2 ชนิดในขนาดต่างก็ได้ คือไม่จำเป็นต้องให้ยาชนิดแรกถึงเต็มขนาดแล้วค่อยเพิ่มชนิดที่ 2

- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 แพทย์จะเริ่มให้การรักษาด้วยยา 2 ชนิด ร่วมกัน โดยมีไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) เป็นตัวหลักร่วมกับยาชนิดอื่น โดยจะ เริ่มจากขนาดต่ำก่อน ร่วมกับการติดตามวัดความดันเดือนละ 1 ครั้ง (แต่ถ้าความดันสูงมากจะติดตาม ทุก 1-2 สัปดาห์) แล้วค่อย ๆ ปรับเพิ่มขึ้นทีละน้อย จนกว่าจะควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แต่ถ้า ยังไม่ได้ผลอาจจะต้องปรับเปลี่ยนยาและใช้ยาถึง 3-4 ชนิดร่วมกัน

- ในการให้ยารักษาความโลหิตสูงดันนั้น แพทย์จะเริ่มจากการให้ยาทีละน้อยก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดขึ้นไปเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพื่อระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด เพราะจะทำให้ ความดันตกมากเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดเป็นลมเวลาลุกได้ (ความดันตกในท่ายืน)

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติได้ด้วยการใช้ยาลดความดันเพียง 1-2 ชนิด มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องใช้ยาลดความดันโลหิต มากกว่า 2 ชนิด

8) การรักษาความดันโลหิตสูงในภาวะต่าง ๆ ได้แก่

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วยถ้าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ชั่วขณะ แพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้า (Beta Blockers) หรือยาด้านแคลเซียม (Calcium-Channel blockers) ชนิดออกฤทธิ์ยาว แต่ถ้าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้าและยาด้านเอช (ACE inhibitors)

- ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย แพทย์จะให้ยาไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) ร่วมกับยาด้านเอช ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำได้

- ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย แพทย์จะให้ยาด้านเอช ยาปิดกั้นเบต้า และ ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) อย่างยาฟูโรซีไมด์ (Furosemide) และ สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone)

- ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) แพทย์จะให้ยาปิดกั้นแองจิโอเทนซิน (Angiotensin receptor blocker : ARB)

- ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง (ตรวจพบมีสารไข่ขาวในปัสสาวะมากกว่า 300มิลลิกรัมต่อวัน หรือ ครีอะตินีน มากกว่า 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชายหรือมากกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรใน ผู้หญิง) แพทย์จะให้ยาลดความดันอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกันโดยจะมียาด้านเอชหรือยาปิดกั้นแองจิ โอเทนซิน (ARB) เป็นหลักซึ่งจะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้อีกทั้งยา ทั้งสองชนิดนี้ แพทย์ยัง แนะนำใช้ในผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วมด้วยจึงช่วยป้องกันภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานและลดภาวะมีสาร ไข่ขาวในปัสสาวะ

- ผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโตร่วมด้วยแพทย์จะให้ยาปิดกั้นแอลฟา (Alpha blockers) เช่น ดอกซาโซซิน (Doxazosin) พร่าโซซิน (Prazosin) ซึ่งจะช่วยรักษาอาการต่อม ลูกหมากโตด้วย

- ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้า ไฮดรอลาซีน (Hydralazine) และเมทิลโดปา (Methyldopa)

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันช่วงบนสูงเดี่ยวแพทย์จะให้ยาไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ และ/หรือยาต้านแคลเซียมชนิดที่ออกฤทธิ์ยาวในขนาดต่ำหากยังไม่ได้ผลแพทย์จะค่อยๆ ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นทีละน้อยอย่างช้าๆ เพื่อระวังไม่ให้เกิดภาวะความดันตกในท่ายืน

9) การติดตามผลการรักษาโรคความดันโลหิต โดยในช่วงแรกของการรักษาแพทย์จะนัดผู้ป่วย มาตรวจเดือนละ 1 ครั้ง แต่ถ้าผู้ป่วยมีความดันสูงมากจะนัดมาตรวจทุก 1-2 สัปดาห์เมื่อควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายแล้วแพทย์จะนัดมาตรวจทุก 3-6 เดือน และตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก 6-12 เดือน ซึ่งในการติดตามผู้ป่วยนั้นโดยทั่วไปแพทย์จะเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและปรับยาที่ใช้ให้เหมาะสมรวมถึงซักถามอาการและตรวจดูภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

10) การดื้อต่อผลการรักษา (Resistant Hypertension) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันร่วมกันตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป (รวมทั้งยาขับปัสสาวะ) จนเต็มขนาดของยาแล้วแต่ยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายแพทย์จะค้นหาสาเหตุและทำการแก้ไขสาเหตุที่ตรวจพบ (สาเหตุของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา ได้แก่ การวัดความดันไม่ถูกต้อง การสั่งยาลดความดันให้ในขนาดน้อยเกินไป ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ใช้ยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูง รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง น้ำหนักตัวขึ้นมากหรืออ้วน ต้มแอลกอฮอล์ จัดเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ)

11) หากควบคุมความดันไม่ได้ตามเป้าหมาย สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองหัวใจตาหรือไตซึ่งจำเป็นต้องทำการตรวจพิเศษเพิ่มเติมและให้การดูแลรักษาที่ซับซ้อนควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ดังนั้นสรุปได้ว่า แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแพทย์จะตัดสินใจทำการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้หลักสำคัญ 2 ประการ คือ 1) การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยมีและร่องรอยการทำลายของอวัยวะต่างๆ ที่ตรวจพบ แต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการและผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นแล้ว และ 2) ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

2.1.7 การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงและเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีดังนี้ (วัชระ โอชะคลัง, 2565; อินทิรา ศรีพันธ์, 2563).

1) บริโภคอาหารควบคุมความดันหรืออาหารแก้ (Dietary Approaches to Stop Hypertension- DASH Diet) ซึ่งเป็นวิธีการกินอาหารที่ผู้เชี่ยวชาญยกให้เป็นสุดยอดการป้องกันและ

รักษาโรคโดยการเน้นการรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง (เพราะมีโพแทสเซียมมากซึ่งจะส่งผลดีต่อการควบคุมความดัน) ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำเมล็ดธัญพืชต่างๆ ปลาที่อุดมไปด้วยกรดไขมันที่ดีต่อร่างกายให้มากๆ ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ใหญ่ (เนื้อแดง) แป้ง น้ำตาล ของหวาน ไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอล และลดการบริโภค อาหารเค็มหรือโซเดียม (เช่น ไข่เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม น้ำพริกกะปิ ปลาร้า หน้าเลียบ อาหารที่ใส่หรือจิ้มเกลือ ของดอง น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสที่มีรสเค็ม เป็นต้น) โดยการจำกัดเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) ให้น้อยกว่าวันละ 1 กรัมหรือ 1 ช้อนชา และลดการบริโภคอาหารที่ใส่ผงฟู (เช่นขนมปัง ขนมสาลี่ ขนมถ้วยฟู) ผงชูรส และสารกันบูด (เช่น อาหารกระป๋องสำเร็จรูป) รวมทั้งโซเดียมไบคาร์บอเนต (เช่น ยา ธาตุน้ำแดงยาเม็ดโซดามินต์) และงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้ชายให้ดื่มได้ไม่เกินวันละ 2 หน่วยการดื่ม (Drink) ซึ่งเทียบเท่ากับวิสกี้ 90 มิลลิลิตรไวน์ 300 มิลลิลิตรหรือเบียร์ 720 มิลลิลิตรส่วน ผู้หญิงให้ดื่มได้ไม่เกิน 1 หน่วยการดื่ม

- 2) งดการสูบบุหรี่รวมถึงการใช้นิโคตินทดแทน
- 3) ลดน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 กก./ม.² (หรือถ้าลดได้น้อยกว่า 23 กก./ม.²)
- 4) หมั่นออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นประจำให้ได้เกือบทุกวัน เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ 30 นาที
- 5) การลดความเครียด รวมถึงการผ่อนคลายความเครียดและการลดความวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถบริหารจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความดันโลหิต จึงควรมีการสนับสนุนทางสังคมการปรับเปลี่ยนทัศนคติในเชิงบวก และการยอมรับการเผชิญความเครียดเพื่อช่วยลดความดันโลหิตสูง
- 6) พยายามหลีกเลี่ยงภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษเพราะหลักฐานวิจัยบ่งชี้ว่าทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

ดังนั้นสรุปได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงเป็นการควบคุมความดันโลหิตเพื่อให้เข้าสู่ภาวะปกติด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการลดน้ำหนัก การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหารการเลือกดื่มเครื่องดื่มอย่างฉลาด การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดความเครียด การฝึกสติสมาธิให้เป็นกิจวัตรประจำวัน และหลีกเลี่ยงภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษจะช่วยให้ปัญหาที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงลดลงได้ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

2.1.10 คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) กล่าวถึง คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไว้ดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง รวมถึงปฏิบัติตามคำแนะนำที่อธิบายไว้ในหัวข้อการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติและช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพราะถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี ความดันโลหิตอาจลดลงเป็นปกติโดยไม่ต้องใช้ยารักษาเลย (ถ้าเป็นในระดับที่ 1) หรือช่วยลดขนาดของยาที่ใช้ลง (ถ้าเป็นระดับที่ 2)

2) ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งให้ถูกต้อง ครบถ้วน และไม่หยุดยาเอง แม้ว่าจะรู้สึกดีหรือความดันลดลงแล้วก็ตาม โดยการลดยาหรือหยุดยานั้นผู้ป่วยควรให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเมื่อแพทย์ให้ยาจนความดันลดเป็นปกติได้ติดต่อกันนาน 1 ปี แพทย์อาจลดขนาดของยาลงทีละน้อยแล้วตรวจวัดความดันเป็นระยะ ๆ ถ้าความดันปกติแพทย์จะให้ยาในขนาดนั้นหรือค่อยๆ ลดขนาดยาจนหยุดยาไปเลย แต่ยังคงต้องหมั่นตรวจวัดความดันโลหิตผู้ป่วยต่อไปเรื่อย ๆ ถ้าความดันโลหิตขึ้นสูงใหม่ต้องให้ยาใหม่ หรือเพิ่มขนาดของยาขึ้นไปใหม่ (มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องใช้ยาควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต)

3) ภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้ป่วยปล่อยให้ดันโลหิตสูงอยู่นานเป็นแรมปี หากผู้ป่วยรักษาอย่างจริงจัง โอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนก็จะลดน้อยลงและสามารถมีชีวิตยืนยาวได้ เช่น คนปกติ ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจควรติดต่อกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้ว่าจะรู้สึกสบายดีแล้ว หรือไม่มีอาการผิดปกติเลยก็ตามก็ควรหมั่น ตรวจวัดความดันเป็นประจำ อาจเป็นเดือนละ 1-2 ครั้ง อาจวัดกันเองที่บ้าน หรือให้เวลานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านช่วยตรวจวัดให้ได้และควรลงสมุด บันทึกไว้ด้วยเพื่อนำไปให้แพทย์ดูในการตรวจครั้งต่อไป

4) ผู้ป่วยบางรายที่ตรวจวัดความดันที่บ้านจะมีค่าความดันปกติแต่เมื่อไปตรวจวัดที่สถานพยาบาลอาจพบว่าความดันโลหิตสูงก็ได้ซึ่งอาการลักษณะนี้จะเรียกว่า “White-coat hypertension” ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงควรมีเครื่องวัดความดันไว้คอยตรวจวัดเองที่บ้านเพราะจะช่วยประเมินค่าความดันได้ดีกว่า

5) วิธีการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรวมทั้งการติดตามผลการรักษาที่แน่นอนคือ “การตรวจวัดความดันโลหิต” เพราะการอาศัยแต่วิธีการสังเกตเพียงอย่างเดียวมักไม่แน่นอนเพราะโรคนี้

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง 2) ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งให้ถูกต้อง ครบถ้วนและไม่หยุดยา

เอง 3) ภาวะแทรกซ้อนจะลดน้อยลง หากผู้ป่วยรักษาอย่างจริงจัง 4) ควรซื้อเครื่องวัดความดันไว้คอยตรวจวัดเองที่บ้านจะช่วยประเมินค่าความดันได้ และ 5) วิธีการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง การติดตามผลการรักษาที่แน่นอนผู้ป่วยต้อง ตรวจวัดความดันโลหิตที่แพทย์แนะนำ

2.1.11 การป้องกันความดันโลหิตสูง

สำหรับคนทั่วไปอาจป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต ดังนี้

- 1) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ ๕ หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมทุกวันเน้นผักและผลไม้ชนิดไม่หวานให้มาก ๆ และลดอาหารพวกไขมันชนิดอิ่มตัวแบ่งน้ำตาลของหวานและอาหารเค็ม
- 2) ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยให้มีความดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 23 กก./ม.² ความยาวรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชายและ 80 เซนติเมตรในผู้หญิงด้วยการควบคุมอาหารและหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 3) ออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นประจำ เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ ครึ่งละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้งหรือวันเว้นวัน
- 4) พักผ่อนให้เพียงพอและรักษาสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ
- 5) ลดปริมาณของเกลือโซเดียมที่บริโภคไม่ให้เกินวันละ 2.4 กรัม(เทียบเท่าเกลือแกง 6 กรัมหรือประมาณ 1 ช้อนชา)
- 6) ถ้าเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วสำหรับผู้ชายควรจำกัดปริมาณของแอลกอฮอล์ให้ไม่เกินวันละ 2 หน่วยการดื่ม (เทียบเท่ากับวิสกี้ 90 มิลลิลิตรไวน์ 300 มิลลิลิตรหรือเบียร์ 720 มิลลิลิตร) ส่วนผู้หญิงและผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยควรจำกัดปริมาณของการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกินวันละ 1 หน่วยการดื่ม (เทียบเท่ากับวิสกี้ 45 มิลลิลิตรไวน์ 350 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 360 มิลลิลิตร)
- 7) ปฏิบัติแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่เพราะอาจมียาบางตัวที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ส่วนการใช้ยาคุมกำเนิดแนะนำให้ปรึกษาแพทย์
- 8) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แม้ว่าจะยังรู้สึกสบายดีก็ควรไปตรวจสุขภาพซึ่งรวมถึงการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 2 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป แนะนำว่าควรไปตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตรวจบ่อยตามที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีรูปร่างอ้วนหรือมีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้อาจเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น คลินิก แพทย์ สถานอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า ประชาชนสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร

ให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลียงอาหารรสหวาน มัน เค็มจัด ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 150 นาทีต่อสัปดาห์ งดการสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา ควรรับการตรวจวัดค่าระดับความดันโลหิตเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และการทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ เป็นต้น

2.1.12 ข้อเสนอแนะในการทำให้ผู้ป่วยติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

อินทิรา ศรีพันธ์ (2563) เสนอข้อเสนอแนะในการทำให้ผู้ป่วยติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไว้ดังนี้

1) ให้คอยสังเกตสิ่งบอกรหัสเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง

2) ตั้งเป้าหมายของการรักษา กล่าวคือลดระดับความดันโลหิตลงให้เป็นปกติ โดยให้เกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

3) ติดต่อกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาใช้โทรศัพท์, e-mail เป็นต้น

4) พยายามทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่แพงและเรียบง่าย

5) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6) พยายามสอดแทรกการรับประทานยาเข้าไปในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

7) ให้พิจารณาใช้ชนิดของยาตามหลักเภสัชศาสตร์ปัจจุบันนิยมให้ยาที่ออกฤทธิ์ยาว

8) ให้พิจารณาหยุดการรักษาที่ไม่ประสบผลสำเร็จและหาทางเลือกอื่น

9) ให้คำนึงถึงฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา โดยปรับชนิดของยาและให้ยาที่จะป้องกันหรือ ก่อให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด

10) ค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาที่มีประสิทธิภาพและไม่ก่อให้เกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จนได้ขนาดยาที่เพียงพอเพื่อให้ได้ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย

11) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติที่ดีและความเข้าใจถูกต้องต่อการรักษา ตลอดจนจนถึงความสำคัญที่จะต้องควบคุมให้ได้ถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมาย

12) พิจารณาให้พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดีแล้วมาช่วยในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพราะจะสามารถช่วยพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดความเหมาะสมซึ่งจะสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ปกติได้

2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model:CCM)

ระบบการบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเดิมเน้นแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะหน้าและการตัดสินใจ ในการรักษาทุกอย่างขึ้นกับแพทย์โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉิน ในสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่าภาระเจ็บป่วยที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของชาวไทย คือสถานการณ์โรคเรื้อรัง (chronic disease) โดยพบมากที่สุด คือ โรคไม่ติดต่อ NCD (non-communicable disease) ที่พบมากใน 5 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตโดยรวมสูง จำเป็นต้องได้รับการรักษาระยะยาวทั้งในภาวะฉุกเฉิน เรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการรักษายาวนานและสภาวะโรคเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มพบมากขึ้น ใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศทางตะวันตก ส่งผลให้จำเป็นต้องใช้ยา รักษาโรคอย่างกว้างขวางและราคาแพง จึงเกิดวิวัฒนาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 – 2545 โดย MacColl Institute for healthcare Innovation นำโดย Edward H.Wagner เพื่อสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model ; CCM) โดยมีขั้นตอนและกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งกาย ใจ และพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยมีผลการดูแลรักษาที่ดีขึ้นกว่าเดิม (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ , 2559)

การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง เป็นการบริหารจัดการโรคแบบองค์รวมที่เป็นเชิงรุก (Proactive, Population-Based Approach) เริ่มตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของวงจรการเกิดโรคเพื่อป้องกัน ชะลอหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการดำเนินของโรค และลดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงโดยมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ การดูแลรักษาแบบเชิงรุก เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการรักษา มุ่งให้เกิดการจัดการสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนการจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ให้การดูแลรักษาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและดูแลอย่างต่อเนื่อง

Chronic care model (CCM) พัฒนาขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง นำโดย Edward H Wagner และคณะ ได้ให้คำจำกัดความ “ภาวะป่วยเรื้อรัง” คือ ภาวะใด ๆ ที่ต้องอาศัยกิจกรรมและการตอบสนองต่อเนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการการแพทย์โดยภาวะนี้ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ และพฤติกรรม (มธุรมาศ สีเสน, 2008)

2.2.1 วิวัฒนาการของ Chronic Care Model

1. กระบวนทัศน์ใหม่ : โรคเรื้อรัง (Chronic Diseases) สู่ภาวะเรื้อรัง (Chronic Conditions) กระบวนทัศน์ใหม่การจัดการภาวะเรื้อรัง ไม่ได้มองแยกเป็นโรค ๆ หรือแยกเป็นโรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของพยาธิกำเนิด (Etiology) แต่อยู่บนความต้องการทางทรัพยากรในการจัดการ (Demands) ซึ่งผู้ป่วยภาวะเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นโรคใด ต่างมีลักษณะร่วมกันคือ

1.1 ต้องการมากกว่าการรักษาทางการแพทย์ (Biomedical Intervention) อย่างใดอย่างหนึ่งที่ใดที่หนึ่ง หรือระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ต้องการแผนการรักษาระยะยาว (Planned Care) และมีระบบประสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างพื้นที่

1.2 เป้าหมายการรักษามากไปกว่า Morbidity/Mortality Rate หากแต่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

1.3 บทบาทของผู้ป่วย มิใช่เพียงผู้รับการรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาจึงต้องการทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน (Self Care Skills) และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

2. วิธีการใหม่ : แนวปฏิบัติเฉพาะบุคคล สู่แนวปฏิบัติขององค์กร ในยุคสมัยที่โรค ติดเชื้อฉับพลันยังเป็นปัญหาสำคัญ รูปแบบการรักษาที่เหมาะสมคือ เน้นความสามารถเฉพาะตัวของแพทย์ด้วยธรรมชาติของโรคที่ดำเนินรวดเร็วแต่หายขาดได้ แพทย์จึงต้องรู้จำเพาะโรคอย่างละเอียดลึกซึ้งเพื่อรับบทบาทจัดการโรคนั้นอย่างเบ็ดเสร็จโดยไม่ต้องอาศัยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมากนัก แต่รูปแบบนี้เมื่อนำมาใช้กับโรคเรื้อรังก็เกิดปัญหาผู้ให้บริการรับภาระหนักขึ้นเนื่องจากต้องการสูงขึ้นทั้งคุณภาพและปริมาณกล่าวคือ แพทย์ต้องมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ดังที่ปรากฏชัดเจนในหลักการหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแต่การปฏิบัติในชีวิตจริงก็ยังคงทำได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยที่ปริมาณมาก สะสมยาวนาน จึงจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม และปรับสภาพแวดล้อมการทำงานให้เอื้อต่อความเป็นทีม

Chronic Care Model (CCM) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัย MacCall Institute of Health Care (หรือกลุ่ม Improving Chronic Illness Care-ICIC) เป็นตัวอย่างของการขยายแนว ปฏิบัติระดับบุคคลสู่เรื่องสภาพแวดล้อมของเวชปฏิบัติหรือในระดับองค์กร องค์กรประกอบใน Chronic Care Model เกิดจากการทบทวนงานวิจัยสุขภาพ ซึ่งได้สรุปใน Cochrane Diabetes Review องค์กรประกอบของหน่วยบริการสุขภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลโรคเบาหวานที่ดีขึ้นจากกระบวนทัศน์โรค เรื้อรังต่าง ๆ ล้วนมีความต้องการของภาวะเรื้อรังดังที่กล่าวมาแล้ว แม้หลักฐานส่วนใหญ่ของ CCM จะมา จากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ก็อยู่บนสมมติฐานว่าสามารถนำไปใช้ในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ผลเช่นกัน

ในระยะเวลา 10 ปีนับแต่การตีพิมพ์เผยแพร่ของ Chronic care model มีการ ทดสอบ สมมติฐานดังกล่าว จาก Meta-analysis พบว่า องค์ประกอบของ CCM สามารถให้ผลลัพธ์ทางคลินิก เพิ่มประสิทธิผลการทำงานอย่างน้อยใน 4 โรค คือ เบาหวาน ซึมเศร้า หอบหืด และหัวใจ ล้มเหลว โดยการมีองค์ประกอบอันใดอันหนึ่งก็มีผลบวกและยังมีหลายองค์ประกอบก็ยังมีผลบวกมาก ขึ้น อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปได้ว่า CCM ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้หรือไม่ และ องค์ประกอบ ใดสำคัญยิ่งกว่าองค์ประกอบใด จากการทบทวนวรรณกรรมของคณะผู้ทำงาน CCM สรุปว่า หลักฐาน ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในขณะนี้บ่งชี้ว่าการพัฒนาองค์การตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไรก็ตามข้อสังเกตคือ หลักฐานที่ตีพิมพ์ เกือบทั้งหมดมาจาก สถานบริการในอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย ที่มีทรัพยากรค่อนข้างพร้อมทีม ดูแลที่กระตือรือร้นใน การสร้างความเป็นเลิศในการดูแลโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง ดังนั้นจึงไม่อาจสรุป ถึงผลลัพธ์หาก นำไปใช้ในสถานบริการที่มีบริบทต่างไป

3. Collaborative Learning – Key Success of Chronic Care Model : Breakthrough Series, ACCC และ ICCC ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ Chronic Care Model ได้รับการเผยแพร่อย่าง กว้างขวาง คือ การใช้หลัก “เรียนรู้ร่วมกัน” (Collaborative Learning) โดยการประสานงานกับ นักวิชาการในระดับ ต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับกลุ่มนักวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมแพทย์ไป จนถึงองค์การอนามัยโลก

3.1 Breakthrough Series : ความร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิจัย Breakthrough Series (BTS) เป็น Methodology การเรียนรู้จากการปรับปรุงงานบริการของหน่วยบริการทาง การแพทย์ที่ พัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยอิสระแห่ง Harvard University ชื่อ Institute for Healthcare Improvement (IHI) ในปี 1995 โดยให้การสนับสนุนวิชาการแก่โรงพยาบาลหรือคลินิก ในการทำ โครงการระยะสั้น (6-15 เดือน) ที่มีเป้าหมายสร้างและทดลองใช้รูปแบบ (Framework) ที่ช่วย พัฒนาการคุณภาพดูแลโรคใดโรคหนึ่งผ่านกระบวนการ PDSA (Plan Do Study Act) ประกอบด้วย ช่วงการลงมือปฏิบัติ (Action Period) สนับสนุนกับช่วงการเรียนรู้ (Learning Period) โดยมีการจัด ให้แต่ละโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ ได้นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ปรึกษากันนักวิชาการ ในปี 1998 ICIC ได้ร่วมมือกับ IHI ในการน า CCM เข้าไปเป็น Framework ใน BTS ได้ พัฒนาแบบสอบถาม Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) เป็นเครื่องมือให้กับ หน่วย บริการสุขภาพนั้นประเมินตนเองว่าควรพัฒนาองค์ประกอบใดใน CCM มีการให้ทุนด้วยการ สนับสนุน จาก Robert Wood Johnson Foundation แก่โรงพยาบาลหรือคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ ผลจาก โครงการนี้ได้สร้าง Evidence Based เกี่ยวกับ CCM อย่างมากมาย

3.2 Academic Chronic Care Collaborative (ACCC) :การร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์ หลังจากได้ดำเนินงานร่วมกับ IHI แล้ว ทาง ICIC พบว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ยังมีโรงเรียนแพทย์ (Teaching Hospital) เข้าร่วมน้อย โดยปัจจัยหนึ่งเพราะอาจารย์แพทย์มีภาระการเรียน การสอนการทำวิจัยจึงไม่สามารถทุ่มเทให้กับการพัฒนาคุณภาพงานบริการ ICIC จึงได้ร่วมมือกับ Association of American Medical Colleges (AAMC) ให้การนำ CCM ไปใช้มีส่วนร่วมพัฒนา หลักสูตรอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวและสาขาอายุรแพทย์ในเรื่องการดูแล โรคเรื้อรัง ผลจากโครงการนี้ส่งผลให้คนในวงการวิชาการทั้งในและนอกอเมริการู้จัก Chronic Care Model มากขึ้น

3.3 Expanded Chronic Care Model: ความร่วมมือกับนักวิชาการต่างประเทศ Chronic Care Model : Wagner และคณะ, 1999 มีลักษณะเป็น Hospital Based จึงไม่มี รายละเอียดในเรื่องการเชื่อมโยงกับชุมชนและประเด็น Prevention/Health Promotion ในปี 2002 จึงมีกลุ่มนักวิชาการในประเทศแคนาดาปรับรูปแบบเป็น Expanded Chronic Care Model (Barretal, 2002) สิ่งที่แตกต่างกันจาก Chronic Care Model : Wagner, 1999 คือมีรายละเอียดความ คอบเกี่ยวระหว่างองค์ประกอบระดับ Health Care Organization คือ Self-Management Support Delivery System Design Decision Support Information System กับ Community เพิ่มองค์ประกอบในส่วนของชุมชน ได้แก่ Public Policy เช่นการวางมาตรการภาษีควบคุมสินค้า ทำลายสุขภาพและส่งเสริมอาหารที่มี ประโยชน์ Supportive Environment เช่น การปรับภูมิทัศน์ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เรื้อรัง ทูพพลภาพ และ Strengthen Community Action คือ การให้คนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และ กำหนดทิศทางพัฒนาตามความต้องการของตนเอง

3.4 Innovative Care for Chronic Condition : ความร่วมมือกับนักวิชาการ องค์การ อนามัยโลก ข้อสงสัยเกี่ยวกับคุณสมบัติ Generalizability เช่น การนำ CCM ไปใช้ในบริบทที่ ทรัพยากรจำกัดทำให้คณะทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านดูแลโรคเรื้อรัง 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 ซึ่งส่งอิทธิพลถึง ระดับ Health Care Organization และ Community 2) เพิ่มรายละเอียดข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายเป็น ข้อเสนอแนะถึง Policy Maker ซึ่งได้จากตัวอย่างโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ประสบความสำเร็จใน ประเทศต่าง ๆ ซึ่งตีพิมพ์ใน Global ICC Reports และมีแบบสอบถามเพื่อ ประเมินตนเองตาม แนวทาง ICC ด้วย 3) แสดงปฏิสัมพันธ์เชิงระบบ แบ่งเป็นสามระดับจากระดับ บุคคล (Micro) องค์กรและชุมชน (Meso) และนโยบายระดับชาติ (Macro) สรุปหลักการโดยย่อคือ

Micro Level (Patient Interaction) ปฏิสัมพันธ์ในระดับนี้เป็นระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วยตัวผู้ป่วยและ ครอบครัว บุคลากรที่รักษา และสมาชิกในชุมชน

(1) เป้าหมาย คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น (Prepared) มีข้อมูลที่เพียงพอ (Informed) และมีแรงจูงใจ (Motivated)

(2) โดยกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง (Self Management Support) Meso Level (Health Care Organization and Community Linkage) การบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน

(3) เป้าหมาย คือ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (Continuity) มีความถูกต้อง ตามหลักการ (Consistency) และมีความเชื่อมโยง (Co-Ordination)

(4) โดยกระบวนการจัดระบบ Workflow การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ (Delivery System Design) การนำหลักฐานหรือบทเรียนมาใช้ในการพัฒนางานบริการ (Decision Support) การใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Information System) การค้นหาบุคคลสำคัญของ ชุมชน (Community Leadership) สร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อชุมชนต่อผู้ป่วยเรื้อรัง (Reduce Stigma) การประสานทรัพยากรรวมถึงองค์ความรู้ร่วมกัน (Coordinate Resource) และความ ร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงกำไรต่าง ๆ ในชุมชน (Complementary Service) Macro Level : ระดับ รัฐบาล หรือผู้กำหนดนโยบายระดับชาติเนื่องจากการพัฒนาในระดับ Meso Level และ Micro Level ได้รับอิทธิพลจากนโยบายระดับชาติ

(5) เป้าหมายคือ โครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรค เรื้อรัง (Positive Policy Environment)

(6) โดยกระบวนการให้ผู้มีอำนาจออกนโยบายในหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ จำกัดแต่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Integrate Policies) เพื่อทั้งด้านการสร้างกำลังคน (Develop and Allocate Human Resource) ความต่อเนื่องของนโยบายงบประมาณ (Consistent Financing) ใช้มาตรการทางกฎหมาย (Support Legislative Framework) รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรภาคประชาชน มีความเข้มแข็งรักษาสีทิวทัศน์เพื่อสุขภาพของตนเอง (Strengthen Partnerships)

2.2.2 องค์ประกอบแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Wagner EH, Austin BT, Davis C, (2001) ได้เสนอแนวทางในการจัดระบบการให้บริการโรคเรื้อรังที่สนับสนุนการทำงานร่วมกัน และการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นให้ผู้ปฏิบัติเปลี่ยนการให้บริการโดยสนับสนุนการจัดการตนเอง การเชื่อมโยงสู่ชุมชน การพัฒนาแนวทางปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การติดตามผู้ป่วย และการใช้สารสนเทศทางคลินิก รวมถึงการใช้ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) การเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary

Care Team) และการดูแลผู้ป่วยโดยกลุ่มที่ไม่ใช่แพทย์ต่างประเทศรวมถึงประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้นำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model; CCM) ไปใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย และมีการขยายผล โดยปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของตน รูปแบบของการดูแลโรคเรื้อรัง (มธุรมาศ สีเสน, 2008) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. สิ่งสนับสนุนในชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Community Resources and Policies) หน่วยงานบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีอยู่ใน ชุมชนเช่น ชมรมผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง กลุ่มหรือชมรมการออกกำลังกาย การจัดการวัดความดันโลหิต หรือสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดสำหรับบริการคนในชุมชน เป็นต้น การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้จะมีความสำคัญมากสำหรับสถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก เช่น คลินิกแพทย์ ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดบริการต่าง ๆ ได้เองทั้งหมด

2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Systems Organization of Health Care) หมายถึง ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจากผู้บริหาร มีการกำหนดนโยบายและสนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีโครงสร้างเป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยบริการสุขภาพ และความสัมพันธ์ของหน่วยบริการสุขภาพนี้กับผู้รับบริการสุขภาพ ผู้ประกันสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ จะประกอบเป็นรากฐานให้องค์ประกอบอื่นๆ ของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังอีก 4 องค์ประกอบตั้งอยู่หากผู้นำและเป้าหมายของหน่วยงานมิได้ให้ความสำคัญกับการดูแลโรคเรื้อรังเป็นลำดับต้น ๆ นวัตกรรมที่เกี่ยวข้องก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ระบบการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการรักษาพยาบาลของระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความกระทบต่อการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมาก โดยจะช่วยให้การพัฒนายั่งยืนอยู่ได้หากระบบการเบิกจ่ายหรือค่าตอบแทนช่วยเพิ่มรายได้หรือลดรายจ่ายให้กับหน่วยงาน นอกจากนี้การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมควบคุมโรค สมาคมผู้ป่วยโรคเบาหวาน หน่วยบริการร่วม ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคุณภาพบริการการยกระดับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน การพัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยการประสานเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลรักษาที่มีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือหรือวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิผลได้แก่ การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการปฏิบัติ สามารถประเมินปัญหา อุปสรรคและความสำเร็จในการดูแลตนเองเป็น ระยะ

อย่างสม่ำเสมอ การตัดสินใจในการแก้ปัญหา การสนับสนุนการรวมตัวเป็นกลุ่ม หรือชมรม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สำหรับโรคเรื้อรังนั้นผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเองเนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่เป็นเวลานานกับโรคเรื้อรัง ดังนั้น การสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้นประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

3.1 ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง

3.2 มีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง

3.3 มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง

3.4 มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง

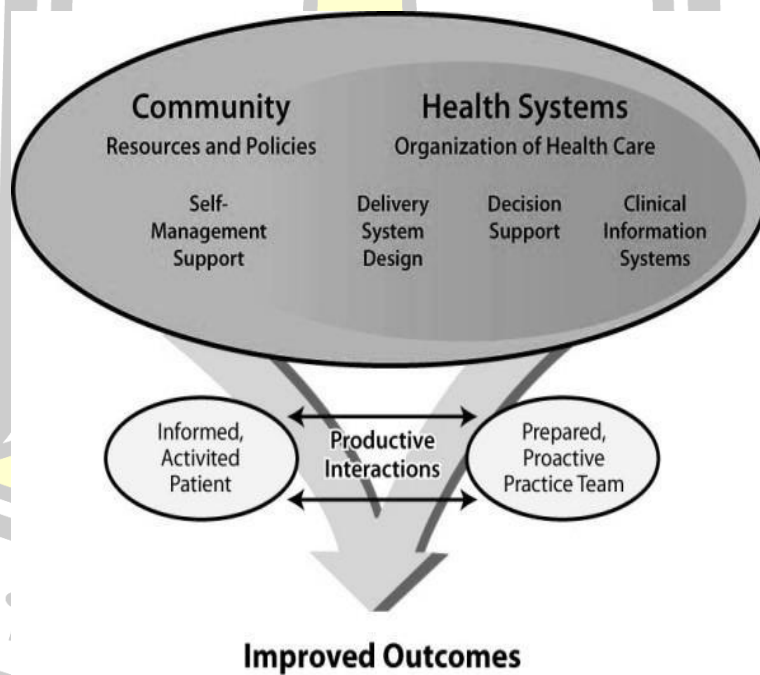
3.5 ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนสำหรับโรคเรื้อรัง ดังนั้นการสนับสนุนการดูแลตนเองนี้จึงหมายถึงความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัวให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเองเช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีอยู่ในชุมชน และการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) หมายถึง มีการปรับระบบบริการที่สามารถเชื่อมโยงกันในสถานบริการทุกระดับตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติการเชิงรุก และวางแผนดูแลผู้ป่วยในระยะยาว รวมทั้งการออกแบบระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือวิกฤตโดยมีการกำหนดบทบาทและแบ่งงานกันให้ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดให้มีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) หรือผู้จัดการดูแล (Care Manager) หรือผู้จัดการโรค (Disease Manager) ทำหน้าที่ประสานทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยและบทบาทพยาบาลผู้ป่วยเพื่อประเมินการจัดบริการเป็นรายบุคคลหรือภาพรวมเป็นระยะ จัดบริการการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน จัดระบบนัดหมายประสานการส่งต่อและติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Setting)

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) หมายถึง มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับสถานบริการทุกระดับ เพื่อส่งเสริมการรักษาทางคลินิกให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการมีส่วนร่วม การจัดทำแนวทางการจัดการ (Management Protocol or Clinical Pathway) ที่บอกขั้นตอนและวิธีปฏิบัติการดูแลรักษาของหน่วยงานจนถึงระดับปฐมภูมิ การส่งต่อหรือการส่งกลับรวมทั้งการจัดให้มีระบบให้คำปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์และ

พยาบาลผู้ดูแล รวมทั้งระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทางโทรศัพท์หรือตามความพร้อม โดยมีหัวหน้าทีมสุขภาพคอยควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกนี้โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมรูปแบบต่าง ๆ นอกจากนี้ควรมีผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์โดยที่ไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย

6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information System) หมายถึง การจัดทำให้มีระบบสารสนเทศทางคลินิกที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกัน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทางที่มีมาตรฐาน รวมถึงการจัดการข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงให้เป็นหมวดหมู่ สามารถใช้ในการติดตามดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพเช่น จัดทำทะเบียนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงที่ครอบคลุมลักษณะประชากร วัน เดือน ปี ที่ได้รับการตรวจการดูแลรักษาที่สำคัญ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรูปแบบของอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (Electronic Files) ที่เป็นฐานข้อมูลของสถานบริการเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงระบาดวิทยา หรือใช้เป็นระบบเตือนเพื่อติดตามผู้ป่วยมารับบริการและทบทวนการดูแลรักษาสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพว่าได้รับบริการตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติหรือไม่ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพประกอบ 1 The Chronic Care Model

(The MacColl Institution for Healthcare Innovation)

ที่มา: The MacColl Center for Health Care Innovation (2017)

เมื่อมองจากล่างขึ้นบน อธิบายได้ว่า ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง คือ สร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (Productive Interaction) จากเดิมที่มีช่องว่างระหว่างผู้ป่วย (เพื่อ หมายหมตก่าลิ่งใจ ไม่มาตามนัด) กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ไม่ทราบประวัติเดิม แพทย์ไม่มีเวลารับภาระผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน)

ดังนั้นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) ถือเป็นระบบบริการที่มีคุณภาพและมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยระบบบริการดังกล่าวให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมส่งเสริมการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน การนำศักยภาพของชุมชนและระบบบริการทางสาธารณสุขเข้ามาดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสุขภาพที่ดี เกิดการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและจัดการสุขภาพคนในครอบครัวและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) นำมาใช้เพื่อเป็นการบริหารจัดการโรคแบบองค์รวมที่เป็นเชิงรุกดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) มาเป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบในการวิจัยครั้งนี้

2.3 แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ที่พึ่งประสงค์ด้วย Six Building Blocks Plus One

2.3.1 ที่มาและความสำคัญของ Six Building Blocks Plus One

ประเทศไทยมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบและแนวทางด้านระบบสุขภาพที่เหมาะสม มีการแบ่งหมวดหมู่องค์ประกอบตามบริบทไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มการบริหารระบบประกันสุขภาพเขต มีปรับบทบาทการนำสุขภาพโดยแต่งตั้งคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ (National Health Delivery Board) ปรับบทบาทหน้าที่หน่วยงานรองรับระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ และจัดหน่วยบริการให้มีศักยภาพดูแลสุขภาพเบ็ดเสร็จ (Complete Care Service) สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพเบ็ดเสร็จไร้รอยต่อ (Seamless Complete Service Network) ภายใต้การบริหารของคณะกรรมการพื้นที่สุขภาพ (Area Health Board) และสำนักงานสาธารณสุขเขตครอบคลุม 11 เขต (สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา, 2555) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) โดยนายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2557) ได้วิเคราะห์วิจัยเพื่อยืนยันผลการดำเนินงานการกำหนดกรอบการพัฒนาสุขภาพ

ที่พึ่งประสงค์ มีความสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) (World Health Organization; WHO, 2014) ที่กำหนดกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ (WHO Health System Framework) ที่เรียกว่า Six Building Blocks of A Health System หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562) มีแนวคิดการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ สุขภาพทางกาย ทางใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิด Intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย (Quality and Safety) อันจะส่งผลให้เกิด Outcome ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน คือ ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น (Improve health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การป้องกันความเสี่ยงทางดานสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (Social and Risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ (Improved efficiency) โดยมีองค์ประกอบที่พึ่งประสงค์หลัก 6 ประการ (6 Building Blocks of Health System) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาต้นแบบ การยกระดับการให้บริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และปลอดภัย ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีให้กับประเทศไทยในเรื่องการจัดการระบบสุขภาพของแต่ละอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) เรียกว่า Six Building Blocks Plus One (ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ, 2566)



ภาพประกอบ 2 แสดงกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ Six Building Blocks Plus One

2.3.2 องค์ประกอบของ Six Building Blocks Plus One

1. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

ภาวะผู้นำองค์กรและระบบธรรมาภิบาล เป็นหัวใจสำคัญในการกำหนดขอบเขตทิศทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพพร้อมกับภาคีเครือข่ายให้สำเร็จ บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี โดยผู้นำนั้น กำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่ชัดเจน ตรงประเด็น สอดคล้องกับปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากภาคีเครือข่ายมีมากมายหลากหลายกลุ่มทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ จึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่ผู้นำต้องให้ความสำคัญและใช้องค์ความรู้ด้านจิตปัญญาศึกษา เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคของเครือข่ายอย่างลึกซึ้ง และเข้าใจศักยภาพความหลากหลายของเครือข่าย ใช้ทักษะผู้นำเชิงบวกเพื่อบูรณาการความร่วมมือจากเครือข่ายทุกภาคส่วน บริหารให้เกิดการเชื่อมประสานกันในการจัดบริการสุขภาพให้เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ และกำหนดกลไกการดำเนินงานที่เหมาะสมในการกำกับ ติดตาม ควบคุม คุณภาพการดูแล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น ส่งผลให้ระบบสุขภาพเกิดความสมดุลและยั่งยืนของประเทศบทบาทในการกำกับ ติดตาม นิเทศ ภาคีเครือข่ายดังนี้

1. จัดประชุมทีมระบบสุขภาพและภาคีเครือข่าย ทุก 4 เดือน เพื่อคืนข้อมูลและติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
2. ทีมนิเทศระบบสุขภาพร่วมกับคณะกรรมการภาคีเครือข่าย จัดระบบการควบคุมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยการนิเทศที่คลินิก/สถานบริการ 2 ครั้ง/ปี
3. ประสานงานและควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผ่านกลุ่มไลน์ "NCDs ระดับพื้นที่เขต"
4. สุ่มตรวจพื้นที่/เยี่ยมติดตาม โดยทีมระบบสุขภาพระดับพื้นที่เขต เมื่อพบปัญหาข้อร้องเรียนเพื่อรวบรวม ข้อมูลที่มีปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
5. นิเทศติดตามทุก 1 เดือน โดยคณะกรรมการภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เขต
6. ติดตามผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และ Caregiver ทุกวันที่ 25 ของเดือน
7. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ภาคีเครือข่าย ทุก 3 เดือน

2.3.3 ระบบบริการ (Service delivery)

งานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ต้องเข้ากับ "บริบท" และ "วัฒนธรรม" ในพื้นที่ และมีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายในการจัดการและให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชน ในกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย ซึ่งรวมถึงงานป้องกัน

งานรักษา งานฟื้นฟูสุขภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษา ข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการได้แยกบริการรักษาขั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อน และยังครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกันส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งมีการจัดการที่ดีเพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ "คน" เป็นศูนย์กลางในการให้บริการไม่ใช่ "โรค" หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผลด้วย จะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มาของกองทุน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ร่วมกันรับผิดชอบ ปลูกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย ดังนั้น จึงต้องมีการออกแบบและพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และเท่าเทียมกัน

2.3.4 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) หมายถึง ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่รวมตัวกันมีบทบาทในการให้บริการครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งบุคลากรที่อยู่ในสังกัดโรงพยาบาล-ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาล-สังกัดสถานบริการภาคเอกชนและชุมชนเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะแรงจูงใจ และรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพเต็มเวลาหรือทำงานกึ่งเวลาทำงานเดียวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม โดยมีจำนวนบุคลากรที่ให้บริการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ มีส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังหมายรวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา เพื่อนบ้าน และสมาชิกในครอบครัว เพื่อร่วมกันให้บริการ และให้การดูแลประชาชนของแต่ละพื้นที่ตามความจำเป็นที่ต้องได้รับการหรือได้รับการดูแล โดยให้บริการและให้การดูแลร่วมกันเป็นทีม ทั้งการให้บริการและการให้การดูแลร่วมกันเป็นทีมภายในสถานบริการ และการให้บริการและการให้การดูแลร่วมกันเป็นทีมที่เชื่อมโยงจากสถานบริการ-สู่บ้าน-และในชุมชน

ความสำคัญของกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญ ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เพราะนอกจากจะเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากร ยังเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นแหล่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถ

เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีกระบวนการมีส่วนร่วมร่วมจากภาคประชาชน ปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้งานด้านสุขภาพกว้างขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุขเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ดังนั้นบทบาทของกำลังคนด้านสุขภาพจึงเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น อีกทั้งการใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุการเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ส่งผลให้อัตราการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสหัสวรรษแห่งการพัฒนา(Millennium Development Goals) จึงจำเป็นที่จะต้องมีการมีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม เท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)

การมีระบบสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลที่ครอบคลุมมีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และมีคุณภาพ เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการ ทำวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่างๆ อาทิเช่น งานให้บริการ กำลังคน และกลไกการคลังด้านสุขภาพระบบสารสนเทศยังใช้ติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผน สร้างโรงพยาบาลวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ฯลฯ ในการบริหารระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเจริญได้อย่างยั่งยืนนั้น ผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ฐานข้อมูลที่ใช้ใช้ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความพร้อมในการเข้าถึงคุณภาพผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อันได้แก่ อัตราตายและอัตราการเกิดทุพพลภาพ สุขภาวะ ความพิการ รวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการ อาทิเช่น ขอบเขตการคุ้มครองผลลัพธ์จากการรักษาเปรียบเทียบจากวิธีที่ต่างกัน ต้นทุนการดำเนินการ ต้นทุนทุนของการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค เป็นต้น

2.3.6 ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการทำงานที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา อาจกำหนดเป็นบัญชียาและเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ

แสดงขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคา สถานภาพการต่อรองราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของ ยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาดภายในประเทศ ระเบียบการจัดซื้อการจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มี ประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต้องเน้นมาตรการ "การใช้"ยาอย่างเหมาะสม" เพื่อ เป็นการลดอุบัติเหตุการฉีดยา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และฝึกอบรมบุคลากร

2.3.7 การเงินการคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (Health System Finance)

การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของ บุคลากร หรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อ ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่องและที่สำคัญคือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพที่มาจากต้องล้มละลาย ดังนั้น กลไกการคลังสุขภาพจึงมิได้หมายถึงแค่มีเงินที่ใช้ในการดำเนิน ระบบสุขภาพ เช่น เงินงบประมาณ กองทุนต่าง เช่น สปสช./ สสส. ฯลฯเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการ จัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อและระบบการให้บริการด้านสุขภาพโดยทั่วไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products; GDP) และตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือนคือ สัดส่วนของราย จ่ายด้าน สุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) ต่อรายได้ทั้งหมด

โดยสรุปการบริหารจัดการงบประมาณ การเงินการคลัง รวมถึงทรัพยากรอื่น เพื่อให้มี ความพร้อมในการจัดบริการด้านสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีการใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพมีงบประมาณและทรัพยากรเพียงพอ โดยเป็นการจัดการทั้งในหน่วยงานภาค สาธารณสุข หน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ

2.3.8 ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System)

เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกับทุกภาคส่วนโดยบูรณาการ ทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยกำหนดเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน เป้าหมายของระบบระบบสุขภาพชุมชน

1. เป็นสังคมที่เอื้ออาทร ไม่ทอดทิ้งกัน
2. ให้การรักษาคนที่เจ็บป่วยเล็กน้อย
3. มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกคน
4. ชุมชนสามารถควบคุมโรคที่พบบ่อยได้
5. ชุมชนมีการสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชน

1. การทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ working relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของที้อย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance)

2. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน

3. การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่มุ่งดูายต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วยด้วยจึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็งเกิดกำลังใจ เป็นความสุขและทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้าขณะเดียวกัน ผู้รับบริการและประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

4. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดี และมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนา โดยวิเคราะห์ส่วนขาดและเติมเต็มตามสภาพปัญหา และความต้องการทั้งของบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

5. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A4C) คือการเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Contruity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

ดังนั้น แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ด้วย Six Building Blocks Plus One เป็นกรอบแนวคิดที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เสนอขึ้น เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน โดยประกอบด้วยองค์ประกอบ

หลัก 6 ด้าน ได้แก่ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี และการเงินการคลังด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2007) ต่อมาประเทศไทยได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 7 คือ ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างสุขภาพของประเทศ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่นในพื้นที่ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus One มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมถูกใช้สร้างเป็นแนวคิดและเป็นเครื่องมือในการพัฒนาทักษะและสนับสนุนเชิงกระตุ้นให้ประชาชนได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาทางสุขภาพ รวมทั้งสร้างความรับผิดชอบในการสนับสนุนต่อการร่วมปฏิบัติการดำเนินงานในการขับเคลื่อนทางสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้องค์กรเป็นผู้สนับสนุนให้คนในครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กร

2.4.1 ความหมายการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Public Participation) ถือเป็นวิธีการที่มีความสำคัญในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน และสังคม เพราะจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ยอมรับวิถีปฏิบัติ ข้อตกลง และเต็มใจในการปฏิบัติ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม ดังนี้

ธนิศร ยืนยง (2561) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทางการพัฒนา โดยผ่านกระบวนการส่งเสริม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ประชาชนมีบทบาทในการคิดริเริ่ม ร่วมรับผลที่เกิดจากการมีส่วนร่วม ไปจนกระทั่งถึงร่วมตรวจสอบมีอำนาจในการตัดสินใจที่จะดำเนินกิจกรรมของตนเองภายในชุมชน เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเอง

ญาณเดช คุ่มประยูร (2564) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางการเปลี่ยนแปลง ความเห็นพ้องต้องกันจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติการ แต่ต้องเป็นการเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการนั้น ดังนั้นองค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวที่ทำให้การปฏิบัติการบรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ

พระมหานันทพงษ์ ญาณกวี (ศรีโยธา) และสุรินทร์ ภูสิงห์ (2564) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยน โครงการร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

ดังนั้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในกิจกรรมการดูแลสุขภาพในลักษณะของการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมวางแผนร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบร่วมรับประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล ซึ่งการมีส่วนร่วมต้องเกิดจากความเต็มใจและความตั้งใจที่จะเข้าร่วม เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการร่วมคิดร่วมทำ แก้ปัญหาในเรื่องนั้น ๆ กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาค

2.4.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ไพบุลย์ โพธิ์สุวรรณ (2555) กล่าวถึง รูปแบบของการมีส่วนร่วม 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้อง ได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2. การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการ หารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นได้ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่

3.1 การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) โดยจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการและผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม

3.2 การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายและให้ความเห็นต่อโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลด้วย

3.3 การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน

4. การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่

ดังนั้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ โดยรูปแบบของการมีส่วนร่วม 4 รูปแบบ คือ การรับรู้ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น และการร่วมในการตัดสินใจ

2.4.3 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

พระมหานันทพงษ์ ญาณกวี (ศรีโยธา) และสุรินทร์ ภูสิงห์ (2564) ได้กล่าวถึงการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีความสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. การบริหารแบบมีส่วนร่วม จะช่วยให้ผู้บริหารและหน่วยงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเชิงคาดหวังว่า

- 1.1 เพิ่มคุณภาพการตัดสินใจทางการบริหารให้ดีขึ้น
- 1.2 เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคคลให้ดีขึ้น
- 1.3 เพิ่มขวัญและความพอใจในการทำงานแก่บุคลากรดีขึ้น
- 1.4 ช่วยให้องค์กรตอบสนองต่อความต้องการของสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น

2. การบริหารแบบมีส่วนร่วมช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร โดยการปฏิบัติงานและขวัญของแต่ละคน

3. การบริหารแบบมีส่วนร่วม สนองความต้องการทางจิตใจ ตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow) และเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg) เพราะการตอบสนองโดยวิธีการต่างๆ นั้นยังขาดการตอบสนองการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นสิ่งจูงใจที่แท้จริง ดังนั้นโอกาสการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจถือเป็นการตอบสนองความต้องการความสมหวังความเชื่อถือตนเองอันเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ได้

4. การบริหารโดยมีส่วนร่วม สามารถคลี่คลายข้อขัดแย้งระหว่างความต้องการของแต่ละบุคคลและความคาดหวังขององค์กร เพราะการให้โอกาสแก่บุคคลในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจขององค์กรพวกเขาจะสามารถควบคุมการทำงานของพวกเขาเองได้ในการที่จะใช้ความสามารถและสร้างความสำเร็จได้

ดังนั้นสรุปความสำคัญของการมีส่วนร่วมได้ว่า เป็นสิ่งที่สนองให้บุคคลที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยความเต็มใจ นอกจากนี้เป็นการสร้างสรรค์ผลงานให้เป็นไปได้อย่างราบรื่น และถูกเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ได้มากยิ่งขึ้น ปัญหาและอุปสรรคจะลดน้อยลงเพราะทุกคนได้มีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญต่อกิจกรรมการพัฒนาทั้งปวงที่องค์กรพึงแสวงหา และเปิดโอกาสให้บุคคลหรือคณะบุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

2.4.4 ขั้นตอนในการมีส่วนร่วม

อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์ และพิมพ์มล วงศ์ไชยา (2560) กล่าวว่าขั้นตอนในการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยทุกขั้นตอนมีความสัมพันธ์ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมที่ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นสำคัญ ซึ่งแนวทางการมีส่วนร่วมจะมุ่งให้ประชาชนหรือสมาชิกเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้ที่มีบทบาทในทุกเรื่อง ไม่ใช่ให้ประชาชนปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่ต้องคิด ซึ่งมีกรอบพื้นฐานและวิเคราะห์การมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ การริเริ่มตัดสินใจ การดำเนินการตัดสินใจ และการตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริการ และการประสานของความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ไม่ว่าจะ เป็นประโยชน์ทางวัตถุ ผลประโยชน์ทางด้านสังคมหรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นการควบคุมและการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วม

ดังนั้นสรุปได้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย การวางแผน สมาชิกต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ การกำหนดเป้าหมาย กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล โดยทุกขั้นตอนมีความสัมพันธ์ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมที่ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นสำคัญ

2.4.5 ระดับขั้นการมีส่วนร่วม

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และถวิลวดี บุรีกุล (2548) การแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญโดยมีข้อพึงสังเกตคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมจะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใด จำนวนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่

1. ระดับการให้ข้อมูล เป็นระดับต่ำสุด และเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วางแผนโครงการกับประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชนโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าวสาร และการแสดงนิทรรศการ เป็นต้น แต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใด ๆ

2. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือ ผู้วางแผนโครงการจะเชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินข้อดีข้อเสียของโครงการอย่างชัดเจนมากขึ้น เช่น การจัดทำแบบสอบถามก่อนริเริ่มโครงการต่าง ๆ หรือการบรรยายและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการนั้น ๆ เป็นต้น

3. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นการเจรจาอย่างเป็นทางการระหว่างผู้วางแผนโครงการและประชาชน เพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นข้อสงสัยต่างๆ เช่น การจัดประชุมการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

4. ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่ผู้วางแผนโครงการกับประชาชนมีความรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการ และผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการโครงการ เหมาะที่จะใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

5. ระดับการร่วมปฏิบัติ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินโครงการ เป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

6. ระดับการควบคุมโดยประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชนเพื่อแก้ปัญหา ข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ แต่การลงประชามติจะสะท้อนถึงความต้องการของประชาชนได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของประเด็นที่จะลงประชามติและการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของประเด็นดังกล่าวให้ประชาชนเข้าใจอย่างสมบูรณ์และทั่วถึงเพียงใด โดยในประเทศที่มีการพัฒนาทางการเมืองแล้ว ผลของการลงประชามติจะมีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตาม แต่สำหรับประเทศไทยนั้น รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันบัญญัติให้ผลของการประชามติมีทั้งแบบที่มีข้อยุติโดยเสียงข้างมาก และแบบที่เป็นเพียงการให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีซึ่งไม่มีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตามแต่อย่างใด

ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงต้องอาศัยสมาชิกเป็นผู้กำหนดกิจกรรม และสมาชิกเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมนั้นเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างถูกต้องตรงตามความต้องการของสมาชิกและ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจึงขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกเป็นสำคัญ

2.4.6 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

ญาณเดช คุ่มประยูร (2564) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนา เริ่มตั้งแต่การรับรู้ รับทราบนโยบายและแผนงาน รับทราบปัญหาของเขาเองร่วมคิดร่วมตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเอง ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ ซึ่งหลักการมีส่วนร่วมจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ร่วมรับรู้ ได้แก่ รับรู้ รับทราบปัญหาของตนเอง นโยบายและแผนงาน เป็นต้น ซึ่งเป็นขั้นตอนการมีส่วนร่วมตั้งแต่แรกเริ่มสมาชิกและชุมชนมีสิทธิรับรู้ข้อมูลข่าวสารตาม รัฐธรรมนูญ โดยการรับรู้ รับทราบเป็นกระบวนการหรือ ขั้นตอนสำคัญต่อการเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทั้งนี้ข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับจะต้องชี้แจงโดยละเอียด ทั้งข้อดีและข้อเสียของโครงการนโยบายหรือแผนงานนั้น ๆ

2. ร่วมคิด ได้แก่ การที่สมาชิกร่วมกันคิด ร่วมกันแก้ปัญหา ร่วมกันตัดสินใจเป็นการมีส่วนร่วมในการแสดงออกด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่สามารถเป็นไปได้ในทางปฏิบัติด้วยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การมีส่วนร่วมขั้นต้น (Initial Decision) เป็นการค้นหาความต้องการและวิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมของโครงการ

2.2 การมีส่วนร่วมในขั้นเตรียมการ (Ongoing Decision) เป็นการหาโอกาสหรือช่องทางในการแก้ปัญหา และลำดับความสำคัญของโครงการที่ต้องดำเนินการ

2.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจปฏิบัติการ (Operation Decision) เป็นการสรรหาบุคลากรเข้ามาปฏิบัติการ ได้แก่ อาสาสมัคร ผู้ประสานงานหรือกลุ่มที่รวมกันตามประเพณี

3. ร่วมทำ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ โดยเน้นการดำเนินการตามโครงการและแผนงาน และเป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจการ และผลงานที่ปรากฏคือ

3.1 การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (Resource Contribution) เป็นการมีส่วนร่วมในการสละแรงกาย การสละเงิน ร่วมลงทุน การให้วัสดุอุปกรณ์ และการให้คำแนะนำด้วยความเต็มใจ

3.2 การมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ (Programmer Enlistment Activities) หากเป็นการบังคับให้เข้าปฏิบัติงานในโครงการ การมีส่วนร่วมจะต่างไปจากการให้ความร่วมมือ เพราะการบังคับผลประโยชน์จะไม่ใช่อะไรที่สำคัญ แต่หากเป็นการร่วมด้วยความเต็มใจจะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วม

3.3 การมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญ โดยการติดตามตรวจสอบ และการประเมินผล ดำเนินการ จะทำให้ทราบผลงานของตนว่าดีหรือมีประโยชน์หรือไม่อย่างไร

4. ร่วมรับผลประโยชน์ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ในโครงการหรือ กิจกรรม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

4.1 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านวัตถุ (Material Benefits) ได้แก่ การมีส่วนร่วมการเพิ่มผลผลิต รายได้ และทรัพย์สิน เป็นต้น

4.2 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านสังคม (Social Benefits) ได้แก่ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่สังคมและการเพิ่มคุณภาพชีวิต

4.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในด้านบุคคล (Personal Benefits) ได้แก่ ความนับถือตนเอง (Self-Esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (Political Power) ความคุ้มค่าของผลประโยชน์ (Sense of Efficacy) เป็นต้น

นอกจากนี้ วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ (2551) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชนดังนี้

1. คุณภาพของการตัดสินใจดีขึ้น เนื่องจากกระบวนการปรึกษาหารือกับสาธารณชน จะช่วยสร้างความกระจ่างให้กับวัตถุประสงค์และความต้องการของโครงการหรือนโยบาย และบ่อยครั้งที่การมีส่วนร่วมของประชาชนนำมาสู่การพิจารณาทางเลือกใหม่ ๆ ที่น่าจะเป็นคำตอบที่มีประสิทธิผลที่สุดได้

2. ใช้ต้นทุนน้อยและลดความล่าช้าลง แม้ว่าการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม จะต้องใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการตัดสินใจฝ่ายเดียว แต่การตัดสินใจฝ่ายเดียวที่ไม่คำนึงถึงความต้องการแท้จริงของประชาชน อาจนำมาซึ่งการโต้แย้งคัดค้านหรือการฟ้องร้องกัน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในระยะยาว เกิดความล่าช้า และความล้มเหลวของโครงการได้ในที่สุด

3. การสร้างฉันทามติ การมีส่วนร่วมของประชาชนจะสร้างข้อตกลงและข้อผูกพัน อย่างมั่นคงในระยะยาวระหว่างกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน ช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ลดข้อโต้แย้งและช่วยให้เกิดความชอบธรรมต่อการตัดสินใจขององค์กร

4. การนำไปปฏิบัติง่ายขึ้น การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำให้ประชาชนมีความรู้สึกของการเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น และทันทีที่การตัดสินใจได้เกิดขึ้น พวกเขา ก็อยากเห็นมันเกิดผลในทางปฏิบัติ และยังคงเข้ามาช่วยกันอย่างกระตือรือร้นในการกระทำสิ่งนั้น ๆ

5. การหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าที่เลวร้ายที่สุด เพราะการเปิดโอกาสให้ฝ่ายต่าง ๆ เข้ามาแสดงความต้องการและข้อห่วงกังวลตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ จะช่วยลดโอกาสของการโต้แย้งและการแบ่งฝ่ายที่จะเป็นปัจจัยให้เกิดการเผชิญหน้าอย่างรุนแรงได้

6. การคงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือและความชอบธรรม เนื่องจากกระบวนการตัดสินใจที่โปร่งใสและเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม จะสร้างความน่าเชื่อถือต่อสาธารณชนและเกิดความชอบธรรมโดยเฉพาะเมื่อต้องมีการตัดสินใจในเรื่องที่มีการโต้แย้งกัน

2.4.7 ปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการมีส่วนร่วม

พระมหากษัตริย์ แก้วบุตรดี (2562) ปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ภาครัฐและประชาชนขาดการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิด และความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน
2. โครงสร้างกฎหมายและกระบวนการนโยบายยังไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมอย่างเพียงพอ
3. การขาดแคลนผู้มีทักษะในการใช้เครื่องมือสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน
4. ปัญหาเรื่องวัฒนธรรมการเมืองและความพร้อมของประชาชน
5. ปัญหาด้านความพร้อมของภาครัฐ
6. การไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่จะบอกให้ทราบว่าประชาชนมีส่วนร่วมแล้วหรือยัง หรือหน่วยงานของรัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถทำงานให้ดีขึ้นได้เพราะไม่มีมาตรฐานในการทำงานที่ชัดเจน

2.4.8 แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหรือถือว่าเป็นปัจจัยและกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เข้าใจบริบท รู้ถึงความต้องการและปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้กำลังใจและให้การดูแลเกื้อหนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดูแลเรื่องการรับประทานยาและอาหาร และยังพบว่าผู้ป่วยบางรายขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น ผู้ป่วยไม่ได้ทำอาหารรับประทานเองและไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวในการแยกอาหารเฉพาะของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงได้ และส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (จันทร์จิรา สีสว่าง, และคณะ, 2564)

2.4.8.1 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล หมายถึง การที่ครอบครัวของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติร่วมกันเพื่อดูแลผู้ป่วย โดยการซักถาม คอยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการวางแผนการดูแล มีการตัดสินใจ การดูแลความปลอดภัยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและขณะเข้ารับการรักษา ซึ่งครอบครัวนั้นอาจมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์กันทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และเครือญาติ เป็นต้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยส่งเสริมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ครอบครัวดูแลเรื่องการรับประทานยาและการดูแลจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งเหตุผลสำคัญที่ต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีดังต่อไปนี้ "

1) ครอบครัวสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารซึ่งบุคลากรสุขภาพสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ใน การวางแผนการพยาบาลให้ตรงกับบริบทชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละราย

2) ครอบครัวเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นบุคคลที่มีความเหมาะสมในการช่วยเหลือดูแลในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจัดเตรียมอาหาร การจัดยา การออกกำลังกาย โดยกิจกรรมเหล่านี้ต้องใช้ความใส่ใจ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3) ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง และมีข้อจำกัดหรือความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่ลดลง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4) ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัย เนื่องจากครอบครัวช่วยเหลือ คอยย้ำเตือน และดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเกื้อหนุนด้านการใช้ยาและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การพาไปพบแพทย์ตามนัด การเดินทางไปรับยาแทนการดูแลและควบคุมอาหาร คอยสอบถามอาการผิดปกติ ช่วยเตือนเกี่ยวกับการรับประทานยา และการจัดเตรียมยาตามมื้ออาหารในแต่ละวัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังให้ความร่วมมือในแผนการรักษาเป็นอย่างดี รวมถึงการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา ดูแล และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรักษา สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ใน

เกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บทบาท และความสัมพันธ์ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

2.4.8.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ตามบริบทของสังคมไทย สถาบันครอบครัวถือว่าเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ในการใช้ยาลดระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจมีการลืมรับประทานยา หรือมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องเข้าใจในเรื่องธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม เมื่อสมาชิกในครอบครัวเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ได้อย่างเหมาะสม นำมาซึ่งความผาสุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และสมาชิกในครอบครัว (วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2566).

การมีส่วนร่วมของครอบครัวจะต้องมีความครอบคลุมในทุก ๆ ด้านโดยเป็นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิก ในครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ครอบคลุมการดูแลทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ซึ่งทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงตามวัย ที่ส่งผลให้ความจำหรือการตัดสินใจมีขีดจำกัด ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้น เช่น มีความจำเป็นต้องพึ่งพาญาติในการไปตรวจตามนัด การจัดการเรื่องยา และการจัดการเรื่องอาหาร เป็นต้น ครอบครัวจึงจำเป็นต้องดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ เป็นตัวแทนในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการเลือกการรักษา ซึ่งแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยหลายกลุ่มที่มีการพึ่งพา ทั้งนี้ในการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามแนวคิดของเชปปี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เป็นการที่ครอบครัวมีความกระตือรือร้นในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้กรณีที่ต้อง

รับการรักษาในโรงพยาบาลการดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกาย การช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ การดูแลเรื่องความปลอดภัย การดูแลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้รับประทานยา และการดูแลขณะอยู่บ้าน เช่น การดูแลเรื่องออกกำลังกาย การพักผ่อน และการจัดเตรียมอาหาร เป็นต้น

2. การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมทางการพยาบาล เป็นการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้ช่วยในขั้นตอนการดูแลรักษา เช่น การอยู่กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เมื่อแพทย์หรือพยาบาลมาตรวจเยี่ยมอาการ การพาผู้สูงอายุไปตรวจตามนัดหรือรับการตรวจพิเศษต่าง ๆ และการปลอบใจ ให้กำลังใจขณะที่ผู้ป่วยได้รับเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การเจาะเลือด

3. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นการที่ครอบครัวได้มีโอกาสให้และรับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขณะอยู่บ้าน ปัญหาสุขภาพขณะอยู่บ้านและขณะอยู่โรงพยาบาล ปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งครอบครัวควรได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามความจริงและแผนการรักษา รวมถึงได้รับโอกาสในการซักถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ตัดสินใจหรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญเมื่อมีสถานการณ์ที่ต้องทำการตัดสินใจ เช่นการตัดสินใจเมื่อต้องมีการตรวจพิเศษหรือการรักษาฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น บ่งชี้เห็นว่าบทบาทของครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ให้ดีขึ้น และนำมาซึ่งความผาสุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และสมาชิกในครอบครัว

2.4.9 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.4.9.1 ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen and Uphoff (1980) กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมมีลักษณะและขั้นตอนที่สำคัญดังต่อไปนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประการแรกที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นให้เลือกนโยบายและส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ซึ่ง

เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้นช่วงดำเนินการวางแผนและการปฏิบัติแผนที่วางไว้

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ได้บ้าง และจะทำได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงาน การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ นอกจากผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย รวมทั้งผลประโยชน์ทางบวกและทางลบที่เป็นผลเสียอีกด้วย

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น ความชอบ และความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

นอกจากนี้ เอื้อนจิต พานทองวิริยะกุล และสัญญา เคนาภูมิ (2561) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาช่วยจัดการด้านสุขภาพเพื่อให้สัมฤทธิ์ผลได้ การประชุมอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน การกระตุ้นให้ชุมชนนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้การสร้างความร่วมมือชุมชนโดยต้องสร้างจิตสำนึกให้เกิดการมีส่วนร่วม การอบรมให้ความรู้อย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ต้องหากิจกรรมที่สร้างจิตสำนึกให้เกิดการมีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมกลุ่ม ทุกคนให้ความร่วมมือ ค่อย ๆ สร้างและผู้บริหารก็มีส่วนสำคัญ ต้องมีผู้บริหารในการจัดทำโครงการเริ่มต้น การสนับสนุนในการส่งเสริมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของผู้บริหารและหน่วยงานภาครัฐ อำเภอ จังหวัด ควรให้ความสำคัญกับระดับหมู่บ้านและตำบลมากยิ่งขึ้นการประสานงานร่วมกัน การเข้าถึงบริการหน่วยงานภาครัฐ ระดับท้องถิ่นอำเภอ จังหวัด แกนนำชุมชนที่เข้มแข็งต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การประชาสัมพันธ์ และการประสานงานที่ดี การกระตุ้นเตือนให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ การพึ่งตนเอง การช่วยเหลือตนเองเช่น ปลูกผักปลอดสารพิษทำอาหารกินเอง การแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เป็นต้น

2.4.9.2 รูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีวิธีการและรูปแบบที่เกิดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้ (อังศวีร์ จันทะโคตร และคณะ 2565; กัญญา เกษรพิกุล, และคณะ, 2564)

1) การเพิ่มความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการนำไปปฏิบัติการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง มีรูปแบบกิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมการประเมินความรู้โดยการทำ

แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการอบรม กิจกรรมการบรรยายแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมการศึกษากรณีศึกษาและการระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ไขตามใบงานการเรียนรู้ที่มอบหมาย และกิจกรรมการเรียนรู้โดยการหมุนเวียนเป็นฐานเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2) การสร้างความตระหนักรู้โดยการเรียนรู้ผ่านสื่อ VDO และเรียนรู้จากเรื่องเล่าของผู้ป่วยและครอบครัวตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งกิจกรรมการร่วมสะท้อนคิดจากการเรียนรู้

2) การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีรูปแบบกิจกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ กิจกรรมฝึกการอ่านฉลากอาหาร กิจกรรมการเดินเร็วและกายบริหาร กิจกรรมการทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด 2) กิจกรรมการนำเสนอตัวแบบ คือการนำผู้ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมาเล่าประสบการณ์การดูแลตนเอง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้เหมือนกับตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูงให้กลุ่มเสี่ยงรู้สึกว่าจะสามารถปฏิบัติได้จริงและเป็นประโยชน์ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยสร้างบรรยากาศให้เป็นไปอย่างผ่อนคลายเป็นกันเอง ไม่เกิดความรู้สึกกดดันเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงรู้สึกอยากปฏิบัติกิจกรรม

3) ส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยการปฏิบัติกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย การจัดการความเครียดโดยการฝึกทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยก่อนเริ่มกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้มีการกำหนดเป้าหมายและการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ ทีม อสม. ซึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมทุกครั้งกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีการบันทึกกิจกรรมและข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและมีทีม อสม. เป็นผู้กำกับติดตามและเป็นผู้เสริมกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ข่าวสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์และการติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านโดยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และ ทีม อสม. ในหมู่บ้าน ร่วมกันจัดตั้งกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่และ อสม. นอกจากนั้นยังมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อ

กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือและเสริมพลังในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้วย

5) การสร้างสื่อการเรียนรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้ศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยในชุมชนมีแกนนำที่มีความสามารถและความชำนาญ จึงได้ร่วมกันนำความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไปประพันธ์เป็นบทกลอนและถ่ายทอดให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูงได้มีส่วนร่วมรับรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเผยแพร่ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน เป็นต้น

2.4.9.3 แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมกันคิดตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างอิสระและเสมอภาค มีแนวทางดังนี้ (กัญญา เกษรพิกุล, และคณะ 2565)

1) การพัฒนาด้านภาวะผู้นำ ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการเป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพแกนนำ หรือผู้นำในชุมชนมี 2 ประเภท คือ 1) ผู้นำอย่างเป็นทางการ ซึ่งสามารถใช้อำนาจตามหน้าที่การงานที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการทรัพยากรตามนโยบายที่ได้รับมอบหมาย มีระบบการทำงานที่เป็นแบบแผนชัดเจน ได้แก่ ปลัดหรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลครูการศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น และ 2) ผู้นำตามธรรมชาติเป็นผู้นำที่มาจากจิตอาสาผู้อุทิศตนเพื่อส่วนรวม มีความรู้ ความสามารถจนเป็นที่ศรัทธาเคารพนับถือและไว้วางใจของประชาชน ได้แก่ ประธานชมรม ตัวแทนกลุ่มผู้นำ และพระภิกษุ เป็นต้น

2) การพัฒนาด้านภาคีเครือข่าย ความร่วมมือของทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ทั้งภาครัฐ และชุมชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ต้น เป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค และเพิ่มเติมข้อเสนอแนะได้ด้วยตนเอง

3) การพัฒนาด้านทรัพยากร การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนด้านทรัพยากรทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนมาร่วมดูแลกันในด้าน 1) ทุนและวัสดุอุปกรณ์ความร่วมมือในการสนับสนุนด้านทุนและวัสดุอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์

ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การทำสะพาน ทำราวบันได กั้นห้อง และทำห้องน้ำให้สถานที่ในการจัดกิจกรรมควรจัดกิจกรรมในวันพระที่วัด เนื่องจากประชาชนมักมีความศรัทธาในการมาทำบุญที่วัด การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ข้อมูล บริการ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้เพื่อปรับปรุงและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพที่ดีต่อไป 2) บุคคล การกระตุ้นให้ชุมชนนำศักยภาพของบุคคลในชุมชนที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างเต็มที่ การให้ประชาชนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม หรือเป็นแรงสนับสนุน คณะกรรมการภาคส่วนราชการ และผู้นำชุมชน ทุกภาคส่วน มีการรับรู้ร่วมกัน 3) การดำเนินงานจัดทำโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านความรู้ และการคัดกรองโรคที่บ้านเพิ่มจำนวนครั้งในการดำเนินงาน ร่วมกันคิดวางแผนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพทางร่างกายและการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การจัดกิจกรรมร่วมกับงานประเพณีทางสังคม ประเพณีทางศาสนา การนิมนต์พระสงฆ์ผู้ปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ มาถ่ายทอดธรรมะอย่างสม่ำเสมอ อาจใช้สถานที่วัดหรือบ้านสมาชิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การจัดกิจกรรมสวดมนต์ฟังธรรมร่วมกันผ่านสื่อดิจิทัล สลับกับเพื่อนสมาชิกออกมาแชร์ข้อธรรมะสั้นๆ ทุกสัปดาห์

4) การพัฒนาด้านการประชาสัมพันธ์และประสานงาน ดำเนินการโดย 1) การติดต่อโดยตรง โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม 2) การใช้โซเชียลมีเดียทางไลน์ เฟสบุ๊ก เมสเซนเจอร์ ทางแกนนำสุขภาพชุมชนเห็นพ้องกันในการใช้โซเชียลมีเดียในการให้บริการติดต่อสอบถาม การให้บริการข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อดิจิทัล การอบรมให้ความรู้การใช้สื่อออนไลน์แก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และของบประมาณสนับสนุนในการดูแลพัฒนาคุณภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการเพิ่มความถี่ในการดูแลโครงการต่าง ๆ จากหน่วยราชการได้

ดังนั้นสรุปได้ว่าแนวทางการพัฒนาความร่วมมือของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 5) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) การจัดการกับความเครียด

2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.1 ที่มาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Mills (2003: 241; อ้างถึงใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2551) ได้กล่าวถึงทฤษฎีและปรัชญาที่เป็นฐานสำคัญของการปฏิบัติของนักวิจัย มีความแตกต่างหลากหลายขึ้นกับรากเหง้าทางประวัติศาสตร์ของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจัดเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้ทฤษฎีเป็นฐาน

(Critical or Theory-Based) และประเภทที่ใช้การปฏิบัติการเป็นฐาน (Practical Based) นั่นคือ Mills จัดว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เข้าการวิพากษ์เป็นฐาน (Critical Action Research) และวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ปลดปล่อยอิสระจากการครอบงำของกรอบ (Emancipatory Action Research) โดยประเภทที่ 1 และประเภทที่ 3 ดังที่กล่าวข้างต้นเป็นกลุ่มประเภทเดียวกัน เพราะเป้าหมายหลักเหมือนกัน คือมีการรวบรวมความรู้ที่ไม่ติดยึดกับกฎเกณฑ์หรือกรอบแบบเดิม หลักการเหตุผลสำหรับ Critical Action Research ใช้ทฤษฎีเป็นฐานสำคัญในทางสังคมศาสตร์และทางมนุษยศาสตร์ รวมถึงทฤษฎียุคหลังสมัยใหม่ (Theories of Postmodernism) หรือ Technical Action Research) ทฤษฎีเชิงวิพากษ์ (Critical Theory) ในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ Technical Action Research ทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ต่างมีวัตถุประสงค์ที่เป็นพื้นฐานร่วมคล้ายๆกัน (Kemmis, 1988 อ้างถึงใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2551) คือ (1) ความสนใจร่วมกันในกระบวนการของการนำไปสู่การรู้แจ้ง (2) ความสนใจร่วมกันในการทำให้แต่ละคนอิสระเสรีจากการสั่งการ หรือบงการตามแบบเดิม และ (3) ความเต็มใจผูกมัดตัวเองเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการทางประชาธิปไตย เพื่อการปฏิรูป นอกจากนี้รากเหง้าในทฤษฎีเชิงวิพากษ์ของทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์เป็นที่มาของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้การวิพากษ์เป็นฐาน ซึ่งมาจากทฤษฎียุคหลังสมัยใหม่ ที่เรียกร่องความเป็นจริง (Truth) และความเป็นปรนัย ตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์แบบเดิม แทนที่จะเรียกร่องข้อเท็จจริง (Fact) กลุ่มยุคหลังสมัยใหม่ ให้ข้อโต้แย้งว่าความเป็นจริง มักเกี่ยวข้องเสมอกับสิ่งอื่น ๆ เช่น เจื่อนใจ สถานการณ์ และความรู้ที่ได้มักเกิดจากความเจริญงอกงามที่เป็นผลพอกพูนขึ้นจากประสบการณ์เดิม

Kemmis and McTaggart (1988) ได้เสนอแนะขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสภาพการเรียนการสอนจริงในโรงเรียนตามวงจรการปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

จากทฤษฎีข้างต้นผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการจัดทำและพัฒนาหลักสูตร เนื่องจากให้ข้อค้นพบที่ได้จากกระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบ และเชื่อถือได้ ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนารับรู้ด้วยหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ภายใต้กระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานให้มีคุณภาพมากขึ้นไปจนกว่าจะได้ผลโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพอใจสำหรับผู้ลงมือปฏิบัติ

1. การวางแผน (Planning)

เป็นขั้นตอนเริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาที่ต้องการให้มีการแก้ไข ผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกัน วางแผนด้วยกัน สำรวจสภาพการณ์ของปัญหาว่าอย่างไร ปัญหาที่ต้องแก้ไขคืออะไร ปัญหา นั้นเกี่ยวข้องกับใครบ้าง วิธีแก้ไขต้องปฏิบัติอย่างไร ต้องมีการแก้ไขเรื่องใดบ้าง การเปลี่ยนแปลง บางอย่างผู้บริหารต้องรับทราบการเปลี่ยนแปลงและให้การสนับสนุน ในขั้นตอนการวางแผนจะมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งในการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางใน

การหาโครงสร้างของปัญหาอย่างเป็นระบบ ทบทวนแง่มุมปัญหา ถกปัญหาอย่างกว้างขวางกับผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้เห็นปัญหาอย่างชัดเจน การวางแผน รวมไปถึงการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ที่จะจัดโครงการ ศึกษาบริบทของพื้นที่ ระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ศึกษาค้นหาความต้องการของชุมชน โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชน โดยวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา กิจกรรมที่ใช้แก้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผน ดำเนินงาน ร่วมกัน ปรับทัศนคติ วิธีคิด และการพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ และแนวโน้มการเกิดโรค กำหนดพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากโครงการวิจัย พื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดในระดับชุมชนหมู่บ้านเพื่อวางแผนในการดำเนินงานป้องกันโรคล่วงหน้า ก่อนฤดูการระบาด เตรียมทีมบุคลากร ทีมระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน วางแผนออกแบบกิจกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม จัดกิจกรรมในโครงการวิจัยการพัฒนาแบบอภีบาลระบบ สุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในชุมชน สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน แก้ไขปัญหาชุมชน โดยประชุมเตรียมวางแผนปฏิบัติการในงาน ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมทรัพยากรในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ พร้อมเตรียมชุมชนให้เข้าใจถึงการดูแลบริเวณบ้านเรือนของตนเองชี้แจงแนะนำการดำเนินงาน ภายใต้วิถีชีวิตใหม่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. อสม. ผู้นำท้องถิ่น หัวหน้าส่วนราชการ โรงเรียน จนกระทั่งได้รูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่

2. ปฏิบัติ (Action)

ดำเนินการตามแผน นำแผนที่ได้จากขั้นตอนการวางแผนไปสู่การปฏิบัติตาม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างทีมวิจัยพี่เลี้ยงและทีมวิจัยพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจกรอบการวิจัย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน แผนปฏิบัติงานวิจัย ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบที่คาดว่าจะได้รับ ร่วมกันออกแบบรายละเอียดในกิจกรรม ซึ่งจะต้องรวบรวมเป็นชิ้นงาน ผลผลิตของโครงการวิจัยในภาพรวม ออกแบบกิจกรรมการถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการอภีบาลระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นขั้นตอนการกำหนดแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ เมื่อลงมือปฏิบัติต้องใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ ประกอบด้วย โดยรับฟังจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการปฏิบัติจะเป็นข้อมูลย้อนกลับว่า แผนที่วางไว้ อย่างดีนั้น ปฏิบัติได้ดีมากน้อยเพียงใด มีอุปสรรคอย่างไรบ้างในการปฏิบัติ ดังนั้นแผนงานที่กำหนดไว้ อาจยืดหยุ่นได้ โดยผู้วิจัยต้องใช้วิจารณญาณ และการตัดสินใจที่เหมาะสม และมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

3. สังเกตผล (Observation)

สังเกตผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ทีมวิจัยผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่จัดระบบและกลไก

การบริหารจัดการ การประสานงาน และกำกับ ติดตามกระบวนการถอดบทเรียนโดยใช้วิธีการระดมสมอง การประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยลงพื้นที่สนับสนุนและคำแนะนำทีมแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ระหว่างการดำเนินโครงการวิจัยมีขั้นตอนการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยประเมินผลก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการโครงการ โดยผู้วิจัยติดตามประเมิน เพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค อาจมีการปรับแผนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สถานการณ์และความเป็นไปได้ในการดำเนินงานโดยกำหนดประเด็นการประเมิน และการดำเนินโครงการตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขั้นสังเกตการณ์นี้ เป็นการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงในชั้น ปฏิบัติการ ด้วยความรอบคอบ โดยอาศัยเครื่องมือเก็บข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่

1) การจดบันทึก ผู้วิจัยใช้การบันทึกบรรยายสภาพการณ์เชิงรูปธรรม เช่นที่ได้เห็นคนหนึ่งๆหรือกลุ่มได้พบระยะเวลาอย่างต่อเนื่องกัน เพื่อให้เป็นภาพรวมของสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัยนั้น

2) การใช้บันทึกภาคสนาม (Field Notes) เป็นการจดบันทึกเหมือนกับการใช้ระเบียบวิธี แต่การบันทึกสนามจะจดตามสภาพที่เห็น โดยไม่ใช่ข้อคิดเห็นส่วนตัวหรือการแปลความการบันทึกวิธีนี้ทำให้เห็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง

3) การบันทึกหรือบรรยายถึงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เป็นการจดบันทึกที่พยายามให้ความเข้าใจลำดับขั้นตอน ของพฤติกรรมที่กำลังเป็นอยู่และมีสิ่งใดเกิดขึ้นบ้าง

4) การวิเคราะห์เอกสาร ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ เช่น คู่มือ รายงานประจำปี เอกสารแสดงกฎระเบียบหรือนโยบาย เป็นต้น

5) การจดบันทึกอนุทินหรือจดหมายเหตุรายวันเป็นการบันทึก บุคคลที่ไม่จำเป็นต้องเป็นความลับส่วนตัว เป็นต้น

6) การจดบันทึกลงกระดาษแข็งเป็นรายเรื่อง เป็นการบันทึกเหมือนอนุทิน แต่เน้นเฉพาะเรื่องในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น จดบันทึก รายวัน วันละเรื่องลงกระดาษแข็งแต่ละแผ่นแยกกัน

7) การใช้เอกสารจากแฟ้มสะสมงานหรือแฟ้มรายงาน เช่น รายงานการประชุม ข่าวของทางราชการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังดำเนินการอยู่ บทความ หรือการวิเคราะห์ปัญหาทางการศึกษาของหนังสือพิมพ์ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง

8) การใช้แบบสอบถาม ศึกษาข้อมูลเชิงความคิดเห็นแบบปลายเปิดหรือแบบปลายปิดมีตัวเลือกให้ตอบ ให้ได้ข้อมูลที่เป็นรายละเอียดครบถ้วนเพียงพอที่ผู้วิจัยต้องกำหนดหัวข้อของเรื่องที่จะถามให้รัดกุมและครอบคลุม

9) การสัมภาษณ์ เทคนิคการสัมภาษณ์ทำให้ ได้คำถามได้ยืดหยุ่นกว่าการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ดำเนินการได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ แบบไม่วางแผน คือการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจ

จะพูดผู้สัมภาษณ์ใช้ คำถามอื่น ๆ ประกอบเพื่อให้ได้คำถามที่ชัดเจน เข้าประเด็น และแบบสุดท้ายคือ การสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถาม ที่ได้เตรียมการไว้แล้ว

10) การใช้สัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบดู ความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มนักเรียน โดยใช้คำถามว่าเขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ทำงานกับ ใคร

11) การใช้แบบตรวจสอบปฏิสัมพันธ์และแบบสำรวจรายการ เพื่อความสะดวกและเชื่อถือได้ในการสังเกตพฤติกรรม

12) การใช้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง ในการเรียนการสอนเป็นกลุ่มเล็ก หรือในการสนทนา ส่วนตัว

13) การใช้วีดิทัศน์ เพื่อให้เห็นกิจกรรมทั้งชั้นหรือ เลือkBบันทึกการประเด็นที่เด็กสนใจ จะมีประโยชน์มากในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์

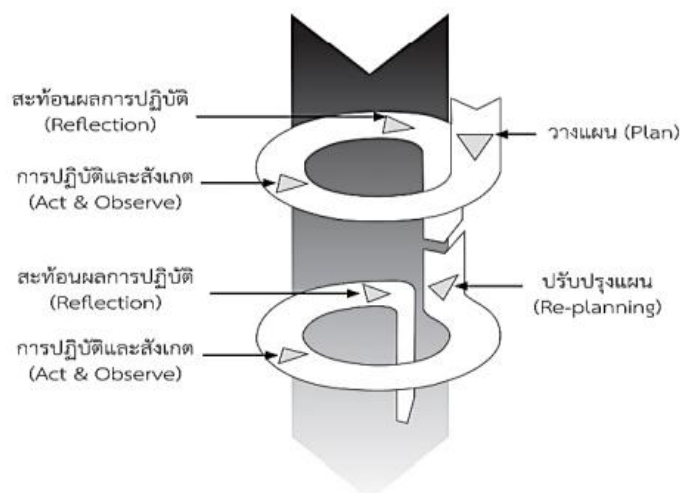
14) การใช้แบบทดสอบ ใช้แบบทดสอบเพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ ความรู้ วัดจุดเด่นจุดด้อย ในเนื้อหาวิชา เป็นต้น เป็นการรวบรวมข้อมูลทางด้าน ความสามารถทางสมองของผู้ที่ต้องการทดสอบ

ในขณะที่การวิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้ ต้องมีการสังเกตการณ์ควบคุมไปด้วย พร้อมจดบันทึกเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยสิ่งสังเกตคือ กระบวนการของการปฏิบัติ และผลของการปฏิบัติ การสังเกตนี้จะรวมถึงการรวบรวมผลการปฏิบัติที่เห็นด้วยตา การได้ฟัง การได้ใช้เครื่องมือ เซาว์ แบบทดสอบ เป็นต้น ซึ่งขณะที่การปฏิบัติการวิจัยกำลังดำเนินการไปควบคู่กับการสังเกตผลการปฏิบัติ ควรใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่เหมาะสมมาช่วยในการรวบรวมข้อมูลด้วย

4. การสะท้อนผล (Reflection)

เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึก จัดประชุมเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบ และวางแผนในการแก้ไขปัญหา

พหุบัณฑิต ชีวะ



ภาพประกอบ 3 วงจรของ Action research
ที่มา: Kemmis & McTaggart (1988)

2.5.2 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิชาการหลายคนได้อภิปรายถึงประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการให้แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าแบ่งเป็น 3 ประเภท (กิตติพร ปัญญาภิโยผล, 2551) ได้แก่

ประเภทที่ 1 กรวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค (Technical Action Research) โครงการที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคนั้น ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิบัติมุ่งโดยตรงไปที่ผลการวิจัยแต่ในขณะเดียวกัน ผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุง การวิจัยแบบนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมของการทำนายความรู้ ความสำคัญอยู่ที่การตรวจสอบความตรงและการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่ละเอียดมากขึ้น และให้ความสำคัญของการพิจารณาจากทฤษฎีนำไปสู่เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงาน พุดงายๆก็คือ นำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ (Practical Action Research) โครงการที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน ช่วยกันกำหนดปัญหา และเป็นสาเหตุให้เกิดการลองใช้วิธีการต่าง ๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การกำหนดปัญหาเกิดหลังจากการสนทนา ระหว่างผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานต่างก็เข้าใจกัน การวิจัยแบบ Practical Action Research คือ เข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (Mckerman, 1991 อ้างถึงใน กิตติพร ปัญญาภิโยผล, 2551) วิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ช่วยพัฒนาทางวิชาชีพ โดยเน้นที่การตัดสินใจ

ของผู้วิจัยเองที่มุ่งเพื่อให้เกิดกับงานของตนและผู้เกี่ยวข้อง วิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการปฏิบัติเป็นฐานนี้ เน้นหนักไปที่การดำเนินการกับกระบวนการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ และให้น้ำหนักน้อยกับปรัชญานักวิจัย แต่ละทีมมีอิสระในตัวเองในการกำหนดเรื่องที่ต้องการศึกษา นักวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกำหนดประเด็นที่ต้องการวิจัย ตัดสินใจเองว่าจะใช้เทคนิคอะไร ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และแปลความหมายของข้อมูล และพัฒนาแผนการปฏิบัติที่ขึ้นกับผลข้อค้นพบ

ประเภทที่ 3 วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การวิจัยประเภทนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธนาการทั้งปวงหรือส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระ โดยผู้ปฏิบัติทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึกมีวิจาร์ณญาณส่วนตนในตัวเองที่จะผลักดันที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายสำคัญ 2 ประการ ของวิธีการประเภทนี้ได้แก่ ประการแรกคือการทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (กับผู้ปฏิบัติงานในเฉพาะแห่งเฉพาะที่ กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหาประการที่สอง ซึ่งมีเป้าหมายเหนือกว่าวิจัย 2 ประเภทแรก คือ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดและสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้โดยใช้ความสามารถรู้คิดที่มีอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

สิ่งสำคัญประการหนึ่งของการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติคือ การจัดการกระบวนการของการทำความเข้าใจกับการนำทฤษฎีมาใช้และการทดสอบในลักษณะที่เฉพาะสิ่ง โดยใช้กระบวนการสะท้อนกับกลุ่มคนเฉพาะกลุ่มหนึ่งภายใต้ตัวผู้ร่วมปฏิบัติงานและตามด้วยสื่อสารเกี่ยวกับการรู้แจ้งเห็นจริงเป็นลำดับถัดไป

นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็คือ การจัดทำแผนเพื่อการปฏิบัติหลังจากกระบวนการทำความเข้าใจชัดในทฤษฎีแล้ว จากนั้นนำไปสู่การประยุกต์ใช้โดยการลงมือทำซึ่งจะทำให้เกิดการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ซึ่งอิสระจากข้อจำกัดหรือข้อขัดข้องทั้งปวงจากสิ่งแวดล้อม

ความแตกต่างของวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ประเภท ไม่ใช่อยู่ที่วิธีวิทยาการวิจัย แต่เป็นเรื่องของ ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) และทัศนคติของการมองโลกของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสาเหตุของความหลากหลายในการนำวิธีวิทยาการวิจัยไปใช้ ซึ่งความแตกต่างที่เด่นชัดตามที่ตั้งข้อสงสัยว่าเป็นเรื่องของอำนาจ กล่าวคือ วิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคผู้มีอำนาจควบคุม คือ ผู้วิจัยหลักที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ และผู้อำนวยความสะดวก ในขณะที่วิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ อำนาจเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มบุคคลที่เข้าร่วม เน้นไปที่แต่ละคนมีอำนาจในการลงมือกระทำ ส่วนอำนาจของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยเป็นอำนาจทั้งหมดภายในของทั้งกลุ่ม (Grundy, 1982 อ้างถึงในกิตติพร ปัญญาภิบาล, 2551)

2.5.3 เป้าหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) เพื่อพัฒนาบุคลากร การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการส่งเสริมให้ผู้ทำวิจัยได้ฝึกทักษะใหม่ๆ เช่น การคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเอง การจดบันทึก เป็นต้น ทำให้สามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น เป็นแนวทางส่งเสริม และพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

2) การพัฒนางาน โดยค้นหาปัญหา แสวงหาทางเลือก หรือวิธีการที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงานเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนางานอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ประเมินสิ่งที่ค้นพบจากการวิจัยนำไปปรับแผนแล้วลงมือทำ

2.5.4 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มจากการปรับปรุงงานของตนเป็นรายบุคคลแล้วขยายวงกว้างออกไปเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับรู้ และยังหากลักษณะปัญหาอย่างเดียวกันต้องได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนางานเหมือนกันก็ร่วมมือกัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ดังนั้น ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

1) ใช้งานที่ตนปฏิบัติอยู่ ลงมือดำเนินการด้วยสรรพวิธีเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขกระบวนการดำเนินการ โดยผ่านวงจรต่อเนื่องกันเป็นชุดเป็นวงจรเกลียวสว่าน วงจรหนึ่งประกอบด้วยวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต รวบรวมข้อมูล และสะท้อนผล ซึ่งวนอย่างเป็นระบบและปฏิบัติการอย่างมีวิจารณ์ญาณ

2) การปฏิบัติที่มีความสอดคล้องรองรับกันและมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อเนื่องกัน จนเกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้น

3) ลักษณะการตอบสนองทันเวลา ทันเหตุการณ์ในขณะปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

4) กิจกรรมทุกระยะสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานหรือผู้ร่วมงานรับรู้ เข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันแลกเปลี่ยนความเห็น วิพากษ์ วิจารณ์ถึงกระบวนการปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และพยายามให้การร่วมด้วยช่วยกันดำรงคงอยู่ เพราะเป็นการช่วยควบคุมกระบวนการของการปฏิบัติ ให้มีความเหมาะสมไปในตัวด้วย

โดยสรุป การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ศึกษาเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การศึกษานี้เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้แก่ขั้นที่ 1 ร่วมกันการวางแผน(Planning) ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observation) และ ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) ทำให้เกิด Action

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ปรากฏผลการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้

ศศิธร ดวนพล และพิทยา ศรีเมือง (2563) ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าใหญ่อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ (Adjusted Odds Ratio-AOR=3.16, 95% CI=1.61 ถึง 6.23, p -value= 0.001) สถานภาพสมรส (AOR=2.40, 95% CI=1.17 ถึง 4.92, p -value=0.016) ระยะเวลาการป่วยของโรค (AOR=2.30, 95% CI=1.19 ถึง 4.44, p -value=0.013) และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังด้านการจัดการความเครียด (AOR=2.28 95% CI=1.18 ถึง 4.40, p -value=0.014)

นิอิมรอน ดอเลาะ และคณะ (2563) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย 1) แผนภูมิขั้นตอนการใช้โปรแกรม 2) แผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ใน 4 ขั้นตอน ร่วมคิด/ร่วมตัดสินใจ/ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล) พร้อมแบบประเมินผลการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 3) คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต เมื่อทดลองใช้โปรแกรมพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง เนื้อหาสอดคล้องกับบริบทมุสลิม โดยเฉพาะคู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงที่นำหลักการทางศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้และสื่อสารด้วยภาษามลายู (อาหรับ) ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลหลัก/สมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทกล่าวชื่นชมประโยชน์ของคู่มือในด้านต่าง ๆ ดังเช่น เนื้อหาอ่านเข้าใจง่าย และนำไปใช้ดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และวริศรา ปันทองกลาง (2564) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความ

ต้นโลหิตสูงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 4) คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้

จันทร์จิรา สีสว่าง (2564) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่ไม่ได้มีการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนี้ 1) ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเอง 2) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา 3) ช่วยเหลือในการหาแหล่งทรัพยากรภายนอก 4) ช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียด 5) ช่วยเหลือให้มีการบูรณาการการดูแลตนเองสู่วิถีชีวิตประจำวันและมีส่วนร่วมกับเครือข่ายสังคม และ 6) ช่วยเหลือในการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงจะช่วยเกื้อหนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุและช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

กัญญา เกษรพิกุล และคณะ (2564) ศึกษารูปแบบการพัฒนาเพื่อเพิ่มพูนการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษา 1) สภาพการณ์ความร่วมมือของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ครอบครัว 4 ด้าน (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรึกษาสุขภาพ (2) ด้านจิตใจ ได้แก่ การหาวิธีแก้ไขปัญหา การปล่อยวางการผ่อนคลายความเครียด (3) ด้านสังคม ได้แก่ การร่วมกิจกรรมของครอบครัว และเพื่อนบ้าน (4) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การเข้าใจสัจธรรมชีวิต และนำมาประยุกต์ใช้ 2) รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ อธิบายความรู้โรคความดันโลหิตสูง บุคคลต้นแบบ การออกกำลังกายและเมนูสุขภาพ (2) ด้านจิตใจ ได้แก่ การบริหารจิตสวมนต์ การฝึกสมาธิ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด รวบรวมสัมพันธ์และคาราโอเกะร่วมใจ (3) ด้านสังคม ได้แก่ กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ตระหนักเรียนรู้สู่สุขภาพ และสายใยผูกพันครอบครัว (4) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ธรรมะสอนใจ

พัชราภรณ์ มีทรัพย์ (2564) ความซุกและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงราย

จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 259 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.09 อายุเฉลี่ย 68 ปี (+6.40) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.88 (กก./ม.2) (+4.06) ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 42.86 (95% CI 36.75-49.13) ปัจจัยที่ส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายได้แก่ ภาวะโรคไตเรื้อรัง (adjusted OR 3.13, 95% CI 0.99-9.92, p-value 0.05), ผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต (adjusted OR 2.38, 95% CI 1.03-5.49, p-value 0.04), รับประทานยาหลายชนิด (adjusted OR 1.23, 95% CI 1.00-1.51, p-value 0.05) และโรคไขมันในเลือดสูง (adjusted OR 0.48, 95% CI 0.24-0.96, p-value 0.04) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกือบครึ่งหนึ่งควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย โดยปัจจัยที่ส่งผล คือ ภาวะโรคไตเรื้อรัง ผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต รับประทานยาหลายชนิด และผู้ป่วยที่มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมกับรักษาด้วยยาลดไขมัน สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

วรรรัตน์ มากเทพพงษ์ และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลงานวิจัยพบประเด็นที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและรับประทานยารูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงเน้นประเด็นในเรื่องการรับประทานอาหารและการรับประทานยา การสื่อสาร การมีส่วนร่วมและการแสดงบทบาทของครอบครัว ได้แก่ บทบาทการช่วยดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ การสื่อสารภายในครอบครัว การตัดสินใจร่วมกัน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) อบรมเชิงปฏิบัติการสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ติดตามปัญหา อุปสรรคทางแอปพลิเคชันไลน์ หลังการนำรูปแบบบทบาทครอบครัวฯ ไปใช้พบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมระดับมาก (ร้อยละ 80.67)

วัชระ โอชะคลัง (2565) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในชุมชนคลองลัดนางแท่น ตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69.30 ปี (S.D.=5.3) มีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องการวัดความดันโลหิตสูงและรู้ว่าการรักษาจำเป็นต้องกินยาตามแพทย์สั่ง แต่ความรู้และทัศนคติที่ตอบถูกน้อยที่สุดขาดความรู้เรื่องอาการแทรกซ้อน ส่วนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.0 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความรู้และทัศนคติ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 55.0 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ (p -value = 0.010) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (p -value = 0.026)4) รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 1.71 (S.D.=0.43) โดยเฉพาะประเด็นการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว เช่น การซักชวนให้ออกกำลังกาย การเตรียมอาหารที่ลดเค็มลดโซเดียม และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การตรวจวัดระดับความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. การประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย กระตุ้นเตือนให้ไปรับการตรวจสุขภาพ และการให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง เป็นต้น

เรียบใจ พลเวียง และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง (2565) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) มีรูปแบบการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนส่งเสริมหลักการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์วิถีชีวิต เวชศาสตร์ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) เกิดภาคีเครือข่ายคณะกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับบริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า ค่า Systolic Blood Pressure ค่า Diastolic Blood Pressure ระดับความเครียดปานกลาง และระดับความเครียดสูง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ณัฐดนัย สดคมขำ (2565) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ($B=3.61, p < 0.01$) พฤติกรรมออกกำลังกาย ($B=1.081, p < 0.05$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($B=1.583, p < 0.05$) และพฤติกรรมการรับประทานยา ($B=4.577, p < 0.01$) มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยนี้สรุปว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการรับประทานยา มีอิทธิพลไปในทิศทางเดียวกันกับความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสามารถในการทำนายได้ ร้อยละ 82

อังศวีร์ จันทะโคตร และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า 1. ด้านสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูงไม่เพียงพอ ขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และมีความต้องการที่จะเรียนรู้การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2. กลวิธีในการพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) ส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 5) การสร้างสื่อการเรียนรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้ศิลปวัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน 3. ผลการดำเนินการกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวโดยรวมเหมาะสมขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 โดยภายหลังการพัฒนาทุกคนมีระดับความดันโลหิตลดลง และได้รูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน

อนัญญา คูอาริยะกุล และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ร้อยละ 7.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.076$, $Adj R^2=0.066$, $SEE=3.452$, $F=7.55$, $p<.05$) จากผลการวิจัยบุคลากรควรหากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคและการจัดการตนเองเพื่อลดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ภัสราวัลย์ ศัตติสาร และคณะ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วม ประวัติการดื่มสุรา และการที่มีบุคคลดูแลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

ภาคภูมิ อุณหเลขจิตร อุบลวรรณ (2566) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองช้างแล่น อำเภอยอด จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปฏิบัติประจำ 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

รายได้ ระยะเวลาการป่วย แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกัน และ 3) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิภา อินทนิล (2566) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของ ชุมชนตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ คือ BUAHUNG Model ได้แก่ 1) Build trust and collaborative culture: การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการร่วม วิเคราะห์ วางแผน และจัดให้มีรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม 2) Unity: มีนโยบายการขับเคลื่อนและ การดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน 3) Acceptable: ผู้ปฏิบัติยอมรับและเต็มใจ เข้าถึงส่งผลให้กลุ่ม เสี่ยงที่ทันสมัยโดยใช้เทคโนโลยีมาเชื่อมต่อ 6) การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง 4) Health: สุขภาพดี ไม่มี โรคภัย 5) Update: ปรับปรุงกระบวนการให้ทันสมัยโดยใช้เทคโนโลยีมาเชื่อมต่อ 6) Notice: การแจ้ง เตือน โดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือน และการให้การปรึกษา โดย 3 หมอ 7) Get thing done: ความสามัคคี ร่วมแรง ร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่เป้าหมายอันเดียวกัน มุ่งมั่นเพื่อสุขภาพดีของคนบัวหุ้ง จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความ รุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถแห่งตน ความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของการปฏิบัติตัว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงพบว่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แสงจันทร์ พลลาภ และประภัสสร ดลवास (2566) ศึกษาการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วม ร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผล การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01 และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อโรคได้ดีขึ้น

Barreto & Marcon (2014) ได้ศึกษามุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า 1) ครอบครัวในฐานะผู้สนับสนุนการรักษา ผู้ป่วยบางกลุ่มมองครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติตามการรักษา โดยครอบครัวจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ 2) ความรับผิดชอบและการควบคุมตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางกลุ่มรู้สึกถึงความรับผิดชอบในการควบคุมโรคด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัวมากนัก 3) สถานะตั้งเครียดและการขาดการสนับสนุน ผู้ป่วยบางกลุ่มเผชิญกับสถานะตั้งเครียดส่งผลต่อการดูแลตนเอง และบางกลุ่มไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากเท่าที่ต้องการ ดังนั้นผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางกลุ่มมองครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากนัก

Pengmark *et al.*, (2022) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามการใช้ยาในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า การใช้หลักการทางศาสนาอิสลามและแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุชาวมุสลิม และการออกแบบร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียช่วยตระหนักถึงความเชื่อของชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพโดยชุมชนเอง จากการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมบนพื้นฐานหลักคำสอนในศาสนาอิสลามช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมาใช้ในการดำเนินการศึกษา เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยส่งเสริมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การดูแลในเรื่องการรับประทานยา การดูแลจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัด สุราษฎร์ธานี โดยการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อศึกษา บริบทและสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชน 3) เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีรายละเอียด วิธีดำเนินการ ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของตำบลหน้าเมือง อำเภอ เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มองค์กร หรือชุมชนในการปฏิบัติการร่วมกันภายใต้บรรยากาศที่มีความเป็นอิสระและเสมอภาคทางความคิด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข ซึ่งการพัฒนา

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายใต้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกต (Observation) และ (4) การสะท้อนผล (Reflection)

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ

3.2.1.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ที่มีระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ซึ่งมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนหรือตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ขึ้นไป) ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 รักษาด้วยการรับประทานยา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 108 คน (ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง, 2567)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน 108 คน

ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรที่จะศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง รักษาด้วยการรับประทานยาและไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 3) สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้
- 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการศึกษาวิจัย
- 3) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ หรือขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ

3.2.1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเป็นสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความผูกพันกันทางสายโลหิต ตามกฎหมาย เศรษฐกิจและสังคมและมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ภรรยา สามี บิดา มารดา บุตร เป็นต้น จำนวน 108 คน (ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง, 2566)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน 108 คน

ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรที่จะศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นญาติผู้ป่วยโดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดและทางกฎหมาย เป็นญาติผู้ดูแลโดยตรง เช่น ภรรยา สามี บิดา มารดา บุตร เป็นต้น
- 2) เป็นญาติผู้ป่วยที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง มีอำนาจและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย
- 3) อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย
- 4) เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 5) สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้
- 6) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีโรคประจำตัวที่แสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ
- 2) ได้รับการรักษาทางด้านจิตเวชหรือมีความบกพร่องทางสมอง
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย เช่น ผู้ที่มีฐานะหรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องเดินทางไปทำงานนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

3.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) คือผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง จำนวน 3 คน
- 2) เจ้าหน้าที่เทศบาลนครเกาะสมุยรับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน

- 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหน้าเมือง จำนวน 5 คน
 - 4) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน จำนวน 10 คน
 - 5) คณะกรรมการชุมชนตำบลหน้าเมือง จำนวน 5 คน
- รวมทั้งสิ้น จำนวน 25 คน

ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรที่จะศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างน้อย 2 ปี
- 2) สามารถสื่อสารรับรู้รับฟังด้วยคำพูดและเสียงปกติ
- 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม
- 5) ไม่มีสภาพความพิการหรือทุพพลภาพ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ลาออกหรือโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน
- 3) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ หรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามสำหรับวิจัยเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์สำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.3.1.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแลหลักในบ้านที่ดูแลท่าน การเข้าถึงบริการ

สุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับน้ำหนัก ส่วนสูง และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ(ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง)

ประกอบด้วยคำถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณา คำตอบจาก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก 1 คะแนน

ตอบผิด 0 คะแนน

นำผลคะแนนความรู้มาจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งจะแบ่งระดับคะแนนโดยใช้ เกณฑ์ของ Bloom (1971) กล่าวคือ

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ (ทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง)

ประกอบด้วย คำถามทัศนคติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ข้อ ให้ผู้ตอบ พิจารณาคำตอบจาก 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์ในการตอบ ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

นำผลคะแนนทัศนคติมาจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยจะแบ่งระดับคะแนน โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Best (1977) มีการแบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

มีทัศนคติระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00

มีทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67

มีทัศนคติระดับรู้ต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ (พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง) เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัด มาตรฐานส่วนบอก ระดับค่าระยะเวลาปฏิบัติ (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน

นำค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยการวัดระดับคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ การปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Best (1977) มีการแบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับ

มีการดูแลตนเองระดับมาก	คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00
มีการดูแลตนเองระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67
มีการดูแลตนเองระดับรู้ต่ำ	คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม (การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน)

ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน ข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนบอกความเป็นจริง (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

แบ่งระดับคะแนนของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) กล่าวคือ

มีส่วนร่วมระดับมาก	คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00
มีส่วนร่วมระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67
มีส่วนร่วมระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ส่วนที่ 6 เป็นคำถามปลายเปิดประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและความต้องการในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ข้อ

3.3.1.2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องดูแล โรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันสูงที่ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ (ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง)

จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณาคำตอบจาก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์ในการตอบ ดังนี้ (วัชระ โอชะคลัง, 2565) เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก 1 คะแนน

ตอบผิด 0 คะแนน

นำผลคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งจะแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) กล่าวคือ

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ (ทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง)

จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณาคำตอบจาก 5 ตัวเลือก คือ เกณฑ์ในการตอบ ดังนี้ (วัชระ โอชะคลัง, 2565)

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

นำผลคะแนนทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยจะแบ่งระดับคะแนน โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Best (1977) มีการแบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

มีทัศนคติระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00

มีทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67

มีทัศนคติระดับรู้ต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

3.3.1.3 แบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ตำแหน่งในชุมชน/หน่วยงาน และระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล
สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จำนวน 6 ข้อ

3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

3.4.1 การสร้างเครื่องมือในงานวิจัย

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการ
ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อนำมา
สร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ตลอดจนขอคำชี้แนะจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

2. กำหนดขอบเขตของเนื้อหาในการทำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยอาศัย
หลักการทางวิชาการให้เกิดความถูกต้องและตรงตามเนื้อหาที่สุด

3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

4. นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ผู้ควบคุม
วิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อให้เกิดความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาที่ถูกต้องที่สุด

5. นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างซึ่ง
อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิปะน้อย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึง
กับกลุ่มตัวอย่าง

6. นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ทดลองใช้แล้ว มาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่
ใช้ในงานวิจัย

3.4.2 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

3.4.2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ถูกต้อง ความเหมาะสม
ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหา รูปแบบของการสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของ
คำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ
ในการศึกษานี้มี 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบว่าแต่ละข้อคำถามวัดได้ตรงตามที่ต้องการวัดหรือไม่
หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ และใช้สำนวนภาษาที่เหมาะสมและหาค่า
ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคุณลักษณะตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการวัด ดังนี้
สูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N} \quad \text{สมการที่ 1 (การคำนวณความตรงเชิงเนื้อหา)}$$

เมื่อ

IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยมีการกำหนดคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ดังนี้

+1 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือนิยามปฏิบัติ

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือนิยาม

ปฏิบัติการ

-1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือนิยามปฏิบัติการ

เกณฑ์การแปลความหมายมีดังนี้

ค่า $IOC \geq 0.50$ หมายความว่า คำถามตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ค่า $IOC \leq 0.50$ หมายความว่า คำถามไม่ตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการประเมินค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item

Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลพบว่า แบบสอบถาม ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.67-1.00

3.4.2.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 30 ชุด และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามก่อนปรับปรุงไปใช้ในกลุ่มประชากร โดยนำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยผลการทดสอบที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ถ้าความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงยอมรับว่ามีความเที่ยงที่เชื่อถือได้ (Bredart et al, 2005 อ้างถึงใน สุภัทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 109) ซึ่งหลังจากนำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยผล

การทดสอบที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 ด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.87

ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ด้านความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 2 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.80

นำแบบบันทึกที่ได้ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว จัดพิมพ์ฉบับสมบูรณ์และนำไปเก็บ ข้อมูลกับ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

1) ศึกษาบริบท สถานการณ์และปัญหาในพื้นที่ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากฐานข้อมูลของ รพ.สต.หน้าเมือง สสอ.เกาะสมุย และ สสจ.สุราษฎร์ธานี และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการพัฒนาระบบโดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 และ ชุดที่ 2

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3) การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) รายงานผลสรุปการ วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาสาเหตุ ความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบล หน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจัดทำแผนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

4) ได้แผนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชน และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3.5.2 ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

1) การดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้ จากขั้นที่ 1 ให้ครอบครัววัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1.การประกาศนโยบาย “คนหมุยร่วมใจห่างไกล NCDs” 2. โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย 3. กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน และ 4. กิจกรรม Smart We care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ

3.5.3 ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดตามร่วมสังเกตการณ์ในการดำเนินงาน ทั้งก่อนการดำเนินการ ระหว่างการ ดำเนินการ และหลังการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบล หน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้คำแนะนำโดยรายงาน และบันทึกผลทุกขั้นตอน

2) ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน ตามแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัด สุราษฎร์ธานี

3.5.4 ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผล

3.5.4.1 ประชุมสรุปรายงานสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัด สุราษฎร์ธานี

3.5.4.2 รายงานผลการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินการตามแผน การพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3.5.4.3 ประชุมถอดบทเรียน ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อสะท้อนการดำเนินงานการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.6.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถาม ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.6.1.1 จัดเตรียมเครื่องมือตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ตรงตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องกรอกแบบสอบถาม

3.6.1.2 ติดต่อประสานงานผู้ให้ข้อมูล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าแจกแบบสอบถาม

3.6.1.3 นำส่งหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอแจกแบบสอบถาม ดำเนินการแจกและรับกลับคืนด้วยตนเอง

3.6.1.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.6.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. จัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview Schedule) เพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 25 คน โดยผู้วิจัยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งนี้ผู้วิจัยทำหนังสือประสานกับผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาลงรหัสวิเคราะห์ข้อมูล

2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ได้แก่ ก่อนลงสนามเพื่อรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เริ่มต้นด้วยการนัดหมายวันเวลาที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เตรียมแบบสัมภาษณ์และศึกษาข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์เพื่อเตรียมการสัมภาษณ์ให้ได้คำตอบที่ตรงประเด็นตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ตลอดจนเตรียมเครื่องมือช่วยสัมภาษณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียงกล้องถ่ายรูป เพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์จากการสัมภาษณ์

3. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ได้แก่ ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสนทนาสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้สัมภาษณ์ โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ อธิบายเหตุ และขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงในขณะที่สัมภาษณ์ ขออนุญาตใช้กล้องถ่ายรูปเพื่อใช้อ้างอิงในการสัมภาษณ์ รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์และที่บันทึกเสียงไว้ผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษา เก็บข้อมูลจากผู้จัดรูปแบบบริการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้แบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

3.7.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การตีความหมายของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมาย โดยสรุปเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

3.7.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

3.7.2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชฌิมฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

3.7.2.2 สถิติที่ใช้สถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและเป็นไปตามเงื่อนไขด้านจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้จัดบริการสุขภาพ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องเป็นผู้ร่วมการวิจัยและร่วมทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายที่นำมาศึกษา โดย

กลุ่มเป้าหมายทุกรายจะได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มเป้าหมายในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ มีการเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อน ถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม และเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้มาจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย ในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อนเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้ใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 563-479/2567 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2567



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกต (Observation) และ (4) การสะท้อนผล (Reflection) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว กลุ่มองค์กรหรือชุมชนในการปฏิบัติการร่วมกันภายใต้บรรยากาศที่มีความเป็นอิสระและเสมอภาคทางความคิด เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) มาประยุกต์ใช้สำหรับการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และผู้จัดบริการสุขภาพหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
- 4.2 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
- 4.3 ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
- 4.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

4.1 ข้อมูลบริบทและสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

4.1.1 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง เปิดให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) โดยให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง ในวันอังคารสัปดาห์สุดท้ายของเดือน สำหรับ ปี 2566 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนไว้ทั้งหมดจำนวน 789 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 648 คน โรคเบาหวาน จำนวน 25 คน ผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 116 คน ในแต่ละเดือน มีการนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกประมาณ 100–120 คน/วัน โดยจะมีการนัดผู้ป่วยมาเป็นรอบทุก 3 เดือน เพื่อรับการประเมินอาการรับยา และให้คำปรึกษา

ระบบการดูแลผู้ป่วยแลภายในคลินิกโรคเรื้อรัง มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้ป่วยประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ตามขั้นตอนดังนี้ เมื่อผู้ป่วยมาถึงสถานบริการ ผู้ป่วยลงทะเบียนรับบัตรคิว โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากสมุดนัด ตรวจสอบข้อมูลการรับประทานยา และการนัดหมายครั้งก่อน หลังจากนั้นเป็นขั้นตอนการวัดสัญญาณชีพเบื้องต้น โดยเรียกชื่อตามลำดับคิว มีการวัดความดันโลหิต 1 ครั้ง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) วัดรอบเอว (Waist Circumference) วัดชีพจร (Pulse) กรณีที่ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตสูงว่ามากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ให้ผู้ป่วยนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ก่อนวัดความดันโลหิตซ้ำ กรณีที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยาก่อนมารับบริการ เจ้าหน้าที่จะจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและนั่งพัก 1 ชั่วโมงและวัดความดันโลหิตอีกครั้ง การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับการตรวจจากห้องปฏิบัติการ หรือรายที่แพทย์สั่ง มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ยาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารเค็ม การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (adherence) เช่น การลืมกินยา อาการข้างเคียง การปรับยาเอง คัดกรองภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง สอบถามอาการ เช่น เวียนศีรษะ ปวดหัว มองเห็นมัว มือเท้าชา แขนงหน้าอก เป็นต้น คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวายหรือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น การบันทึกผลการประเมินโดยเจ้าหน้าที่บันทึกผลลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย และบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม JHCIS) ในกรณีที่พบผู้ป่วยค่าความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ (>140/90 mmHg) หรือต่ำผิดปกติ จะมีการบันทึกเป็นกระดาษข้อความไว้ที่หน้าแฟ้มคนไข้เพื่อแจ้งให้แพทย์พิจารณาเป็นพิเศษ

การพบแพทย์ ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเกาะสมุย โดยแพทย์มีการปรับยาตามแผนการรักษา ระยะเวลาในการพบแพทย์แล้วแต่กรณี อย่างน้อย 5 นาทีต่อราย หากมีญาติมาพร้อมผู้ป่วยสามารถเข้ารับฟังผลของการรักษาได้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบสั้น ๆ เป็นรายบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความดันโลหิตเกินเกณฑ์ เพื่อสร้างความเข้าใจในการควบคุมโรค

การตรวจเลือดประจำปี มีการดำเนินการ 2 ครั้งต่อปี เพื่อประเมินค่าการทำงานของไต ระดับไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด และค่าอื่นๆ โดยได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรจากโรงพยาบาลเกาะสมุย มาอำนวยความสะดวกให้บริการตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ผู้ป่วยจะต้องมาพบแพทย์ในคลินิกโรคเรื้อรังในเดือนถัดไปเพื่อรับใบส่งตัวไปเจาะเลือดประจำปีที่โรงพยาบาลเกาะสมุย

ระบบการดูแลในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ โดยเจ้าหน้าที่จะส่งรายชื่อผู้ป่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อวัดความดันโลหิตและประเมินความเสี่ยงและมีการส่งข้อมูลมาให้เจ้าหน้าที่ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังตามนัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามมารับยาในวันต่อไป กรณีที่ผู้ป่วยติดบ้าน พิการทางการเคลื่อนไหว ไม่สามารถมารับบริการได้ มีการจัดทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการ วัดความดันโลหิต และให้ญาตินำข้อมูลผู้ป่วยมาพบแพทย์แทน

การคัดกรองสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหน้าเมืองร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง มีการจัดทำแผนงานโครงการเสนอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเกาะสมุย มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคัดกรองโรคในพื้นที่ เช่น กิจกรรม อสม. ชวนวิ่ง การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับ รพ.สต. โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง แม้จะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีระบบ สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงพบข้อจำกัดในบางด้าน โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับมาตรฐานการดูแลในพื้นที่เมืองหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้านเวชกรรมและพยาบาลวิชาชีพ การให้บริการมีความถี่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมารับบริการตามนัดเนื่องจากปัญหาต่างๆ เช่น ไม่สามารถเดินทางมาได้โดยลำพัง การให้สุขศึกษาเชิงลึกยังมีข้อจำกัดเนื่องจากเวลาที่จำกัดและจำนวนผู้ป่วยมาก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังมีโอกาสในการพัฒนาทั้งด้านทรัพยากร การบริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

4.1.2 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหน้าเมืองอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 108 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.40 ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 35.19 มีอายุเฉลี่ย 64.09 ปี อายุน้อยที่สุด คือ 46 ปี

อายุมากที่สุด คือ 85 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.48 รองมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 27.78 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.41 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 16.67 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.89 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 36.11 โดยมีรายได้เฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน มีรายได้น้อยที่สุด 2,000 บาทต่อเดือน และมีรายได้มากที่สุด 50,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 67.60 ผู้ดูแลหลักในบ้านส่วนใหญ่บุตรหลาน ร้อยละ 54.60 ส่วนมากเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย/สะดวก ร้อยละ 98.10 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 53.80 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7 ปี โดยมีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยที่สุด คือ 1 ปี และมีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 35 ปี ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	30.60
หญิง	75	69.40
อายุ (ปี)		
≤50	9	8.33
51-60	33	30.56
61-70	38	35.19
71 ขึ้นไป	28	25.92
Mean= 64.09 ปี S.D.= 9.76 Min=46 ปี Max= 85 ปี		
อาชีพ		
ว่างงาน	18	16.70
เกษตรกร	34	31.50
รับจ้างทั่วไป	30	27.80
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24	22.20
ข้าราชการบำนาญ	2	1.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	5.60
ประถมศึกษา	62	57.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	10.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	18	16.70
ปวส./อนุปริญญา	5	4.60
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	5.60

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	6	5.60
สมรส	69	63.90
หม้าย	29	26.90
หย่า/แยก	4	3.70
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤ 5,0001	39	36.11
5,0001-10,000	39	36.11
10,001-15,000	33	30.56
15,001-20,000	19	17.59
20,001-30,000	3	2.78
30,001 ขึ้นไป	4	3.70
Median=12,000 Min=2,000 บาท Max= 50,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	73	67.60
ไม่เพียงพอ	35	32.40
ผู้ดูแลหลักในบ้านที่ดูแลท่าน		
ไม่มีผู้ดูแล	2	1.90
ภรรยา/สามี	39	36.10
บุตรหลาน	59	54.60
ญาติ	8	7.40
การเข้าถึงบริการสุขภาพ		
เข้าถึงง่าย/สะดวก	106	98.10
เข้าถึงยาก/ไปลำบาก	2	1.90
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	107	100
มี	0	0.00
ระยะเวลาป่วยเป็นความดันโลหิตสูง (ปี)		
≤5	58	53.80
6-10	39	36.20

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
>10 ปีขึ้นไป	11	10.00
Mean= 7 ปี S.D.= 5.35 Min= 1ปี Max= 35 ปี		

4.1.3 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง พบว่า จำนวน 108 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.11 ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 34.26 มีอายุเฉลี่ย 39.58 ปีอายุน้อยที่สุด คือ 27 ปี อายุมากที่สุด คือ 72 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.19 รองมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.55 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 34.26 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 29.63 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.25 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 40.74 โดยมีรายได้เฉลี่ย 14,825 บาทต่อเดือน มีรายได้น้อยที่สุด 4,000 บาทต่อเดือน และมีรายได้มากที่สุด 50,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 77.78 โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องดูแล 1 คน ร้อยละ 51.85 ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.22 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องดูแล โดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 37.97 รองลงมา เป็นหลาน ร้อยละ 30.55 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	38.89
หญิง	66	61.11
อายุ (ปี)		
≤30	5	4.63
31-40	37	34.26
41-50	34	31.48
51 ขึ้นไป	32	29.63
Mean= 39.58 ปี S.D.= 8.52 Min=27 ปี Max= 72 ปี		

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	6	5.56
เกษตรกรรม	38	35.19
รับจ้างทั่วไป	33	30.55
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	27	25.00
ข้าราชการบำนาญ	4	3.70
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	2.78
ประถมศึกษา	14	12.96
มัธยมศึกษาตอนต้น	32	29.63
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	37	34.26
ปวส./อนุปริญญา	14	12.96
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	7.41
สถานภาพสมรส		
โสด	20	18.52
สมรส	64	59.25
หม้าย	18	16.67
หย่า/แยก	6	5.56
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤5,000	5	4.63
5,0001-10,000	32	29.63
10,001-15,000	44	40.74
15,001-20,000	19	17.59
20,001-30,000	5	4.63
30,001 ขึ้นไป	3	2.78
Median= 18,000 Min=4,000 บาท Max= 50,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	84	77.78
ไม่เพียงพอ	24	22.22

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านต้องดูแล (คน)		
1	56	51.85
2	47	43.52
3	4	3.70
4 คน ขึ้นไป	1	0.93
โรคประจำตัว		
ไม่มี	105	97.22
มี	3	2.78
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านต้องดูแล		
ลูก	41	37.97
หลาน	33	30.55
สามี หรือ ภรรยา	29	26.85
ญาติ	5	4.63

4.2 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และ 4) ขั้นตอน การสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

4.2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง เจ้าหน้าที่เทศบาลนครเกาะสมุยรับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหน้าเมือง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน และคณะกรรมการชุมชนตำบลหน้าเมือง เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์การดำเนินงาน ระบุปัญหา ข้อดี ข้อเสีย ของระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ตลอดจนร่วมวางแผน ออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงโดยให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่เกณฑ์ปกติได้

การดำเนินการในขั้นตอนนี้ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดประชุมวางแผนการเก็บข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย เพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัญหาความต้องการของชุมชน ระดมความคิดเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ขั้นตอนที่ต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อมูลระบบบริการ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากการสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง ปี พ.ศ. 2566 พบว่าประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 648 คน คิดเป็นร้อยละ 19.45 ของประชากรทั้งหมด และร้อยละ 60.20 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการประชุมทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ได้มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ถึงปัญหา สถานการณ์การบริหารจัดการและสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ วิเคราะห์โดยใช้แผนภูมิแก๊งปลา (Fishbone Diagram) พบว่ามีสาเหตุดังนี้

1. ระบบบริการ ขาดการทำงานเป็นทีม ขาดการวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีบริการให้สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ขั้นตอนการรับบริการไม่มีรูปแบบชัดเจนมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดการบูรณาการทำงานกับภาคีเครือข่ายอื่น ไม่มีการทำงานเชิงรุกในการให้บริการในชุมชน มีการตั้งรับบริการเฉพาะที่ รพ.สต.เท่านั้น ไม่มีการส่งต่อข้อมูลจากรพ.สต. ไปสู่ครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วย ทำให้ขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง

2. นโยบาย/ระบบสุขภาพ ตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงทุกปีและการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ล่าช้า ไม่ชัดเจน ไม่ได้มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านบุคลากร บุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ภาระงานมากเกินไป การให้สุขศึกษาไม่สามารถทำได้อย่างครบถ้วนและทั่วถึง ขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4. ด้านผู้รับบริการ ความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หยุดรับประทานยาเอง เข้าใจว่าไม่รับประทานยาก็สามารถทำงานได้ปกติ ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลานหรือญาติ ไม่มาติดตามรับฟังเมื่อแพทย์ให้

คำแนะนำ ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ไม่สามารถลดอาหารรสหวาน มัน เค็ม ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีภาวะความเครียดจากโรคที่ป่วย จากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง เครียดจากการขาดการเอาใจใส่จากลูกหลาน และภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว

5. ด้านทรัพยากร ในชุมชนมีเครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอ ขาดการดูแล และไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทุกปี ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการและเมื่อมีอาการก็ไม่สามารถประเมินตนเองเบื้องต้นได้

6. ด้านงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณยังใช้ระบบการจัดสรรต่อหัวประชากรของแต่ละพื้นที่งบประมาณไม่ได้ตามเป้าหมาย มีข้อจำกัดในการเบิกจ่าย มีกฎระเบียบและขั้นตอนยุ่งยากทำให้เกิดความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณมาดำเนินการ

กิจกรรมที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ของผู้จัดบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลหน้าเมือง จำนวน 25 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน จำนวน 10 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้วิเคราะห์สถานการณ์ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา มีการดำเนินกิจกรรมการสัมภาษณ์เชิงลึกภายใน 3 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 26 กันยายน 2567 โดยใช้สถานที่หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง และการสัมภาษณ์เชิงลึกครั้งนี้ผู้วิจัยได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน เข้าร่วมสังเกต พร้อมจดบันทึก และถ่ายภาพในการสนทนาครั้งนี้ โดยการสื่อสารด้วยภาษากลางและภาษาใต้ เพื่อให้สื่อความหมายชัดเจน ในการดำเนินงานนั้นผลการวิเคราะห์จากการสนทากลุ่มมีผลการศึกษาดังนี้

สาเหตุหลักที่ทำให้คนในชุมชนตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อันดับแรกคือ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มเป็นหลัก ในมื้ออาหารส่วนใหญ่จะต้องมีน้ำปลาไว้สำหรับเติม โดยจะมีการเตรียมน้ำปลาผสมกับพริกขี้หนูซอย หอมแดง และมะนาวบรรจุในภาชนะถ้วยเล็กๆที่มีฝาปิดวางไว้บนโต๊ะอาหารเสมอ มีน้ำพริกกะปิเป็นอาหารหลักในแต่ละมื้อไว้รับประทานกับผักสด ซึ่งกะปิที่ใช้ในการทำน้ำพริกจะทำมาจากกุ้งฝอยหมักกับเกลือซึ่งจะมีรสชาติเค็มและเป็นอาหารที่มีโซเดียมสูง คนในชุมชนมีการถนอมอาหารโดยการนำปลาไปหมักกับเกลือ เพื่อทำเป็นปลาเค็มตากแห้ง ปลาพูหอม ปลาอินทรี

หอม แกงไตปลาก็เป็นอาหารที่คนในชุมชนรับประทานบ่อย มีรสชาติเค็มและมีโซเดียมสูงเช่นกัน นอกจากนี้คนในชุมชนชอบรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิเป็นหลัก เช่น แกงกะทิปลา ต้มกะทิปลาหมึก ขนมหวานต่างๆ ส่วนใหญ่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น กาละแมร์ ซึ่งขนมขึ้นชื่อของอำเภอเกาะสมุย ในปัจจุบันพบว่าคนในชุมชนรับประทานอาหารจังก์ฟู้ดมากขึ้นซึ่งได้รับอิทธิพลจากชาวตะวันตก และนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามา อาหารเหล่านี้หาซื้อได้ง่ายและเลือกรับประทานได้สะดวกยิ่งขึ้น อาหารที่นิยมรองลงมาคือหมูกระทะ ชาบู เป็นอาหารที่มีการเตรียมเนื้อต่างๆ หมักกับผงปรุงรสที่มีโซเดียมสูง บางท่านนิยมนำหมูสามชั้นแทนหมูหมัก สาเหตุอันดับที่สองที่ทำให้คนในชุมชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงคือ การขาดการออกกำลังกาย คนในชุมชนมีความเชื่อว่าทำงานเหนื่อย มีเหงื่อออก เปรียบเสมือนได้มีการออกกำลังกายและเพียงพอแล้ว ซึ่งการไม่เคลื่อนไหวร่างกายอย่างเพียงพอส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานได้ไม่ดี ส่งผลให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด สาเหตุต่อมาคือการพักผ่อนไม่เพียงพอ และการมีความเครียด เนื่องจากเกาะสมุยเป็นเมืองท่องเที่ยวต้องทำงานแข่งกับเวลา มีการแข่งขันทางธุรกิจสูง จะช่วงเวลาที่นักท่องเที่ยวเข้ามาเยอะ คนในชุมชนทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้มีรายได้จำนวนมากเข้ามาในครอบครัว ทำให้ขาดการพักผ่อน เกิดความเร่งรีบและมีภาวะความเครียดจากการทำงาน พันธุกรรมและอายุก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมากกว่าวัยหนุ่มสาวและมีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง

“ทุกคนในบ้านชอบกินเค็ม ต้องมีน้ำปลาพริก ซอสถั่วเหลือง เอาไว้เติมเวลากินข้าว เหมือนเวลาเรากินแกงส้มหน่อไม้ดอง ถ้าได้กินกับน้ำปลาพริกจะยิ่งอร่อย แกงไตปลาเราก็ชอบกิน แกงแล้วจะออกรสชาติเค็มหืดๆถึงจะอร่อย ” (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน คนที่ 3)

“ในเกาะสมุยทุกอย่างเป็นเงินเป็นทองหมด ต้องเขย่งตีนไปทำงาน ที่บ้านมีภาระต้องเลี้ยงดูคนแก่ เลี้ยงลูกที่กำลังเรียนหนังสือ 2 คน บางช่วงหมุนเงินไม่ทัน เครียด นอนไม่หลับ ” (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน คนที่ 6)

“จากการตรวจคนไข้ที่มาใช้บริการพบว่าผู้ป่วยมีภาวะความเครียดจากการทำงานเพื่อที่จะหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว ทำให้คิดมาก ปวดหัวบ่อย นอนไม่ค่อยหลับ เมื่อมาวัดความดันโลหิตพบว่าระดับความดันโลหิตสูงขึ้น” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1)

แนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีแกนนำชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหน้าเมือง ได้มีการเขียนแผนงานโครงการเพื่อเสนอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย งบประมาณที่ได้มานำไปใช้ในการซื้ออุปกรณ์ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จัดทำเอกสารคู่มือความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส หลังจาก

ได้งบประมาณมาแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการลงพื้นที่เพื่อคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบของตน และให้ความรู้ในการป้องกันตนเอง กรณีที่พบกลุ่มเสี่ยงสูงก็จะส่งต่อไปพบเจ้าหน้าที่ รพ.สต.หน้าเมือง ในส่วนของคณะกรรมการชุมชนก็ได้มีการเขียนงบประมาณโครงการออกกกำลังกาย เพื่อจัดกิจกรรมการออกกกำลังกายในพื้นที่

“ทางกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย ก็สนับสนุนงบประมาณให้กับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการชุมชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก็จะใช้งบประมาณในการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งเต้านม เป็นต้น ชุมชนก็ใช้งบประมาณในส่วนของกิจกรรมการออกกกำลังกาย และการส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ”(เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น1)

รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ป่วยได้รับการดูแลภายใต้การรับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะได้รับการจัดทำแผนการรักษาเฉพาะบุคคล รวมถึงการใช้อายุลดความดันโลหิตตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines) คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง มีการให้บริการเชิงรับใน รพ.สต.เท่านั้น จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลเกาะสมุย มาตรวจสุขภาพผู้ป่วยทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยผิคนัดในเดือนนั้นก็จะต้องมาพบแพทย์ในเดือนถัดไป ในคลินิกโรคเรื้อรังยังไม่มี การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg แพทย์จะพิจารณาเรื่องการปรับยาพร้อมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นรายๆไปให้คำแนะนำเบื้องต้นในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ได้มีการพูดคุยกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมืองให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ติดตามอาการและวัดความดันโลหิต อาทิตย์ละ 1 ครั้ง หากพบอาการผิดปกติให้แจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อปรึกษาแพทย์ต่อไป มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้ผู้ป่วยปีละ 2 ครั้ง หากผู้ป่วยที่ผิคนัดก็จะต้องมารับใบส่งตัวไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาลเกาะสมุย มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีความซับซ้อน โดยต้องมาพบแพทย์เพื่อเขียนใบส่งตัวไปยังโรงพยาบาลเกาะสมุย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน ครอบครัว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีน้อย ไม่ได้มีการวางแผนงานโครงการการร่วมกันในการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

กิจกรรมที่ 3 วางแผนการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 3.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน

จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 คน เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มมาสรุปแผนงานโครงการ และกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยจัดกิจกรรมเมื่อ วันที่ 30 กันยายน 2567 โดยใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง ผู้วิจัยได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน เข้าร่วมสังเกต พร้อมจดบันทึก และถ่ายภาพในการสนทนากลุ่มครั้งนี้

ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อการสร้างความสัมพันธ์ให้ผู้เข้าร่วมประชุมไม่รู้สึกกังวลหรือเกรงกลัวในการร่วมแสดงความคิดเห็น เป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมรู้สึกเท่าเทียมกัน กล่าวคือกล้าแสดงออก และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และสร้างรูปแบบการดำเนินงานแบบใหม่ ตามทฤษฎีตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (Community Resources and Policies) 2.การจัดระบบองค์กรสุขภาพ (Health Care Organization) 3.การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-Management Support) 4.การออกแบบระบบบริการสุขภาพ (Delivery System) 5.การสนับสนุนการตัดสินใจ (Self-Management Support) 6.ระบบข้อมูลสุขภาพ (Clinical Information Systems) โดยมีขั้นตอนในการทำกิจกรรมตามลำดับดังนี้

1) กล่าวต้อนรับและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยมากขึ้น โดยทุกคนมีการแนะนำตนเองต่อสมาชิกคนอื่น และกล่าวทักทายแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมสนทนา

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอบเขตของการสนทนากลุ่มครั้งนี้เพื่อให้ทุกคนได้เข้าใจตรงกัน ไปในทิศทางเดียวกัน และแจ้งเรื่องการบันทึกเสียง บันทึกรูปภาพ และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมสนทนา

3) สร้างกฎเกณฑ์และข้อตกลงในการสนทนาร่วมกัน เพื่อให้กิจกรรมดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและราบรื่น โดยผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เสนอข้อตกลงและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกรวบรวมเป็นกฎกติกาในการประชุม มีเหตุผลและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น มีความสุภาพ จริงใจ ยืดหยุ่น เคารพในผู้ร่วมสนทนา

4) ผู้วิจัยสร้างการมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกัน โดยการใช้กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม ใช้คำถามที่เตรียมไว้เริ่มต้นการสนทนา วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์การดำเนินงานการดูแลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เปิดโอกาสให้ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและสาเหตุของปัญหา สร้างความคาดหวังและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการสนทนา สรุปรายละเอียดดังนี้

ตาราง 5 แสดงการบันทึกผลการประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามทฤษฎีตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM)

องค์ประกอบ	การดำเนินงานในปัจจุบัน	ความคาดหวัง	กิจกรรมที่สนับสนุนความสำเร็จ	ผลสำเร็จ
1. ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน	- การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทุกปี การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน - มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซับซ้อนในการจัดทำเอกสารของงบประมาณในการดำเนินงาน - อุปกรณ์ไม่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	- มีนโยบายที่ชัดเจนและมีเครือข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงาน - มีการจัดทำขั้นตอนในการเบิกเงินงบประมาณที่รัดกุม และมีการอำนวยความสะดวกให้เจ้าหน้าที่ในการของบประมาณ	- ประกาศนโยบายในการขับเคลื่อนที่ชัดเจน - มีการสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่องในการดำเนินงาน (บุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์)	- มีนโยบายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน - มีแผนงานกิจกรรม/โครงการในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
2. การจัดระบบองค์กรสุขภาพ	- ขาดการทำงานเป็นทีม และขาดการบูรณาการทำงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน	- มีคณะกรรมการในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการติดตามประเมินผลการทำงาน	- แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	- มีคำสั่งแต่งตั้งที่ชัดเจน และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย

ตาราง 5 แสดงการบันทึกผลการประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามทฤษฎีตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) (ต่อ)

องค์ประกอบ	การดำเนินงานในปัจจุบัน	ความคาดหวัง	กิจกรรมที่สนับสนุนความสำเร็จ	ผลสำเร็จ
3.การสนับสนุนการดูแลตนเอง	-ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น หยุดรับประทานยาเอง รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น -สมาชิกในครอบครัวไม่ได้ดูแลผู้ป่วย หรือดูแลได้เพียงเล็กน้อย และยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	-มีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-โครงการลดโซเดียม ลดโรค -บริโภคผักปลอดภัย -ใส่ใจการออกกำลังกาย	-มีกิจกรรมโครงการที่ชัดเจน

ตาราง 5 แสดงการบันทึกผลการประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามทฤษฎีตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) (ต่อ)

องค์ประกอบ	การดำเนินงานในปัจจุบัน	ความคาดหวัง	กิจกรรมที่สนับสนุนความสำเร็จ	ผลสำเร็จ
4.การออกแบบระบบบริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> -คลินิกโรคเรื้อรังให้บริการผู้ป่วยเดือนๆละ 1 ครั้ง เวลา 06.30 น.-12.00 น. -ไม่มีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ -แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยโรคและตัดสินใจในการปรับยาให้ผู้ป่วย -มี อสม.ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท เดือนละ 1 ครั้ง -ไม่มีการให้บริการเชิงรุกในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> -ปรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง เดือนละ 2 ครั้ง -มีการสนับสนุนทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล -การให้บริการเชิงรุกในชุมชน -การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านการติดตามผู้ป่วยในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> -กิจกรรม คลินิกความดันโลหิตสูง -พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้าน พัฒนาทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team plus -การจัดตั้ง Mini Health station check 	<ul style="list-style-type: none"> -มีขั้นตอนการให้บริการในคลินิกที่ชัดเจน -มีกิจกรรมโครงการที่ชัดเจน

ตาราง 5 แสดงการบันทึกผลการประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามทฤษฎีตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) (ต่อ)

องค์ประกอบ	การดำเนินงานในปัจจุบัน	ความคาดหวัง	กิจกรรมที่สนับสนุนความสำเร็จ	ผลสำเร็จ
5.การสนับสนุนการตัดสินใจ	-ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง	-แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย และครอบครัว ได้มีการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกัน -มีแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่ชัดเจน	-คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สมุดคู่มือพิชิตความดันโลหิต) -ใบแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-มีคู่มือ -มี CPG ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
6.ระบบข้อมูลสุขภาพ	-มีข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนไม่เป็นปัจจุบัน เช่น เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ เป็นต้น -ไม่มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่	-ลงข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่ชัดเจน และมีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน -มีช่องทางในการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ป่วย และญาติ	- Smart We Care ประกอบด้วย 1. การสร้างไลน์กลุ่มความดันดี 2.การปิดกั้นบ้านคนไข้ และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็นฐานในระบบ ออนไลน์ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลได้ทันที 3. การพัฒนาระบบการเตือนการกินยาแจ้งเตือนในระบบ LINE Official Account	-มีทะเบียนผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วน และเข้าถึงได้ -ฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบออนไลน์ -มีระบบการแจ้งเตือนการกินยา

5) สร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในแต่ละคน ช่วยกันกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ทุกคนร่วมกันกำหนดไว้ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ผลจากการสนทนากลุ่มครั้งนี้นำมาสรุปรวมได้ดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. สรุปแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามแผนการดำเนินงาน มีจำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การประกาศนโยบาย “คนหมุยร่วมใจห่างไกล NCDs”

2.2 โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย

2.3 กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการบริการเชิงรุกในชุมชน

- คลินิก HT สุขใจ

- Mini Health station check (สถานีสุขภาพ)

- พัฒนา Family Care Team plus พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้านและลงพื้นที่

เยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน

2.4 กิจกรรม Smart We care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3.2 จัดทำแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ได้มีการการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและโครงการจะดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และได้มีการเขียนสรุปเป็นแผนปฏิบัติการดำเนินงาน โดยมีการระบุ วัตถุประสงค์ เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะเวลาการดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบในโครงการหรือกิจกรรม เสนอต่อกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อใช้เป็นแผนปฏิบัติการที่จะนำไปดำเนินการต่อไปดังตาราง 6

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ตาราง 6 แผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

แผนงาน โครงการ	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
1.การประกาศ นโยบายสุขภาพ “คนหมุยร่วมใจ ห่างไกล NCDs”	1.กำหนดแนวทางการ ทำงานที่ชัดเจน เพื่อให้ทุกหน่วยงาน เข้าใจทิศทาง วิธีการ และขอบเขตการ ดำเนินงานที่สอดคล้อง กับเป้าหมายของ องค์กร 2.สร้างความเข้าใจ และความร่วมมือ และปฏิบัติงานไปใน แนวทางเดียวกัน 3. เพื่อให้การกำกับ ควบคุม และ ประเมินผลได้ง่าย 4. ลดความขัดแย้ง และข้อผิดพลาดใน การทำงาน	ต.ค.67	1.การดำเนินงานมี มาตรฐานเดียวกัน 2.เพิ่มประสิทธิภาพ และความรวดเร็วใน การทำงาน 3.การสร้าง ความ เชื่อมั่นให้กับบุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย	รพ.สต./ ชุมชน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 6 แผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

แผนงาน โครงการ	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
2.โครงการลด โซเดียม ลดโรค บริโภคผัก ปลอดภัย ใส่ใจ การออกกำลังกาย	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลมีความรู้ที่ ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง</p> <p>2. เพื่อสร้างทักษะใน การวัดความดันโลหิต ด้วยตนเอง การเลือก อาหารที่เหมาะสม เรียนรู้การใช้จ่ายให้ ถูกต้อง</p> <p>3. เพื่อส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ กระตุ้นให้ ผู้ป่วยลดปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม</p> <p>4. เพื่อสร้างความเข้าใจ ในบทบาทของ ครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>5. เพื่อส่งเสริมความ ร่วมมือระหว่าง บุคลากรทาง การแพทย์ ผู้ป่วยและ ผู้ดูแล</p>	<p>ต.ค.67- ธ.ค.67</p>	<p>1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมี ความรู้และสามารถ ดูแลสุขภาพได้อย่าง ถูกต้อง</p> <p>2. ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถวัดความดัน โลหิตและบันทึกค่า ได้ถูกต้อง</p> <p>3. ผู้ป่วยปฏิบัติตาม แผนการรักษาและมี การปรับพฤติกรรม สุขภาพดีขึ้น</p> <p>4. สร้างสัมพันธ์ภาพ ที่ดีระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลในการวาง แผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกัน</p>	รพ.สต.

ตาราง 6 แผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

แผนงาน โครงการ	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
3.การพัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน				
3.1 คลินิก HT สุขใจ	1.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง บริการสุขภาพ มากยิ่งขึ้น 2.เพื่อให้ผู้ป่วยมี ความรู้และสามารถ ดูแลตนเองได้ถูกต้อง 3.เพื่อให้ผู้ป่วยมี เครือข่ายในการ ดูแลสุขภาพ	ต.ค.67- ธ.ค.67	1.ผู้ป่วยได้พบแพทย์ ตามนัด 2.ผู้ป่วยได้รับความรู้ และได้มีการ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่าง รพพบแพทย์ 3.ผู้ป่วยสามารถ ตัดสินใจและวาง แผนการดูแลตนเอง ได้	รพ.สต.

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 6 แผนการดำเนินงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

แผนงาน โครงการ	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
3.การพัฒนาาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน				
3.2 จัดตั้ง Mini Health station check	1.เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการสุขภาพของ ผู้ป่วยและประชาชน 2.เพื่อสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการตรวจ สุขภาพเบื้องต้น 3.เพื่อเป็นศูนย์ ประสานงานระหว่าง รพ.สต.และชุมชน ใน การดูแลสุขภาพ 4.เพื่อลดภาระการ เดินทางไป รพ.สต.หรือ โรงพยาบาลหลัก 5.ส่งเสริมการมีส่วน ร่วมของชุมชนในการ ดูแลสุขภาพ	ต.ค.67- ธ.ค.67	1.ผู้ป่วยและ ประชาชนเข้าถึง บริการสุขภาพมาก ขึ้น สามารถ 2.ประชาชนมีความ เข้าใจและสามารถ ตรวจเช็คสุขภาพ เบื้องต้นได้ด้วย ตนเอง 3.มีการเชื่อมโยง ข้อมูลจาก รพ.สต. สู่ชุมชน 4.มีระบบการส่งต่อ ผู้ป่วย 5.ชุมชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพประชาชน	รพ.สต./ ชุมชน

ตาราง 6 แผนการดำเนินงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

แผนงาน โครงการ	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
3.การพัฒนาาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน				
3.3.พัฒนาทีม Family Care Team plus ใน การเยี่ยม ติดตามผู้ป่วยที่ บ้าน	1.เพื่อประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยง ของโรคความดัน โลหิตสูง 2.เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกำลังใจให้ผู้ป่วย ในการดูแลรักษา ตนเอง 3.เพิ่มความต่อเนื่อง ในการดูแลสุขภาพ 4.เสริมสร้างความ เข้มแข็งของครอบครัว และชุมชน 5.สร้างระบบ เครือข่ายการดูแล สุขภาพในชุมชน 6. เพื่อให้ทีมเยี่ยม บ้านมีความรู้และ ทักษะเข้าใจวิธีการ จัดการโรคความดัน โลหิตสูง รวมถึงทักษะ การใช้อุปกรณ์ทาง การแพทย์	ต.ค.67- ธ.ค.67	1.ผู้ป่วยได้รับการ ติดตามสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น 2.ผู้ป่วยไม่มี ภาวะแทรกซ้อนและ สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ 3.มีเครือข่ายในการ ดูแลสุขภาพในชุมชน 4.ผู้ป่วยมีแรงจูงใจใน การดูแลสุขภาพ 5.ชุมชนและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพประชาชน 6.ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ และสนับสนุนการ พัฒนานโยบายสุขภาพ	รพ.สต./ ชุมชน

ตาราง 6 แผนการดำเนินงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

แผนงาน โครงการ	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
4. กิจกรรม Smart We care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ	1. เพื่อใช้เทคโนโลยีในการ สื่อสารกับผู้ป่วย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึง บริการสุขภาพมากขึ้น 3. เพื่อให้มีข้อมูลในระบบ สามารถค้นหาและเข้าถึง ได้ง่าย 4. เพื่อให้มีการปรับปรุง ข้อมูลผู้ป่วยให้เป็น ปัจจุบัน	ต.ค.67- ธ.ค.67	1. ผู้ป่วยมีระบบการ สื่อสารที่ทันสมัย เข้าถึงบริการได้ สะดวกขึ้น 2. ครอบครัวและ ชุมชนมีข้อมูลในการ ดูแลผู้ป่วยและ สามารถดูออนไลน์ได้ สะดวก 3. มีทะเบียนผู้ป่วยที่ ถูกต้อง ครบถ้วน	รพ.สต./รพ.

4.2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามรูปแบบใหม่ที่ได้มีการกำหนดขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้อง
กับปัญหาและบริบทของชุมชนมากขึ้น ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมในสถานบริการและในชุมชนดังนี้

4.2.2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย
ทีมบริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคประชาชน โดยมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนการ
ดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงของตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยเน้น
การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายครอบครัวและชุมชน
มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน ซึ่งแบ่งคณะทำงานเป็น 4 ทีม คือ คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการ
ดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิก คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และคณะกรรมการ
ติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน มีการมอบหมายบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการอำนวยการ

คณะกรรมการอำนวยการ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางและสนับสนุนการจัดการโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อลดผลกระทบของโรคต่อสุขภาพประชาชน โดยมีหน้าที่ดังนี้

1.1 กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน วางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกำหนดเป้าหมายเพื่อลดอัตราการป่วยและตายจากโรคความดันโลหิตสูง กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เช่น แนวทางการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษา

1.2 การส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรค ดำเนินกิจกรรมสร้างความตระหนักและความรู้ในชุมชนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารเค็ม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการสูบบุหรี่ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การควบคุมน้ำหนัก และการลดการบริโภคโซเดียม

1.3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางหรือหน่วยบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วย ได้อย่างต่อเนื่อง

1.4 การกำกับติดตามและประเมินผล ติดตามความก้าวหน้าของโครงการหรือแผนงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ

1.5 การบริหารทรัพยากรและการสนับสนุนเครือข่าย จัดสรรทรัพยากร เช่น งบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ศูนย์สุขภาพ ครอบครัวและชุมชน

1.6 พัฒนาองค์ความรู้ สนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้ข้อมูลทางวิชาการในการพัฒนามาตรการและนโยบาย

1.7 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดอบรมและเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมทักษะการให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเอง

1.8 ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา กระตุ้นให้ประชาชนตรวจสุขภาพและติดตามค่าความดันโลหิตเป็นประจำ

2. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีหน้าที่หลักในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญดังนี้

2.1 จัดทำแผนปฏิบัติงานด้านดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกให้สอดคล้องกับมาตรฐานทางการแพทย์ วางแผนการจัดกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดโซเดียมในอาหาร การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.3 การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การนัดหมายตรวจติดตาม การจ่ายยา และการให้คำแนะนำ เฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง สนับสนุนการตรวจเพิ่มเติมในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน

2.4 การบริหารจัดการทรัพยากรให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ บริหารเวชภัณฑ์ และจัดการต้นทุนการรักษาเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น

2.5 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดอบรมและเสริมสร้างความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการสื่อสารและให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.6 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษา จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานเพื่อส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.7 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีหน้าที่ดังนี้:

3.1 การวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ ออกแบบโครงสร้างระบบที่สามารถรวบรวม จัดเก็บ และจัดการข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและปลอดภัย

3.2 การบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ประสานงานและพัฒนาระบบที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต และชุมชน สนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างปลอดภัยและเป็นมาตรฐาน

3.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศที่สามารถติดตามสถานะของผู้ป่วย ได้แก่ การนัดหมาย การตรวจติดตามภาวะแทรกซ้อน และสร้างเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

3.4 การพัฒนาความปลอดภัยของข้อมูล กำหนดมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย เช่น การเข้ารหัส การควบคุมการเข้าถึง และการปกป้องความเป็นส่วนตัว ตรวจสอบและประเมินความปลอดภัยของระบบสารสนเทศอย่างสม่ำเสมอ

4. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

คณะกรรมการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ดูแลและสนับสนุนการจัดการโรคในระดับชุมชน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีหน้าที่หลักดังนี้

4.1 การวางแผนการติดตามผู้ป่วยในชุมชน กำหนดเป้าหมายในการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน

4.2 การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ และปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อการติดตามที่มีประสิทธิภาพ

4.3 การดำเนินการเยี่ยมบ้านหรือพบปะผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสอบถามอาการและให้คำแนะนำ ส่งเสริมการใช้ยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง

4.4 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารลดเค็ม การออกกำลังกาย การลดความเครียด และการเลิกบุหรี่ ณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปตรวจคัดกรองความดันโลหิตเป็นประจำ

4.5 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการของโรคหลอดเลือดสมองหรือหัวใจล้มเหลว ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม

4.6 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วย ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.7 การติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ป่วย

4.8 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยในการปรับตัวกับโรคและการดำเนินชีวิตประจำวัน

4.2.2 การดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการ ทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประกาศนโยบายสุขภาพ กำหนดเป้าหมาย วิธีการ และการจัดสรร ทรัพยากรในการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่ไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คน แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิตอย่างรวดเร็วเช่นอำเภอเกาะสมุยซึ่งเป็นเมืองท่องเที่ยว ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริโภคอาหารที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารทะเล อาหารรสจัด รวมถึงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุยจึงได้มีการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs โดยมีการจัดกิจกรรมภายใต้นโยบาย “คนหมุยร่วมใจห่างไกล NCDs” ขึ้น ในวันที่ 3 ตุลาคม 2567 ณ ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนชุมชนบ้านตะพ้อ หมู่ที่ 5 ตำบลหน้าเมือง โดยท่านนายอำเภอเกาะสมุยเป็นประธานเปิดงาน มีผู้เข้าร่วมได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย คณะกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกาะสมุย เทศบาลนครเกาะสมุย ครู และตัวแทนภาคประชาชน เป็นต้น

ประเด็นหลักในการขับเคลื่อนนโยบาย

- 1) ลดบริโภคเกลือและโซเดียม เนื่องจากโซเดียมจะดึงน้ำและของเหลวในระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต และหลอดเลือด ทำงานหนักมากขึ้น
- 2) ส่งเสริมการออกกำลังกาย
- 3) การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน NCDs เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว
- 4) การปรับระบบบริการในคลินิกโรคเรื้อรังในหน่วยบริการและมีการปรับระบบบริการเชิงรุกเชื่อมโยงการทำงานในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก (นามสมมุติ) “ปีนี้ชุมชนของเรามีการทำงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการประกาศนโยบายในการทำงาน และขับเคลื่อนไปพร้อมกันทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ”

คณะกรรมการชุมชน น (นามสมมุติ) ในตอนนี้ เรื่องงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCD เป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ตำบลเรามีการกำหนดทิศทางดำเนินงานที่ชัดเจนมากขึ้นหาทุกปี เพราะประชาชนเป็นโรคนี้นักมาก และเป็นโรคที่แก้ไขยากเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของคน

คณะกรรมการชุมชน อ (นามสมมุติ) การประกาศนโยบายเป็นสิ่งที่ดี ทำให้เรา
ทิศทางของการทำงาน ทำให้เข้าใจวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการทำงาน ทำให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน

สรุปได้ว่า การประกาศนโยบายสุขภาพ ในระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเป็น
เครื่องมือเชิงนโยบายเพื่อกำหนดทิศทางในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชน ลดภาระโรค ลดค่าใช้จ่ายในการ
รักษาพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

กิจกรรมที่ 2 โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจ การออกกำลังกาย วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. เพื่อสร้างทักษะในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การเลือกอาหารที่
เหมาะสม การลดโซเดียม และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เรียนรู้การใช้ยาให้ถูกต้องและป้องกันการ
ลืมรับประทานยา
3. เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยลดปัจจัยเสี่ยง และ
สนับสนุนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย
4. เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
5. เพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 108 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูง จำนวน 108 คน รวมทั้งสิ้น 216 คน

กิจกรรม

การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลนคร
เกาะสมุย ได้รับการสนับสนุนวิทยากรให้ความรู้จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย และ
โรงพยาบาลเกาะสมุย สนับสนุนงบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง
โดยแบ่งการจัดกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 กลุ่มที่ 2 วันที่ 17
พฤศจิกายน 2567 และกลุ่มที่ 3 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 มีการจัดกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Educational
Sessions)

-ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ความเสี่ยง แล
ภาวะแทรกซ้อน

-การใช้ยาอย่างถูกต้อง เช่น การใช้ยาลดความดันโลหิต การปฏิบัติตาม
คำแนะนำของแพทย์ และการหลีกเลี่ยงยาที่อาจมีผลข้างเคียง

-การปรับพฤติกรรมสุขภาพ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การลดเกลือในอาหาร การออกกำลังกาย และการเลิกบุหรี่หรือแอลกอฮอล์

2. กิจกรรมฝึกทักษะ (Skill Training)

-การวัดความดันโลหิตสอนวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องและการบันทึกผล
-การเตรียมอาหารที่เหมาะสม ฝึกปฏิบัติการทำอาหารที่มีโซเดียมต่ำ และสมดุลทางโภชนาการ

-การออกกำลังกายเบื้องต้น เช่น การเดินเร็วหรือโยคะที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

3. กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Activities)

-แบ่งปันประสบการณ์เชิญผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีมาเล่าประสบการณ์และแรงบันดาลใจ

-การตั้งเป้าหมายส่วนตัว ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายสุขภาพ

4. กิจกรรมดูแลจิตใจและอารมณ์ (Emotional Support)

-การจัดการความเครียด สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ หรือการหายใจลึก

-สร้างเครือข่ายผู้ป่วย จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์

5. กิจกรรมส่งเสริมการทำงานร่วมกัน (Collaboration Activities)

-การเชื่อมโยงกับชุมชน: แนะนำแหล่งทรัพยากรในชุมชนเช่น Mini Health station จำนวน 5 แห่ง ในหมู่บ้าน

6. กิจกรรมส่งเสริมบทบาทผู้ดูแล

-การจัดการตารางการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดเวลาให้ยา การตรวจติดตามอาการ

-การดูแลสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด

ผลผลิตและผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวัดความดันโลหิตและบันทึกค่าได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น
4. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกัน

จากการสังเกตความร่วมมือในการเข้าร่วมการอบรมความรู้ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรม มีการปรับความเข้าใจในการดูแล

สุขภาพในครอบครัว พร้อมมีการวางแผนการดูแลสุขภาพพร้อมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามข้อสงสัย และฝึกปฏิบัติอย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน

3.1 คลินิก HT สุขใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าถึงบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 108 คน

กิจกรรม

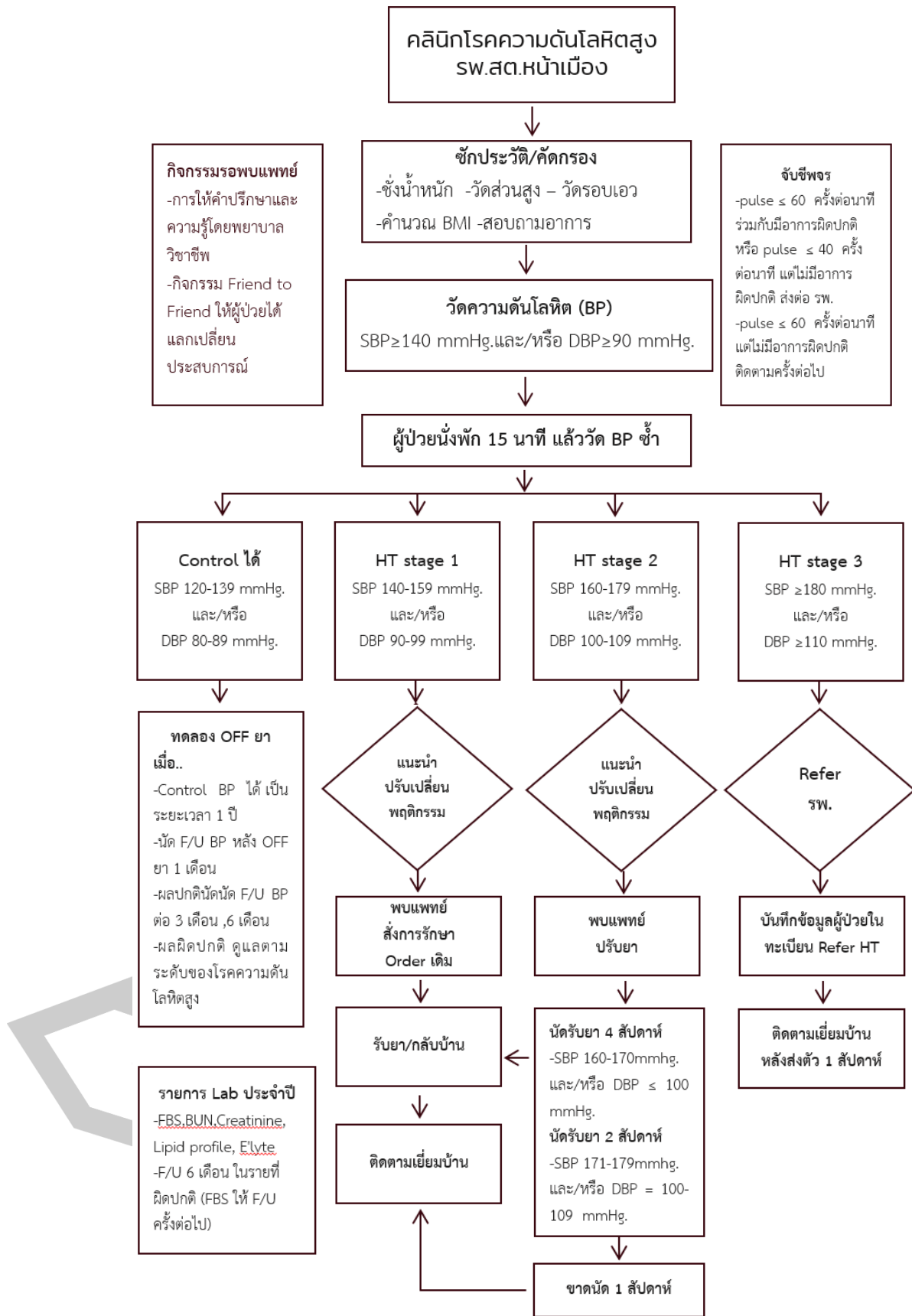
ปรับปรุงระบบการให้บริการ โดยมีการแยกคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เดือนละ 2 ครั้ง ทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของทุกเดือน เริ่มสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนตุลาคม 2567 (วันที่ 18 ตุลาคม 2567) เปิดให้บริการ เวลา 06.30 – 16.30 น. มีกิจกรรมดังนี้

1. การตรวจและประเมินสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพทั่วไป: เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจ BMI รอบเอว วัดค่าความดันโลหิต และประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. การให้คำปรึกษาและความรู้โดยพยาบาลวิชาชีพระหว่างรอพบแพทย์ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
3. กิจกรรม Friend to Friend ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์
4. พบแพทย์ตรวจสุขภาพ
5. กรณีผู้ป่วยเสี่ยงสูงพบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการรักษา
6. มีการจัดทำแนวทางในการรักษาและมีคู่มือการดูแลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาได้ง่าย
7. ระบบการส่งยาให้ผู้ป่วยด้วยบริการ Monkey delivery กรณีที่ผู้ป่วยขาดยา หรือผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care Giver) จะวัดความดันโลหิตและส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่เพื่อจัดยาให้ผู้ป่วย

ผลผลิตและผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น
2. ผู้ป่วยได้รับความรู้และได้ทำกิจกรรมระหว่างรอพบแพทย์
3. ผู้ป่วยมีข้อมูลสุขภาพและสามารถตัดสินใจในการเลือกดูแลสุขภาพตนเองได้
4. การจัดทำแนวทางในการรักษา ส่งต่อที่ชัดเจนและเผยแพร่ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ

ดังนี้



ภาพประกอบ 5 แผนผังการให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูง

3.2 จัดตั้ง Mini Health station check

Mini Health station check เป็นสถานบริการสุขภาพขนาดเล็กในชุมชน มีการบริหารจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยชุมชนเอง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง คอยเป็นที่ปรึกษา (Care Manager) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วย Mini Health station check มีจำนวน 5 แห่ง กระจายอยู่ในหมู่บ้านทั้ง 5 หมู่บ้าน ของตำบลหน้าเมือง อยู่ระหว่างจุดศูนย์กลางของหมู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเข้าถึงได้ง่าย

วัตถุประสงค์หลักคือให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้ และอุปกรณ์ได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

เจ้าหน้าที่ประจำ Mini Health station check จะเป็นเจ้าหน้าที่ในทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย คณะกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Care giver) มาปฏิบัติงานประจำศูนย์ วันละ 2 ทีม ซึ่งเปิดให้บริการทุกวัน เวลา 08.00 น.-16.00 น. มีการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ไปยัง รพ.สต.

การให้บริการของ Mini Health station check

1. การตรวจสุขภาพ เบื้องต้นของผู้ป่วยและประชาชน ได้แก่ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณ BMI เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เป็นต้น
2. ให้บริการความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายด้วยสื่อต่างๆ
3. ให้บริการในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ,รพ.สต. และชุมชน
4. บริการส่งต่อผู้ป่วยหากพบผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรักษาใน รพ.สต. หรือสถานบริการสุขภาพที่ใหญ่กว่า

Mini Health station check มีการประกาศเปิดสถานีสุขภาพ โดยท่านสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2567 มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการ ผ่านคณะกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Social network ต่างๆ และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ามาใช้บริการ ผู้วิจัยจึงได้มีการสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ให้บริการ พบว่า

ผู้ป่วยนาย ก (นามสมมุติ) ผมเวลามีอาการเวียนหัว พอได้ออกมาวัดความดันที่สถานีสุขภาพ ไม่ต้องไปไกลถึงอนามัยหลาว

ผู้ป่วยนาง ข (นามสมมุติ) ตอนป้ามีปัญหาเรื่องกินยาตัวใหม่แล้วเวียนหัวมากยิ่งขึ้น ป้าก็แวะมาที่นี่ก่อนมาลองวัดความดัน เจ้าหน้าที่ศูนย์ที่นี่ เขาก็ติดต่อให้ป้าคุยรายละเอียดกับเจ้าหน้าที่ และส่งต่อให้ไปพบที่ รพ.สต.

ผู้ให้บริการ ก (นามสมมุติ) มีชาวบ้านเข้ามาวัดความดัน มาถามเรื่องสุขภาพหลายคนเลย ถือว่าชาวบ้านให้ความสนใจ เข้ามาใช้บริการเยอะ

ผู้ให้บริการ ข (นามสมมุติ) เราก็มาทำหน้าที่ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพ กิจกรรมต่างๆของทาง รพ.สต. ถือว่าเป็นตัวกลางของประชาชน กับ รพ.สต. เรื่องสุขภาพ มีการทำงานประสานกันตลอด

ผู้ให้บริการ ค (นามสมมุติ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นที่เลี้ยงให้เรา เวลาเราเจอคนใช้ที่ความดันสูง ปวดหัวมาก ปวดท้ายทอย เราจะโทรปรึกษาและส่งต่อคนไข้ให้ รพ.สต.

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในบริการ ของ Mini Health station check เนื่องจากมีความสะดวก อยู่ใกล้บ้าน มีอุปกรณ์ตรวจสุขภาพไว้บริการ ผู้ป่วยสามารถตรวจสุขภาพตนเองได้เบื้องต้นและมีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์คอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อพบความเสี่ยงก็ได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง

3.3 พัฒนาทیمเยี่ยมบ้าน Family Care Team plus ในการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

ทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team plus มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ได้ ติดตามคู่วิถีชีวิตของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ความเครียด การพบแพทย์ตามนัด ประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สร้างแรงจูงใจกำลังใจให้ผู้ป่วยในการดูแลรักษาตนเอง เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน Family Care Team plus มีจำนวน 17 ทีม 17 ชุมชน ประกอบด้วยสมาชิก 8 ท่านดังนี้ คณะกรรมการชุมชนจำนวน 3 ท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 3 ท่าน เจ้าหน้าที่ศูนย์เยี่ยมบ้านเทศบาลนครเกาะสมุย 2 ท่าน โดยแต่ละทีมจะมีพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมืองเป็น Care manager ในการจัดรายชื่อผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ให้ทีมเยี่ยมบ้านมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อข้อมูลจาก รพ.สต.

มีการประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพ ทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team plus โดยมีการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือและให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเพิ่มศักยภาพและสร้างความมั่นใจของทีมเยี่ยมบ้าน
3. เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อลดความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. เพื่อส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกัน

6. เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 หมู่บ้าน จำนวน 120 คน
คณะกรรมการชุมชน 17 ชุมชน จำนวน 34 คน

กิจกรรม

มีการจัดอบรมความรู้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 120 คน พัฒนาศักยภาพให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และคณะกรรมการชุมชน จำนวน 34 คน เข้าร่วมการอบรมครั้งนี้ โดยมีการจัดกิจกรรม ในวันที่ 5 ตุลาคม 2567 ณ ห้องประชุมเพชรสมุย เทศบาลนครเกาะสมุย ได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย และโรงพยาบาลเกาะสมุย โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมให้ความรู้ (Education Session) มีการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลักการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน การจดยา การรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกขนาด ถูกเวลาและ ถูกวิธี การจัดอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. กิจกรรมฝึกทักษะ (Skill Training) ฝึกใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องวัดน้ำตาล และการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR)

3. กิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจและการสนับสนุนจิตใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล มาเล่าประสบการณ์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีผู้ป่วยต้นแบบมาเล่าประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

4. กิจกรรมการเชื่อมโยงข้อมูลและเครือข่ายการดูแล มีการแบ่งทีมเยี่ยมบ้านตามเขตพื้นที่รับผิดชอบแบ่งออกเป็น 17 ชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบให้ทีมเยี่ยมบ้าน แบ่งทีมเจ้าหน้าที่ Care Manager ในการเป็นพี่เลี้ยงดูแลทีม ชี้แจงการสื่อสารส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านจากชุมชนมายัง รพ.สต. ผ่านทาง google form และการปิกหมุดบ้านผู้ป่วย

ผลผลิตและผลลัพธ์

1. ทีมเยี่ยมบ้านมีความรู้และทักษะเข้าใจวิธีการจัดการโรคความดันโลหิตสูงรวมถึงทักษะการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์

2. ทีมเยี่ยมบ้านมีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ลดความกังวลและข้อผิดพลาด

3. มีเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในชุมชน ให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จากการสังเกตความร่วมมือในการเข้าร่วมการอบรมความรู้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคณะกรรมการชุมชน มีความสนใจในการอบรม ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรม สอบถามข้อสงสัย มีการแสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะ ตั้งใจฝึกปฏิบัติ พร้อมแสดงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

Family Care Team plus ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการเยี่ยมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Care manager) ได้กำหนดไว้ โดยมีการทำงานเป็นทีม มีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2567 - ธันวาคม 2567 มีการส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านผ่านระบบออนไลน์ ผู้วิจัยได้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและดูแลผู้ป่วย พบว่า

ผู้ป่วยนาย ง (นามสมมุติ) “ดีใจที่มีทีมเจ้าหน้าที่ กรรมการชุมชน ซิจิ มาเยี่ยมบ้าน มาให้ความรู้เรื่องยา มาแลกเปลี่ยนที่กินและก็ให้คำแนะนำ เราก็พอ ได้รู้ไปกันว่าอันไหนกินได้ กินไม่ได้ หรือกินน้อยลง”

ผู้ป่วยนาง จ (นามสมมุติ) “การมาเยี่ยมบ้านแบบนี้ดีนะ วันนั้นลืมนินยา แล้วมีทีมมาเยี่ยมที่บ้าน พอวัดความดันสูงมาก สูงขึ้น 200 ได้ เขาก็วัดความซ้ำหลาว ก็ขึ้นมากกว่าเดิม เลยติดต่อเจ้าหน้าที่ส่งตัวไปโรงพยาบาลต่ออย่างปลอดภัย พอวันหลังมาเยี่ยมทุกอาทิตย์เลย มาแลกเปลี่ยนเรื่องตอนนี้ความดันดีขึ้นแล้ว”

ผู้ดูแลผู้ป่วยนาง ฉ (นามสมมุติ) “อยากให้มีการเยี่ยมบ้านแบบนี้มานานแล้ว เพราะบางทีคนไข้ไม่เชื่อเรา แต่จะเชื่อหมอ เชื่อเจ้าหน้าที่มากกว่า พอทีมเยี่ยมมาแนะนำเรื่องอาหาร ยา เขาก็ฟัง เราก็ได้ความรู้ไปกัน เข้าใจไปพร้อมกับคนไข้ ”

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเยี่ยมบ้านของ Family Care Team plus รับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจ ดีใจที่ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน

กิจกรรมที่ 4 Smart We care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น
3. เพื่อให้มีข้อมูลในระบบสามารถค้นหาและเข้าถึงได้ง่าย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทีมเยี่ยมบ้าน

กิจกรรม

1. การปกหมุดบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วย โดยทีมเยี่ยมบ้านลงพื้นที่ปกหมุดบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บันทึกข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ชื่อ สกุล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถไปติดตามผู้ป่วยได้ทันเวลา
2. การพัฒนาระบบการเตือนการกินยาโดยทีมงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ แจ้งเตือนในระบบ LINE Official Account หากผู้ป่วยคนใดไม่มีไลน์ก็จะให้แจ้งไปยังผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวแทน หรือ Care giver และมีระบบการจองคิวพบแพทย์ออนไลน์
3. กลุ่มไลน์ “ความดันดี” ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ทีมเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ
4. การปรับปรุงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน

ผลผลิตและผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยมีระบบการสื่อสารที่ทันสมัย เข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น
2. ครอบครัวและชุมชนมีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูออนไลน์ได้สะดวก

หลังจากได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด จำนวน 4 กิจกรรม ผู้วิจัยจึงได้จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ในวันที่ 30 มกราคม 2568 เป็นการคืนข้อมูลไปยังคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ทศนคติ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้รับทราบสภาพปัญหา อุปสรรค จะได้ร่วมวางแผนหาแนวทางและดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป

4.2.3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

จากการเข้าร่วมสังเกตการณ์และบันทึกผลกิจกรรมตั้งแต่มีก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดยผู้วิจัยได้มีการติดตาม สนับสนุน ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สรุปผลจากการสังเกตตลอดจนกระบวนการของการปฏิบัติการ มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกิดขึ้นหลังจากผู้วิจัยได้มีการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลเกาะสมุย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการสรุปสถานะสุขภาพ อัตราป่วย อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เสนอต่อที่ประชุมผู้จัดรูปแบบบริการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ทุกท่านให้ความสำคัญ และได้มีการร่วมแสดงความคิดเห็นตามประสบการณ์ของตนเอง สามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากโรคนี้เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด สมองขาดเลือด หรือไตวาย หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผลกระทบจะมีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขโดยรวม การจัดการระบบการดูแลที่ดี เริ่มต้นจากครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ชุมชนส่งเสริมกิจกรรมและสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมหน่วยบริการสาธารณสุข มีการติดตามการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน จัดบริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น มีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข ครอบครัวและชุมชน

2) การวางแผนแก้ไขปัญหา เกิดจากความร่วมมือของผู้จัดรูปแบบบริการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ คิดวางแผนแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน มีขั้นตอนที่สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักคุ้นเคยกัน เชื่อใจ ไว้วางใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน พบว่ามีการแสดงความคิดเห็นอย่างหลากหลาย มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยจึงได้มีการสรุปประเด็นสำคัญไว้เป็นหมวดหมู่ของแต่ละประเด็น และได้มีการคิดแผนงานโครงการที่ผ่านมติของทุกคน มีทั้งหมด 4 กิจกรรมที่ต้องดำเนินการ มีการวางแผนงานอย่างชัดเจน ได้มีการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ กำหนดแหล่งงบประมาณในการทำกิจกรรม ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ได้รับมอบหมายได้แสดงออกถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจ ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ

3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ จากการเข้าร่วมสังเกตการณ์ในการทำกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผนหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 กิจกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้

ในการดำเนินกิจกรรมผู้นำตามบทบาทหน้าที่ในคณะกรรมการ ได้มีการประกาศนโยบาย ช่วยวางแผน ประชาสัมพันธ์โครงการและกิจกรรม ช่วยหางบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ กำลังคนมาช่วยสนับสนุน มีการติดตามสรุปผลการปฏิบัติงาน ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ช่วยแก้ไขปัญหาสรรคที่เกิดขึ้น และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพในชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลผู้ป่วยมีการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมกันวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองกับคนในครอบครัวมากขึ้น มีความเข้าใจกันในครอบครัว เปิดใจพูดคุยกันในเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น มีทักษะในการใช้อุปกรณ์วัดความดันโลหิต มีการปรับพฤติกรรมกรรมการทานอาหาร การออกกำลังกาย และสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ ทีมเยี่ยมบ้านมีการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน

การลงเยี่ยมบ้าน มีการทำงานด้วยความเต็มใจ พัฒนาความรู้อยู่เสมอ มีความมั่นใจในการลงปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น

4) การติดตามผลการดำเนินงาน คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงได้กำหนดให้มีการประชุมติดตามผลการดำเนินกิจกรรม ทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง โดยกำหนดประชุมทุกวันศุกร์สัปดาห์สุดท้ายของเดือน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรม ปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหา โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากคณะทำงานในการเข้าร่วมประชุม มีการให้กำลังใจและเสริมแรงใจให้คณะทำงานทุกท่าน

4.2.3.1 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มีการสรุปแผนกิจกรรม โครงการจำนวน 4 กิจกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดดัง ตารางที่ 7



ตาราง 7 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กิจกรรม/โครงการ	เป้าหมาย	ผลผลิต
1.การประกาศนโยบาย สุขภาพ คนหมยร่วมใจ ห่างไกล NCDs	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง 10 คน 2.คณะกรรมการชุมชน จำนวน 34 คน 3.อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 120 คน 4.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 คน	1.ทุกฝ่ายทำงานไปในทิศทางเดียวกันตาม แนวทางที่กำหนด 2.เพิ่มประสิทธิภาพและความรวดเร็วใน การทำงาน 3.บุคลากรภายในองค์กรและหน่วยงาน ภายนอกจะมีความมั่นใจในระบบการ ทำงานขององค์กร
2.โครงการลดโซเดียม ลด โรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ ใจการออกกำลังกาย	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง จำนวน 108 คน 2.ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง จำนวน 108 คน	1.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และสามารถ ดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง 2.ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวัดความดัน โลหิตและบันทึกค่าได้ถูกต้อง 3.ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการ ปรับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น 4. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและ ผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกัน
3.กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน		
31.คลินิก HT สุขใจ	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง จำนวน 108 คน 2.ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง จำนวน 108 คน	1.ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามนัด 2.ผู้ป่วยได้รับความรู้และได้มีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างรพบ แพทย์ 3.ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและวางแผนการ ดูแลตนเองได้

ตาราง 7 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย
จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

กิจกรรม/โครงการ	เป้าหมาย	ผลผลิต
3.กิจกรรมการพัฒนาบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน		
3.2 จัดตั้ง Mini Health station check	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 108 คน	1.ผู้ป่วยและประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น 2.ประชาชนมีความเข้าใจและสามารถตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง 3.มีการเชื่อมโยงข้อมูลจาก รพ.สต.สู่ชุมชน 4.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย 5.ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น
3.3 พัฒนาทีม Family Care Team plus ในการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน	1.คณะกรรมการชุมชน จำนวน 34 คน 2.อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 120 คน	1.ผู้ป่วยได้รับการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2.ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 3.มีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชน 4.ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ 5.ชุมชนและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน 6.ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และสนับสนุนการพัฒนานโยบายสุขภาพ
4. Smart We care	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 108 คน 2.ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 108 คน 3.Care Giver จำนวน 120 คน 4.คณะกรรมการชุมชน จำนวน 34 คน	1.ผู้ป่วยมีระบบการสื่อสารที่ทันสมัย เข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น 2.ครอบครัวและชุมชนมีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย 3.มีฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เข้าถึงได้

4.2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

4.2.4.1 การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน โดยกระบวนการ After Action Review (AAR) จากผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ สามารถสะท้อนผลได้ดังนี้

จากการถอดบทเรียน ในขั้นวางแผน (Plan) พบว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามีความครบถ้วนแต่ต้อง สืบค้นข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง โรงพยาบาลเกาะสมุย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลจากการวิเคราะห์ ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 151-160 mmHg ร้อยละ 52.78 และมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว 96-100 mmHg ร้อยละ 51.85 จึงได้มีการสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนสามารถสะท้อนผลได้ดังนี้

1.การประกาศนโยบายสุขภาพ “คนหมยร่วมใจ ห่างไกล NCDs”

1.1 การประกาศนโยบายเป็นการดำเนินงานเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการประกาศนโยบายสุขภาพร่วมกับการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน แสดงให้เห็นถึงแนวทางการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม สิ่งที่ได้เรียนรู้และตระหนักคือ ความสำคัญของการสร้างนโยบายสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการรวมพลังของทุกภาคส่วนในชุมชน

1.2 การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งคณะกรรมการทำงานออกเป็น 4 ทีม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกระดับ ตั้งแต่ผู้นำชุมชน อสม. จนถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีจิตอาสาและความเต็มใจในการทำงานของแต่ละทีม เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน สะท้อนเห็นถึงบทบาทของชุมชนในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดนโยบายระดับชุมชน การจัดทำแผนโครงการ การหางบประมาณสนับสนุน รวมถึงการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพลังของชุมชนในการเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมกันหาทางออกอย่างมีประสิทธิภาพ การประชุมของแต่ละทีมเพื่อสรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข เป็นจุดที่สะท้อนว่าการดำเนินงานมิได้มุ่งเน้นแต่เพียงผลลัพธ์สุดท้าย แต่ยังให้ความสำคัญกับ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และการพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน

จากการสะท้อนผลดังกล่าวพบว่า การดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จในระดับพื้นที่ จะต้องอาศัย "การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง" การสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของของชุมชน และการพัฒนา นโยบายจากฐานความต้องการจริงของพื้นที่ นับเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบท ชุมชน โดยเฉพาะในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นความใกล้ชิดและความยั่งยืน

2.โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย

2.1 การสนับสนุนการตัดสินใจ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การ ดำเนินโครงการ “ลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย” ถือเป็นกิจกรรมใน การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง สนับสนุนการตัดสินใจในการดูแล สุขภาพ รวมถึงสามารถรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินและการตัดสินใจเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม การให้ความรู้เชิงรุกควบคู่กับการฝึกทักษะ เช่น การใช้เครื่องวัดความดัน ฝึกออกกำลังกาย การผ่อนคลายอารมณ์ และลดความเครียด เป็นกระบวนการที่ส่งเสริม ความมั่นใจและการมีส่วนร่วม อย่างแท้จริง ของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งยังเป็นการเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติจริงใน ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินโครงการพบว่ามีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การจัด กิจกรรมอบรมภายในระยะเวลาเพียง 1 วัน โดยเนื้อหาที่ครอบคลุมหลายด้าน ทำให้ผู้เข้าร่วมเกิด ความเหนื่อยล้าและไม่สามารถซึมซับเนื้อหาได้เต็มที่ การเรียนรู้จากสถานการณ์นี้ทำให้ตระหนักถึง ความจำเป็นของ การออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและข้อจำกัดของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การแบ่งการอบรมออกเป็นช่วงเวลา หรือกิจกรรมย่อยที่สอดแทรกในกิจวัตรประจำวันของชุมชน ใน ด้านการบริหารจัดการ พบว่าการเขียนโครงการขอรับงบประมาณและกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างมี ขั้นตอนที่ซับซ้อนและใช้เวลานาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของกิจกรรม การได้มีโอกาส หารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารโครงการและการเงิน ทำให้สามารถพัฒนาทักษะด้านเอกสารและ การบริหารโครงการได้ดียิ่งขึ้น และเป็นบทเรียนสำคัญของทีมงานในการวางแผนโครงการครั้งต่อไปให้ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการสะท้อนผลพบว่า ความสำเร็จของโครงการไม่ได้อยู่ที่จำนวนกิจกรรมหรือ ปริมาณความรู้ที่ถ่ายทอดเท่านั้น แต่อยู่ที่ความเหมาะสมของกระบวนการเรียนรู้ การเข้าถึงบริบทของ ผู้รับบริการ และความยั่งยืนของผลลัพธ์ ที่สามารถปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและ ครอบครัว

3.กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน

จากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยครอบคลุมทั้งบริการเชิงรับและเชิงรุก พบว่าการจัดระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการในบริบทของชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

3.1 การดำเนินงานของ คลินิก HT สุขใจ ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ พบว่าแนวทางการจัดระบบบริการด้วยการนัดหมายล่วงหน้า และเตรียมเอกสารผ่านระบบออนไลน์สามารถลดขั้นตอนในการให้บริการและเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการกำหนดวันให้บริการเฉพาะ ทำให้สามารถจัดสรรทรัพยากรได้เหมาะสม และมีโอกาสให้คำปรึกษา ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเจาะจงยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การสะท้อนผลจากกิจกรรมพบว่ามีข้อจำกัดสำคัญหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ เช่น ระบบการจองคิวออนไลน์ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความบกพร่องด้านเทคโนโลยี ซึ่งนำไปสู่การเดินทางมารับบริการโดยไม่ได้ออกคิว ทำให้ต้องรอคิวนานและเกิดความไม่พึงพอใจต่อระบบการให้บริการ นอกจากนี้ ปัญหาด้านบุคลากรที่มีจำนวนไม่เพียงพอ รวมถึงทีมสหวิชาชีพที่ไม่สามารถเข้าร่วมให้บริการได้ในทุกครั้ง ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

การพัฒนาระบบคลินิกเฉพาะทางใน รพ.สต. จำเป็นต้องคำนึงถึงความหลากหลายของบริบทผู้ป่วย ทั้งในด้านความพร้อมทางเทคโนโลยีและความสามารถในการเข้าถึงบริการ จึงควรจัดระบบคิวแบบผสมผสานระหว่าง *ออนไลน์* และ *คิวปกติ* พร้อมให้ครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามาช่วยในการจองคิวหรือประสานงานแทนผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการวางแผนร่วมกับหน่วยงานแม่ข่ายเพื่อจัดทีมสหวิชาชีพมาให้บริการอย่างสม่ำเสมอ เสริมกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้ง และส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว

จากการดำเนินงานนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่น เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยและทรัพยากรในพื้นที่ รวมถึงการสร้างระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดบริการที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

3.2 การพัฒนาทีม Family Care Team Plus การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

การเยี่ยมบ้านโดยทีม Family Care Team Plus ถือเป็นรูปแบบการบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิต หรือมีปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อน เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ ความยากลำบากในการเดินทาง หรือขาดผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน และการวางแผนติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทีมสามารถเข้าใจปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วยทั้งในระดับบุคคล

ครอบครัว และบริบทของชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญต่อการออกแบบแนวทางดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เฉพาะราย มีการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อเดือนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง สุขภาพ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนส่งเสริมบทบาทของทีมนสุขภาพปฐมภูมิ ในการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตผู้ป่วย

ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับครัวเรือนนั้น ไม่สามารถ พึ่งพาเพียงระบบบริการในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องอาศัยการลงพื้นที่อย่างต่อเนื่องและความ ร่วมมือจากทีมนสหสาขาวิชาชีพในการออกแบบแผนการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งส่งผลดีต่อการ ควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาวอย่าง เป็นรูปธรรม

3.3 การจัดตั้ง Mini Health Station Check

การจัดตั้ง Mini Health Station Check ในชุมชนเป็นอีกหนึ่งการให้บริการสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อปัญหาเชิงระบบและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในประเด็น ของการเข้าถึงบริการ ซึ่งก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อยต้องเดินทางไกลไปยัง รพ.สต. หรือ บางรายอาจหลีกเลี่ยงการรับบริการเนื่องจากความไม่สะดวก การตั้งจุดบริการใกล้บ้านจึงช่วยลด อุปสรรคด้านการเดินทาง เพิ่มโอกาสในการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และเป็นจุดเริ่มต้นของการ ดูแลอย่างต่อเนื่องและทันที่

จากการดำเนินงานพบว่า การเข้าถึงบริการในลักษณะนี้ช่วยลดภาระของ สถานพยาบาลหลัก และสร้างความร่วมมือในระดับชุมชนได้เป็นอย่างดี การนำระบบบริการสุขภาพ มาอยู่ใกล้กับประชาชนมากที่สุด ทำให้ประชาชนรู้สึกไว้วางใจ เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับนโยบายการสร้าง ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ การพัฒนา Mini Health Station จึงควรได้รับ การต่อยอดทั้งในแง่ของเทคโนโลยี ทุนอุปกรณ์ และศักยภาพของบุคลากร เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของ ระบบบริการและประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในระยะยาว

4. กิจกรรม Smart We Care

การพัฒนา ระบบข้อมูลสุขภาพด้วยเทคโนโลยีภายใต้แนวคิด *Smart We Care* เป็นการ ยกกระดับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อบริบทของยุค ดิจิทัล โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การติดตามสุขภาพ และ การประสานงานภายในระบบบริการสุขภาพ เช่น การปิดกั้นที่อยู่ของผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผ่าน Google Forms การเตือนรับประทานยา การนัดพบแพทย์ออนไลน์ ตลอดจนการส่งเสริมความรู้ผ่าน Line Official Account และกลุ่มไลน์เฉพาะ

ผลจากการดำเนินการพบว่า ระบบเทคโนโลยีดังกล่าวช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้รวดเร็ว โดยเฉพาะในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิด การแจ้งเตือนผ่านระบบช่วยลดการลืมนินยา ลดการขาดนัด และเพิ่มโอกาสในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ ช่องทางออนไลน์ยังเป็นเครื่องมือในการส่งต่อข้อมูลความรู้ที่ทันสมัย ให้กับผู้ป่วย และครอบครัวได้ตลอดเวลา

4.3 ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การศึกษาขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานโดยการประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 2 กลุ่มหลัก คือ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ประเด็น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ประเด็น ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รายละเอียดดังนี้

4.3.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ดัชนีมวลกาย (BMI)

การเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 108 คน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยหลังจากดำเนินการกลุ่ม BMI ปกติ ($BMI < 25$) มีค่าเฉลี่ย BMI ลดลงจาก 24.52 Kg/m^2 (ก่อนดำเนินการ) เป็น 22.85 Kg/m^2 (หลังดำเนินการ) และกลุ่ม BMI อ้วน ($BMI > 25$) ค่าเฉลี่ย BMI ลดลงจาก 29.37 Kg/m^2 (ก่อนดำเนินการ) เป็น 26.21 Kg/m^2 (หลังดำเนินการ) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 การเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=108)

ผลการตรวจร่างกาย (General Survey) ของผู้ป่วย	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
ปกติ (BMI < 25)	24.52	4.78	22.85	3.77
อ้วน (BMI > 25)	29.37	3.82	26.21	3.51

2. ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับการศึกษาระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.17 และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงภายหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.10 ดังแสดงในตารางที่ 8

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การรับประทานยาสม่ำเสมอมีพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 87.96 รองลงมา คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.18 เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ร้อยละ 84.25 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอัมพาตได้ ร้อยละ 77.78 ความเครียดเป็นเวลานานและไม่ผ่อนคลายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 76.85 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาครบจำนวน ตามแผนการรักษาทุกครั้ง ร้อยละ 76.85 ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม) ร้อยละ 75.00 การเติมปลาร้า ผงชูรส เครื่องปรุงสำเร็จรูปในขณะปรุงอาหารไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 73.14 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก ร้อยละ 71.29 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มทำให้การรักษาได้ผลลดลงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 71.29 การรับประทานอาหารรสหวาน เช่น ข้าวเหนียวมุล ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เช่น ลำไย มะขามหวาน ทูเรียน ไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.37 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 70.37 อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดงของความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.44 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน แอโรบิก หรือวิ่งเหยาะ ๆ อย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.74 ตามลำดับ

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังดำเนินการจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการ

ออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.15 การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 98.15 รองลงมา คือ การเติมปลาร้า ผงชูรส เครื่องปรุงสำเร็จรูปในขณะปรุงอาหารไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 97.22 และเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ร้อยละ 97.22 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลตนเอง ร้อยละ 96.29 และความเครียดเป็นเวลานานและไม่ผ่อนคลายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 96.29 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มทำให้การรักษาได้ผลลดลงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 95.37 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก ร้อยละ 94.44 ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม) ร้อยละ 93.52 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมไม่ได้เป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดอัมพาตได้ ร้อยละ 92.59 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 92.59 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มทำให้การรักษาได้ผลลดลงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 90.74 อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดงของความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.74 การรับประทานอาหารรสหวาน เช่น ข้าวเหนียวมุล ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เช่น ลำไย มะขามหวาน ทูเรียน ไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.74 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาครบจำนวนตามแผนการรักษาทุกครั้ง ร้อยละ 90.74 และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน แอโรบิก หรือวิ่งเหยาะ ๆ อย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 90.74 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ

ความรู้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้
1. ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม)	81	75.00	ปานกลาง	101	93.52	สูง
2. พฤติกรรมการรับประทาน อาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง	92	85.18	สูง	106	98.15	สูง

ตาราง 9 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ (ต่อ)

ความรู้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้
3. อาการปวดศีรษะบริเวณ ท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็น อาการแสดงของความดันโลหิตสูง	75	69.44	ปานกลาง	98	90.74	สูง
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุม ไม่ได้เป็นเวลานานอาจทำให้ เกิด อัมพาตได้	84	77.78	ปานกลาง	100	92.59	สูง
5. การป้องกัน การเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากความดัน โลหิตสูงต้องรับประทานยา ควบคู่กับการดูแลตนเอง	79	73.14	ปานกลาง	104	96.29	สูง
6. การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุก ครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้	95	87.96	สูง	106	98.15	สูง
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก	77	71.29	ปานกลาง	102	94.44	สูง
8. ความเครียดเป็นเวลานาน และไม่ผ่อนคลายจะทำให้ความ ดันโลหิตสูงขึ้น	83	76.85	ปานกลาง	104	96.29	สูง
9. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ รับประทานอาหารรสเค็มทำให้ การรักษาได้ผลลดลง และ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	77	71.29	ปานกลาง	98	90.74	สูง
10 การเติมปลาร้า ผงชูรส เครื่องปรุงสำเร็จรูปในขณะปรุง อาหารไม่ทำให้เกิดความดัน โลหิตสูง	81	75.00	ปานกลาง	105	97.22	สูง

ตาราง 9 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ (ต่อ)

ความรู้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้
11. การรับประทานอาหารรสหวาน เช่น ข้าวเหนียวมูล ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เช่น ลำไย มะขามหวาน ทูเรียน ไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง	76	70.37	ปานกลาง	98	90.74	สูง
12. เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที	91	84.25	สูง	105	97.22	สูง
13. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาครบจำนวน ตามแผนการรักษาทุกครั้ง	83	76.85	ปานกลาง	98	90.74	สูง
14. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ	76	70.37	ปานกลาง	100	92.59	สูง
15. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน แอโรบิค หรือวิ่งเหยาะ ๆ อย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์	71	65.74	ปานกลาง	98	90.74	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	81	75.17	ปานกลาง	102	94.10	สูง

2. ทักษะชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ทักษะชีวิตเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทักษะชีวิตเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 คะแนน (S.D.=1.02) ภายหลังกดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 3.46 คะแนน (S.D.=0.63) ดังแสดงในตารางที่ 10

เมื่อพิจารณาทัศนคติก่อนดำเนินการจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 3.38 คะแนน (S.D.=1.02) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 คะแนน (S.D.= 1.01) ด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 คะแนน (S.D.=0.99) และด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 คะแนน (S.D.=1.16) ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 3.55 คะแนน (S.D.=0.78) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 2.67 คะแนน (S.D.=1.16)

สำหรับทัศนคติหลังดำเนินการเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนเฉลี่ย 3.70 คะแนน (S.D.=0.63) รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 3.57 คะแนน (S.D.=0.65) ด้านการรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.49 คะแนน (S.D.=0.60) และด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.07 คะแนน (S.D.=0.49) ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 3.81 คะแนน (S.D.=0.40) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 3.07 คะแนน (S.D.=0.77)

ตาราง 10 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

ทัศนคติของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.08	0.99	ปานกลาง	3.49	0.60	ปานกลาง
2. ด้านการรับประทานยา	3.38	0.90	ปานกลาง	3.57	0.65	ปานกลาง
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.67	1.16	ปานกลาง	3.07	0.77	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.26	1.01	ปานกลาง	3.70	0.49	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.10	1.02	ปานกลาง	3.46	0.63	ปานกลาง

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 คะแนน (S.D.=0.82) ภายหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 3.55 คะแนน (S.D.=0.86) ดังแสดงในตาราง 10

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนเฉลี่ย 3.45 คะแนน (S.D.=0.77) รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 คะแนน (S.D.= 0.91) ด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 คะแนน (S.D.= 0.73) และด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 คะแนน (S.D.=0.85) ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตเป็นประจำ มีคะแนนเฉลี่ย 3.43 คะแนน (S.D.=0.94) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ย 1.52 คะแนน (S.D.=0.84)

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังดำเนินการเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 คะแนน (S.D.= 0.81) รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 3.68 คะแนน (S.D.=0.75) ด้านการรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.15 คะแนน (S.D.=0.73) และด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.32 คะแนน (S.D.=0.97) ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตเป็นประจำ มีคะแนนเฉลี่ย 3.70 คะแนน (S.D.=0.78) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือท่านดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ย 1.24 คะแนน (S.D.=0.83) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	Mean	S.D.	ระดับพฤติกรรม	Mean	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.15	0.73	ปานกลาง	3.46	0.91	ปานกลาง
2. ด้านการรับประทานยา	3.34	0.91	ปานกลาง	3.68	0.75	มาก
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.91	0.85	ปานกลาง	3.32	0.97	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.45	0.77	ปานกลาง	3.74	0.81	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.21	0.82	ปานกลาง	3.55	0.86	ปานกลาง

5. การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน

การศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 คะแนน (S.D.=1.04) ภายหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 4.31 คะแนน (S.D.=0.83) ดังแสดงในตารางที่ 12

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ในการดูแลสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิต มีคะแนนเฉลี่ย 4.32 คะแนน (S.D.=0.92) รองลงมา คือ ได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. อย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย 4.29 คะแนน (S.D.=0.88) รพ.สต./เทศบาลมีกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนให้ท่านมีการปรับพฤติกรรมและลดความดันโลหิตได้ มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (S.D.=1.03) สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวหรือจากการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 3.84 คะแนน (S.D.=0.81) สมาชิกในครอบครัวชื่นชมท่านเมื่อระดับความดันโลหิตท่านลดลง มีคะแนนเฉลี่ย 3.45 คะแนน (S.D.=0.94) ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวในการไปพบแพทย์/รับการตรวจตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 3.38 คะแนน (S.D.=0.98) สมาชิกในครอบครัวว่ากล่าว ตักเตือนท่าน เมื่อท่านมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม ชอบปรุงรส เป็นต้น มีคะแนนเฉลี่ย 3.32 คะแนน (S.D.=1.26) ผู้นำชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย กระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับการตรวจสุขภาพ หรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ชมรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่อง

ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีคะแนนเฉลี่ย 3.18 คะแนน (S.D.=1.27) สมาชิกในครอบครัวมีการชักชวนให้ออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.15 คะแนน (S.D.=1.13) และสมาชิกในครอบครัวเตรียมอาหารที่ลดเค็ม ลดโซเดียม สำหรับท่าน มีคะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน (S.D.=1.11) ตามลำดับ

ในขณะที่การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังดำเนินการจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ในการดูแลสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิต มีคะแนนเฉลี่ย 4.71 คะแนน (S.D.=0.59) รองลงมา คือ ท่านได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม.อย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย 4.69 คะแนน (S.D.=0.61) สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท้อแท้จากปัญหาส่วนตัว หรือจากการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 4.60 คะแนน (S.D.=0.64) รพ.สต./เทศบาลมีกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนให้ท่านมีการปรับพฤติกรรมและลดความดันโลหิตได้ มีคะแนนเฉลี่ย 4.43 คะแนน (S.D.=0.91) สมาชิกในครอบครัวชื่นชมท่านเมื่อระดับความดันโลหิตท่านลดลง มีคะแนนเฉลี่ย 4.40 คะแนน (S.D.=0.71) ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวในการไปพบแพทย์/รับการตรวจตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 4.37 คะแนน (S.D.=0.67) สมาชิกในครอบครัวว่ากล่าว ตักเตือนท่าน เมื่อท่านมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม ชอบปรุงรส เป็นต้น มีคะแนนเฉลี่ย 4.21 คะแนน (S.D.=1.09) ผู้นำชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย กระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับการตรวจสุขภาพ หรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ชมรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีคะแนนเฉลี่ย 4.10 คะแนน (S.D.=0.99) สมาชิกในครอบครัวเตรียมอาหารที่ลดเค็ม ลดโซเดียม สำหรับท่าน มีคะแนนเฉลี่ย 3.81 คะแนน (S.D.=1.07) และสมาชิกในครอบครัวมีการชักชวนให้ออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.76 คะแนน (S.D.=1.05) ตามลำดับ



ตาราง 12 การศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

การมีส่วนร่วมของสมาชิก ครอบครัวและชุมชน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	Mean	S.D.	ระดับการมี ส่วนร่วม	Mean	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม
1. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจเมื่อ ท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวหรือ จากการเจ็บป่วย	3.84	0.81	มาก	4.60	0.64	มาก
2. สมาชิกในครอบครัวมีการชักชวน ให้ออกกำลังกาย	3.15	1.13	ปานกลาง	3.76	1.05	มาก
3. สมาชิกในครอบครัวชื่นชมท่านเมื่อ ระดับความดันโลหิตท่านลดลง	3.45	0.94	ปานกลาง	4.40	0.71	มาก
4. สมาชิกในครอบครัวว่ากล่าว ตักเตือนท่าน เมื่อท่านมีพฤติกรรม ที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม ชอบปรุงรส	3.32	1.26	ปานกลาง	4.21	1.09	มาก
5. สมาชิกในครอบครัวเตรียมอาหารที่ ลดเค็ม ลดโซเดียม สำหรับท่าน	3.14	1.11	ปานกลาง	3.81	1.07	มาก
6. ได้รับคำแนะนำจากบุคคลใน ครอบครัวในการไปพบแพทย์/รับบริการ ตรวจตามนัด	3.38	0.98	ปานกลาง	4.37	0.67	มาก
7. ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/อสม. ในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความดันโลหิต	4.32	0.92	มาก	4.71	0.59	มาก
8. ได้รับการตรวจวัดระดับความดัน โลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. อย่างสม่ำเสมอ	4.29	0.88	มาก	4.69	0.61	มาก
9. รพ.สต./เทศบาลมีกิจกรรมที่ช่วย สนับสนุนให้ท่านมีการปรับพฤติกรรม และลดความดันโลหิตได้	4.23	1.03	มาก	4.43	0.91	มาก
10. ผู้นำชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย กระตุ้นเตือนให้ท่านไป รับบริการตรวจสุขภาพ หรือร่วมกิจกรรม ต่าง ๆ ของชุมชน	3.18	1.27	ปานกลาง	4.10	0.99	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.63	1.04	ปานกลาง	4.31	0.83	มาก

6. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าหลังดำเนินการ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงจาก 156.24 เป็น 126.52 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตคลายตัวลดลงจาก 97.53 เป็น 75.15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ

ความดันโลหิต	n	Mean	S.D	Min	Max	df	t	p-value
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว								
ก่อนดำเนินการ	108	156.24	9.52	140.00	179.00	107	9.822	<0.001*
หลังดำเนินการ	108	126.52	8.75	121.63	130.82			
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว								
ก่อนดำเนินการ	108	97.53	7.18	90.00	102.00	107	10.325	<0.001*
หลังดำเนินการ	108	75.15	8.21	70.00	78.00			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

4.3.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.74 และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงภายหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.49

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 87.04 รองลงมา คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.19 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มทำให้การรักษาได้ผลลดลงและควบคุม

ระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 79.63 การรับประทานอาหารรสหวาน เช่น ข้าวเหนียวมูล ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เช่น ลำไย มะขามหวาน ทูเรียน ไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.71 ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม) ร้อยละ 77.78 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอัมพาตได้ ร้อยละ 77.78 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาครบจำนวน ตามแผนการรักษาทุกครั้ง ร้อยละ 74.07 อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดงของความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.28 การเติมปลาร้า ผงชูรส เครื่องปรุงสำเร็จรูป ในขณะที่ปรุงอาหารไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.22 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก ร้อยละ 72.22 ความเครียดเป็นเวลานานและไม่ผ่อนคลายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 72.22 เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ร้อยละ 71.29 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 70.37 และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลตนเอง ร้อยละ 70.37 ตามลำดับ

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังดำเนินการเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มทำให้การรักษาได้ผลลดลงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 97.22 รองลงมา คือ การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 97.22 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 97.22 พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 97.22 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลตนเอง ร้อยละ 95.37 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.29 ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ร้อยละ 95.37 อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดงของความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.37 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลตนเอง ร้อยละ 95.37 ความเครียดเป็นเวลานานและไม่ผ่อนคลายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 95.37 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาครบจำนวน ตามแผนการรักษาทุกครั้ง ร้อยละ 95.37 เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ร้อยละ 93.52 การเติมปลาร้า ผงชูรส เครื่องปรุงสำเร็จรูปในขณะที่ปรุงอาหารไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.52 เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ร้อยละ 93.52 และการรับประทานอาหารรสหวาน เช่น

ข้าวเหนียวมูล ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เช่น ลำไย มะขามหวาน ทูเรียน ไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.52 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ

ความรู้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้
1. ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท	84	77.78	ปานกลาง	103	95.37	สูง
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง	92	85.19	สูง	105	97.22	สูง
3. อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดงของความดันโลหิตสูง	78	72.28	ปานกลาง	103	95.37	สูง
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอัมพาตได้	84	77.77	ปานกลาง	101	93.52	สูง
5. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลตนเอง	76	70.37	ปานกลาง	103	95.37	สูง
6. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มทำให้การรักษาได้ผลลดลงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	86	79.63	ปานกลาง	105	97.22	สูง

ตาราง 14 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ (ต่อ)

ความรู้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้
7. การเติมปลาร้า ผงชูรส เครื่องปรุงสำเร็จรูปในขณะปรุงอาหารไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง	78	72.22	ปานกลาง	101	93.52	สูง
8. การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	94	87.04	สูง	105	97.22	สูง
9. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก	78	72.22	ปานกลาง	104	96.29	สูง
10. การรับประทานอาหารรสหวาน เช่น ข้าวเหนียวมุล ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เช่น ลำไย มะขามหวาน ทูเรียน ไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง	85	78.71	ปานกลาง	101	93.52	สูง
11. ความเครียดเป็นเวลานาน และไม่ผ่อนคลายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	78	72.22	ปานกลาง	103	95.37	สูง
12. เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที	77	71.29	ปานกลาง	101	93.52	สูง
13. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาครบจำนวน ตามแผนการรักษาทุกครั้ง	80	74.07	ปานกลาง	103	95.37	สูง

ตาราง 14 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ (ต่อ)

ความรู้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้	ตอบถูก	ร้อยละ	ระดับความรู้
14. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ	76	70.37	ปานกลาง	105	97.22	สูง
15. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน แอโรบิค หรือวิ่งเหยาะ ๆ อย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์	81	75.00	ปานกลาง	104	96.29	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	82	75.74		103	95.49	สูง

2. ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการ ซึ่งพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D.=0.87) ภายหลังจากดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 3.59 คะแนน (S.D.=0.87)

เมื่อพิจารณาทัศนคติก่อนดำเนินการจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนเฉลี่ย 3.28 คะแนน (S.D.=0.87) รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน (S.D.=0.70) ด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 คะแนน (S.D.=0.70) และด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 คะแนน (S.D.=0.95) ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องเข้ารักษาและรับยา มีคะแนนเฉลี่ย 3.68 คะแนน (S.D.=1.02) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 2.93 คะแนน (S.D.=0.97)

สำหรับทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังดำเนินการ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนเฉลี่ย 3.81 คะแนน (S.D.=0.63) รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 3.67 คะแนน (S.D.=0.87) ด้านการรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.54 คะแนน (S.D.=0.91) และด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.32 คะแนน (S.D.=0.73) ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องเข้ารักษาและรับยามีคะแนนเฉลี่ย 3.96 คะแนน (S.D.=0.84) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 3.05 คะแนน (S.D.=0.83) ดังแสดงในตารางที่ 15

ตาราง 15 ระดับทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนดำเนินการ (n=108 คน)			หลังดำเนินการ (n=108 คน)		
	Mean	S.D.	ระดับทัศนคติ	Mean	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.12	0.94	ปานกลาง	3.54	0.91	ปานกลาง
2. ด้านการรับประทานยา	3.23	0.70	ปานกลาง	3.67	0.87	ปานกลาง
3. ด้านการออกกำลังกาย	3.05	0.95	ปานกลาง	3.32	0.73	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.28	0.87	ปานกลาง	3.81	0.95	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.17	0.87	ปานกลาง	3.59	0.87	ปานกลาง

4.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

4.4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถแบ่งออกได้เป็น 7 ปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน ดังนี้

1. มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน การดำเนินโครงการ มีการกำหนดนโยบาย และเป้าหมายที่ชัดเจน โดยอิงจากการวิเคราะห์บริบทปัญหาในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ผ่านการศึกษา ข้อมูลจากระบบบริการสาธารณสุข และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้ถูกนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสนอแนะเชิงนโยบาย ทำให้การวางแผนและกำหนดแนวทางดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพจริงของชุมชน

2. มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อย่างหลากหลาย โดยเฉพาะผู้บริหารในพื้นที่ที่เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาโรคความดันโลหิตสูง จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่ประสานงาน วางแผน และดำเนินกิจกรรมร่วมกัน มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน และทำงานแบบบูรณาการ ทั้งในด้านการให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการเชื่อมโยงระบบบริการในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง

3. การเสริมสร้างทักษะและความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว และทีมเยี่ยมบ้าน โดยเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้สามารถมีบทบาทในการดูแลร่วมกับระบบบริการสุขภาพ

4. การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และมีการจัดแบ่งทีมปฏิบัติงานออกเป็น 4 ทีมย่อยตามบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและงานได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละพื้นที่เป้าหมาย

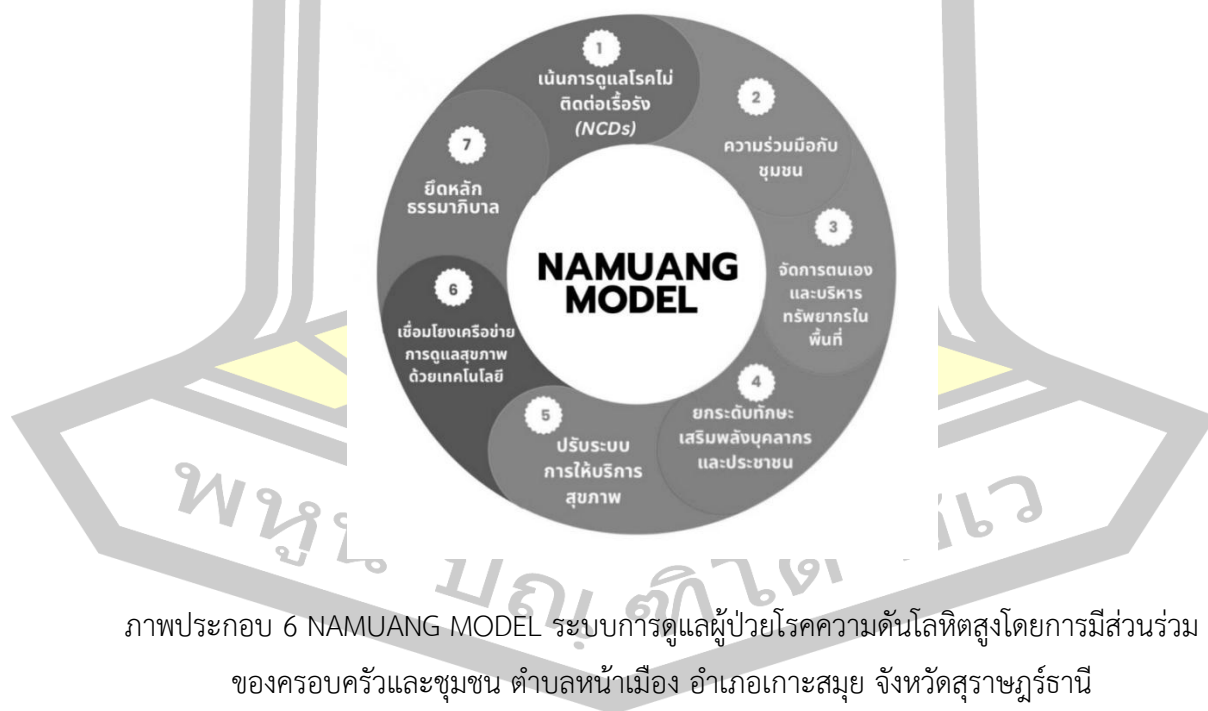
5. การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแลสุขภาพ โครงการมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การบันทึกข้อมูลสุขภาพออนไลน์ การปิดหมุดบ้านผู้ป่วย การใช้กลุ่มไลน์ “ความดันดี” เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข การใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยให้การติดตามผู้ป่วยและการให้คำปรึกษาเป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็ว และต่อเนื่อง

6. การปรับรูปแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เช่น การตั้งจุดบริการ Mini Health Station Check ในชุมชน การให้บริการสุขภาพเชิงรุกโดยทีม Family Care Team Plus การปรับปรุงรูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และการให้ความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นและต่อเนื่องมากขึ้น

7. เน้นความโปร่งใส และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การดำเนินงานพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยในชุมชนยึดหลักธรรมาภิบาลเป็นแนวทางสำคัญ โดยเน้นความโปร่งใส การมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ และการตรวจสอบได้ ทุกภาคส่วนมีโอกาสในการมีส่วนร่วม ทั้งในกระบวนการ วางแผน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

4.4.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน โดยกระบวนการ After Action Review (AAR) การดำเนินงานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ พัฒนาระบบ สามารถสะท้อนผลกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ตั้งแต่ขั้นตอนของการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนงานโครงการเพื่อแก้ปัญหา การจัดกิจกรรมใน สถานบริการและชุมชน จนกระทั่งร่วมกันสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค พร้อมเสนอแนว ทางแก้ไขเพื่อพัฒนาระบบต่อไป และสามารถสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมี ส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังนี้



NAMUANG MODEL เป็นโมเดลระบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีองค์ประกอบดังนี้

1. N : NCD Care Focused เน้นการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs ให้ครอบคลุม ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
2. A : Affiliated with Community มีความร่วมมือกับชุมชน
ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัว และหน่วยงานท้องถิ่นในการวางแผนและดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกัน
3. M : Managing Local Resources จัดการตนเองและบริหารทรัพยากรในพื้นที่
ใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น คน พื้นที่ งบประมาณ และองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ
4. U : Up Skills and Empowerment ยกกระดับทักษะ เสริมพลังบุคลากรและประชาชน
พัฒนาความรู้ ทักษะ และศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และประชาชน ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน
5. A : Adapting Care Service ปรับระบบการให้บริการสุขภาพให้เหมาะสม
ปรับกระบวนการและรูปแบบบริการให้มีความยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย และสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่
6. N : Network via Technology เชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลสุขภาพด้วยเทคโนโลยี
ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบ Telehealth, Line Group, App สุขภาพ เพื่อประสานงานและติดตามผลการดูแลผู้ป่วย
7. G : Good Governance ยึดหลักธรรมาภิบาล
ดำเนินงานอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีความรับผิดชอบ และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างเท่าเทียม

แนวคิดหลักของ NAMUANG Model

NAMUANG Model คือ กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างมีส่วนร่วม ด้วยการบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การปรับบริการให้สอดคล้องกับชุมชน และการใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงการดูแล โดยอยู่ภายใต้หลักธรรมาภิบาลที่โปร่งใสและตรวจสอบได้

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว) และชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ภายใต้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ(Action) (3) การสังเกต (Observation) และ (4) การสะท้อนผล (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์และไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 108 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน อายุตั้งแต่ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 108 คน และผู้จัดรูปแบบบริการหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำครัวเรือน จำนวน 10 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired Samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการตีความสร้างข้อสรุปข้อความจากรูปธรรม หรือข้อค้นพบที่ได้จากการสังเกต การตรวจสอบความถูกต้อง และความเชื่อถือของข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์

5.1 ความมุ่งหมายของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์ ดังนี้

5.1.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

5.2 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ขอสรุปผลที่ได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

5.2.1 สรุปการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมืองให้บริการคลินิก NCDs สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเดือนละครั้ง โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในปี 2566 จำนวน 648 คน ซึ่งจะได้รับการนัดหมายทุก 3 เดือนเพื่อประเมินอาการ รับประทานยา และรับคำปรึกษา โดยมีขั้นตอนการบริการตั้งแต่การลงทะเบียน วัตถุประสงค์การให้บริการ ประเมินพฤติกรรมการใช้ยา และตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลเกาะสมุย รวมถึงมีการตรวจเลือดประจำปี 2 ครั้ง พร้อมทั้งมีการดูแลผู้ป่วยในชุมชนผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัด เช่น การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางและความถี่ในการให้บริการที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นในระยะยาว

2. ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 108 คน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อายุเฉลี่ย 64.09 ปี (ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 61-70 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 31.48) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.41) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.89) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 36.11) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 67.60) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือบุตรหลาน (ร้อยละ 54.60) เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย (ร้อยละ 98.10) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 100) และมีระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7 ปี (ส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี) (ร้อยละ 53.80)

5.2.2 สรุปการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหน้าเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล

1. **ขั้นตอนการวางแผน (Planning)** ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยจะร่วมกันวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน เพื่อระบุปัญหา ข้อดี และข้อเสีย จากนั้นจึงร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแลใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 648 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.45% ของประชากรทั้งหมด และร้อยละ 60.20% ของผู้ป่วยเหล่านั้นไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การประชุมทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ได้วิเคราะห์ปัญหาโดยใช้แผนภูมิแกงปลา ซึ่งระบุสาเหตุหลักที่ผู้ป่วยควบคุมความดันไม่ได้ ได้แก่ ระบบบริการที่ขาดการทำงานเป็นทีมและไม่บูรณาการกับเครือข่าย นโยบาย/ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและขาดการติดตามผล บุคลากรที่ไม่เพียงพอและให้สุขศึกษาไม่ทั่วถึง ผู้รับบริการที่มีความรู้ในการดูแลตนเองปานกลาง ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทรัพยากรเครื่องวัดความดันในชุมชนไม่เพียงพอและไม่มีการตรวจสอบคุณภาพ, และงบประมาณที่จัดสรรไม่ตรงเป้าหมายและเบิกจ่ายล่าช้า

กิจกรรมที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ 25 คน พบว่า สาเหตุหลักของโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหน้าเมือง มาจากพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสเค็มและการขาดการออกกำลังกาย รวมถึงการพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด พันธุกรรม และอายุ สำหรับแนวทางการป้องกันโรคในชุมชนนั้น อสม. ได้เสนอโครงการขอทุนเพื่อจัดหาอุปกรณ์คัดกรองและให้ความรู้เรื่อง 3อ 2ส ขณะที่คณะกรรมการชุมชนเสนอโครงการออกกำลังกาย ส่วนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนจะเข้ารับบริการที่คลินิก NCD ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลเกาะสมุย ตรวจเดือนละครั้งและให้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ แต่ยังคงขาดการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้คำแนะนำที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นหลัก โดยไม่

มีการพูดคุยกับญาติหรือผู้ดูแล แม้ รพ.สต. จะให้ อสม. ติดตามอาการและวัดความดัน รวมถึงมีการตรวจสุขภาพประจำปีและระบบส่งต่อผู้ป่วย แต่การมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัวยุคใหม่ และ รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยยังอยู่ในระดับน้อย และยังไม่มีการวางแผนงานโครงการร่วมกันเพื่อจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างแท้จริง

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบ ได้มีการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2567 ณ รพ.สต. หน้าเมือง โดยมีผู้เกี่ยวข้อง 10 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมสังเกตการณ์ การสนทนามุ่งเน้นการสรุปแผนงานโครงการและกิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน และวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ พร้อมสร้างรูปแบบการดำเนินงานใหม่ตาม ทฤษฎีตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก (ทรัพยากรและนโยบายชุมชน, การจัดระบบองค์การสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลสุขภาพ) กระบวนการสนทนากลุ่มประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ กำหนดกติการ่วมกัน กระตุ้นการมีส่วนร่วมผ่านการอภิปรายกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และสร้างความคาดหวัง รวมถึงการสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยใช้ศักยภาพของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์สำคัญจากการสนทนากลุ่มนี้คือ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนงานโรคความดันโลหิตสูง และการสรุปแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามแผนที่วางไว้ มีจำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้

1. การประกาศนโยบาย “คนหมยร่วมใจห่างไกล NCDs”
2. โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย
3. กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน
 - คลินิก HT สุขใจ
 - Mini Health station check (สถานีสุขภาพ)
 - พัฒนา Family Care Team plus เยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. กิจกรรม Smart We care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ

2.ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหน้าเมือง ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ยั่งยืน คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยทีมบริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคประชาชน แบ่งออกเป็น 4 ทีมหลัก ได้แก่ 1) คณะกรรมการอำนวยการ ที่กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย 2) คณะกรรมการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง ที่รับผิดชอบการจัดทำแผนการให้ความรู้ การจัดระบบในคลินิก และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 3) คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่ออกแบบและจัดการข้อมูลผู้ป่วย และ 4) คณะกรรมการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่วางแผนและดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงให้คำปรึกษาและ

สนับสนุนด้านจิตสังคม การจัดตั้งคณะกรรมการนี้จึงเป็นการเน้นย้ำถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและยั่งยืนทั้งในสถานบริการและในชุมชน

3.การดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการ ทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

การดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหน้าเมือง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การประกาศนโยบายสุขภาพ "คนหมุ่ยร่วมใจห่างไกล NCDs" เพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเน้นการลดโซเดียม ส่งเสริมการออกกำลังกาย การใช้เทคโนโลยี และการปรับระบบบริการ 2) โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย ซึ่งให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและผู้ป่วยได้ดีขึ้น 3) กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกในชุมชนผ่าน "คลินิก HT สุขใจ" ที่เพิ่มการเข้าถึงบริการและมีบริการส่งยา "Monkey delivery", "Mini Health station check" ซึ่งเป็นสถานตรวจสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน และการพัฒนาทีมเยี่ยมบ้าน "Family Care Team plus" ที่เพิ่มศักยภาพทีมในการติดตามและให้คำแนะนำผู้ป่วย และ 4) กิจกรรม Smart We Care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ ที่นำเทคโนโลยี (เช่น LINE) มาใช้ในการสื่อสาร เตือนกินยา และปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

4.ขั้นตอนการสังเกต (Observation) ของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้มีการติดตามผลใน 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มจากการ 1) การวิเคราะห์ปัญหา ที่พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ต้องการการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุข ต่อมาในการ 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันวางแผน 4 กิจกรรม พร้อมจัดตั้งคณะกรรมการและงบประมาณที่ชัดเจน สะท้อนความมุ่งมั่นของทุกฝ่าย 3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ พบว่าผู้นำมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและการประชาสัมพันธ์ ขณะที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมเยี่ยมบ้านให้ความร่วมมืออย่างดี และ 4) การติดตามผลการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการฯ มีการประชุมทุกเดือนเพื่อประเมินความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหา สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทั้งหมดเป็นไปตามบทบาทของคณะกรรมการขับเคลื่อนฯ โดยใช้หลักการจัดการโรคเรื้อรัง (CCM) และขับเคลื่อนด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประกาศนโยบาย "คนหมุ่ยร่วมใจ ห่างไกล NCDs" โครงการลดโซเดียม กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุก และ Smart We Care

5.ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ข้อมูลจากการวางแผนครบถ้วนแม้จะมาจากหลายแหล่ง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาระบบดูแลแบบมีส่วนร่วม 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การประกาศนโยบายสุขภาพ "คนหมุ่ยร่วมใจ ห่างไกล NCDs" และการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของของชุมชนในการกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนงานสุขภาพปทุมภูมิ 2) โครงการ "ลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย" เน้นการให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่พบข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาอบรมและความซับซ้อนของงบประมาณ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของ ผู้ป่วย 3) กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน ได้แก่ "คลินิก HT สุขใจ" ที่ต้องปรับปรุงระบบจูงใจให้ครอบคลุม และการพัฒนาทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus รวมถึง Mini

Health Station Check ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้เน้นการออกแบบระบบที่ยืดหยุ่นและเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ และ 4) กิจกรรม Smart We Care ที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสาร ติดตามสุขภาพ และประสานงาน ช่วยให้เจ้าหน้าที่เข้าถึงข้อมูลและผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยสรุป การวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างนโยบายที่ตอบสนองความต้องการในพื้นที่ การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม และการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างระบบดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

5.2 ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

5.2.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในตำบลหน้าเมือง เกาะสมุย 108 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 69.4 อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 35.19 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.48 จบประถมศึกษา ร้อยละ 57.41 สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.89 มีรายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.11 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 67.60 มีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 54.60 สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ร้อยละ 98.10 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงป่วยมาแล้วไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 53.80 ซึ่งมีระยะเวลาป่วยโดยเฉลี่ย 7 ปี

2. ดัชนีมวลกาย (BMI) ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 108 คน ที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการดำเนินการกลุ่มที่มี BMI ปกติ (น้อยกว่า 25 Kg/m^2) มีค่าเฉลี่ย BMI ลดลงจาก 24.52 Kg/m^2 เหลือ 22.85 Kg/m^2 ในขณะที่กลุ่มที่มีภาวะอ้วน (BMI มากกว่า 25 Kg/m^2) มีค่าเฉลี่ย BMI ลดลงจาก 29.37 Kg/m^2 (ก่อนดำเนินการ) เป็น 26.21 Kg/m^2 (หลังดำเนินการ) ดังแสดงในตาราง 7

3. ระดับความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังจากการพัฒนาระบบฯ พบว่า ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังการดำเนินกิจกรรม โดยก่อนดำเนินการความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.17 แต่หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงถึง ร้อยละ 94.10 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ป่วยมีความรู้สูงในเรื่องการรับประทานยาสม่ำเสมอและการไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 87.96 รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 85.18 และการสังเกตอาการผิดปกติ ร้อยละ 84.25 ขณะที่หลังดำเนินการ ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกด้าน โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ร้อยละ 98.15 และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 98.15

4. ทักษะชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการดูแลตนเองดีขึ้น จากระดับปานกลาง 3.10 คะแนน เป็น 3.46 คะแนน หลังการพัฒนาระบบโดยเฉพาะเรื่องประโยชน์ของคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้คะแนนสูงสุดทั้งก่อนและหลัง (3.55 และ 3.81 คะแนนตามลำดับ)

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ โดยผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 3.21 คะแนน เป็น 3.55 คะแนน จากผลการศึกษายังพบว่า ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรับประทานยาเป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุดทั้งก่อนและหลัง ดำเนินการ ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญและปฏิบัติได้ดีในด้านเหล่านี้ โดยเฉพาะการตรวจวัด ความดันโลหิตเป็นประจำ ส่วนในด้านการรับประทานและการออกกำลังกาย มีคะแนนต่ำกว่า ด้านอื่น ๆ และยังคงเป็นจุดที่ต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และการดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นพฤติกรรม ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอย่างชัดเจนทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

6. หลังจากการดำเนินการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากค่า คะแนนเฉลี่ย 3.63 เป็น 4.31 คะแนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ในการให้คำแนะนำและตรวจวัดความดันโลหิต รวมถึงบทบาทที่เพิ่มขึ้นของครอบครัวใน การให้กำลังใจ ชื่นชม และแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ส่วนการปรับพฤติกรรม เช่น การ ซักขวนให้ออกกำลังกายและการเตรียมอาหารลดโซเดียม ยังคงเป็นส่วนที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม เนื่องจากมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

7. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ทั้งในค่าของความดันโลหิตขณะ หัวใจบีบตัวและคลายตัว โดยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงจาก 156.24 เหลือ 126.52 และ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดลงจาก 97.53 เหลือ 75.15

5.2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 108 คนในตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.11 มีอายุเฉลี่ย 39.58 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 35.19 และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 34.26 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.25 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 40.74 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 77.78 ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.85 ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 คน ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.22 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 37.97 และเป็น หลานร้อยละ 30.55 กับผู้ป่วย

2. ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังจากการดำเนินการ โดยก่อน ดำเนินการมีเพียงร้อยละ 75.74 ที่มีความรู้ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.49 ในระดับสูงหลังการดำเนินการ โดยก่อนดำเนินการผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ที่สุดใน เรื่องการรับประทานยาสม่ำเสมอและการไปตรวจตามนัด ส่วนหลังดำเนินการผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของอาหารเค็มและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นสูงสุด

3. ทศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาทศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับประทาน การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน ภายหลัง ดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 3.59 คะแนน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทศนคติที่ดีที่สุด คือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรับประทานยา โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่า "ความดันโลหิตสูง

จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาและรับยา" ซึ่งมีคะแนนสูงสุดทั้งก่อนและหลังดำเนินการ ส่วนทัศนคติที่ต้องปรับปรุง คือ ด้านการออกกำลังกาย โดยเฉพาะความเข้าใจที่ว่า "การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง" ซึ่งเป็นข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

5.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

1) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหน้าเมืองประสบความสำเร็จประกอบด้วย 7 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ความร่วมมือที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ซึ่งรวมถึงผู้บริหารและคณะกรรมการทำงานที่ให้ความสำคัญและปรับปรุงระบบบริการให้ทันสมัย 2) การวางแผนงานที่เหมาะสม โดยศึกษาปัญหาจากข้อมูลจริงและร่วมกันวิเคราะห์วางแผนโครงการ 3) การเพิ่มพูนความรู้ ให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรม 4) ทัศนคติเชิงบวก ของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ส่งเสริมการดูแลและปฏิบัติตามคำแนะนำ 5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ที่มีความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง 6) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ทั้งด้านอารมณ์และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และ 7) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีการออกแบบบริการเชิงรุกและการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

"NAMUANG Model" เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมในตำบลหน้าเมือง พัฒนาจากการถอดบทเรียนและเน้นให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาจนถึงการสรุปผล โมเดลนี้ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ N: NCD Care Focused (เน้นการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบครบวงจร), A: Affiliated with Community (ส่งเสริมความร่วมมือกับชุมชน) M: Managing Local Resources (บริหารจัดการและใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ), U: Up Skills and Empowerment (ยกระดับทักษะและเสริมพลังบุคลากรและประชาชน), A: Adapting Care Service (ปรับระบบบริการให้เหมาะสมและเข้าถึงง่าย) N: Network via Technology (เชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลด้วยเทคโนโลยี) และ G: Good Governance (ยึดหลักธรรมาภิบาล) ดังนั้น NAMUANG Model คือ กรอบแนวคิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนที่บูรณาการทรัพยากร พัฒนาศักยภาพ ปรับบริการ และใช้เทคโนโลยีภายใต้หลักธรรมาภิบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

5.3 อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ภายใต้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเลือกใช้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual Collaborative Approach) ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกต (Observation) และ (4) การสะท้อนผล (Reflection) จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และครอบครัว โดยการจัดการสุขภาพโดยใช้แนวคิด Chronic Care Model (CCM) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 ทรรศนะและนโยบายของชุมชน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึง การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากระดับปานกลางเป็นระดับดีขึ้นหลังจากการดำเนินการพัฒนาระบบฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.63 คะแนน เป็น 4.31 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถกระตุ้นและส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่น่าสนใจคือ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญและมีคะแนนการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการให้คำแนะนำและการตรวจวัดความดันโลหิต สิ่งนี้ตอกย้ำถึงความสำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกลไกการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานที่แข็งแกร่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทของชุมชนนอกจากนี้บทบาทของครอบครัวก็มีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะการให้กำลังใจ การชื่นชม และการแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์/ตรวจตามนัด ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการดำเนินการ แสดงให้เห็นว่าครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางจิตใจและอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ภาพรวมจะดีขึ้น แต่ด้านการปรับพฤติกรรมยังคงเป็นจุดที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการชักชวนให้ออกกำลังกายและการเตรียมอาหารลดเค็ม/โซเดียมจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งยังคงมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้ครอบครัวจะมีการสนับสนุนในด้านอื่นๆ แต่ในมิติของพฤติกรรมปฏิบัติที่ต้องการความรู้ ความเข้าใจ และความพยายามอย่างต่อเนื่องนั้น ครอบครัวยังคงมีช่องว่างที่สามารถเข้ามามีบทบาทและเรียนรู้ที่จะสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างยั่งยืน

จากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยครอบคลุมทั้งบริการเชิงรับและเชิงรุก พบว่า การจัดระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการในบริบทของชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ดังนี้

1. การประกาศนโยบายสุขภาพ “คนหมยร่วมใจ ห่างไกล NCDs”

การประกาศนโยบายสุขภาพ “คนหมยร่วมใจ ห่างไกล NCDs” และการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนฯ เป็นการดำเนินงานที่สะท้อนการจัดการสุขภาพโดยใช้แนวคิด Chronic

Care Model (CCM) ได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในองค์ประกอบของ Community Resources and Policies และ Health Care Organization ซึ่งเน้นการสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนและองค์กรสุขภาพที่ทำงานเชิงรุกร่วมกันอย่างเป็นระบบ การสร้างนโยบายจากฐานของปัญหาในพื้นที่เอง พร้อมทั้งเปิดพื้นที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบ วางแผน และติดตามผล ถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่ส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) ซึ่งเป็นหัวใจของการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับปฐมภูมิ ทั้งยังช่วยลดช่องว่างระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน ทำให้เกิดการตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะในชุมชนได้อย่างตรงจุดมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ การแบ่งหน้าที่ของคณะกรรมการย่อยยังช่วยให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ลดการกระจุกตัวของภาระงาน และส่งเสริมการมีบทบาทของทุกภาคส่วนในระดับที่เหมาะสม โดยเฉพาะบทบาทของ อสม. และจิตอาสาซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงชุมชนกับระบบสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีรัตน์ วงศ์ทอง และคณะ (2563) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสร้างนโยบายและการจัดการโดยใช้ทีมสุขภาพชุมชนมีผลอย่างมากต่อการเพิ่มอัตราการควบคุมความดันในกลุ่มผู้ป่วย และยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งสะท้อนกับงานวิจัยนี้ที่มีการแบ่งหน้าที่ของคณะกรรมการย่อยรวมถึงบทบาทของ อสม. และจิตอาสา ช่วยให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและลดภาระงาน ทำให้การดูแลผู้ป่วยเข้าถึงชุมชนได้ดีขึ้น อีกทั้งการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยมีนโยบายสุขภาพ "คนหมยร่วมใจ ห่างไกล NCDs" ที่มาจากปัญหาในพื้นที่และเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จและสอดคล้องกับแนวคิดของ Wagner *et al.*, (2001) ผู้พัฒนา Chronic Care Model ได้ชี้ว่า การสร้างนโยบายสาธารณสุขและการสนับสนุนจากชุมชนจะเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นหัวใจของการจัดการโรคเรื้อรังที่ได้ผลในระยะยาว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นโยบายที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น สอดคล้องกับสุริรัตน์ เพ็ชรรัตน์ (2565) รายงานการพัฒนานโยบายสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่นและประชาชน มีผลต่อความสามารถในการวางแผนสุขภาพและสร้างความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการสุขภาพของชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนนโยบายช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อน นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับข้อสรุปของ กมล กลิ่นไทย และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยพยากรณ์การให้บริการของทีมสหวิชาชีพตามแนวทางของ Chronic Care Model คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ สปสช. เขต 3 นครสวรรค์ ที่ได้สรุปถึงปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้การนำ CCM ไปปฏิบัติให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอันประกอบด้วยปัจจัยภายในองค์กร ได้แก่ การนำองค์กรโดยผู้นำที่เข้มแข็งและการวางกลยุทธ์ในการพัฒนาที่มีคุณภาพของหน่วยงานนั้นๆ และปัจจัยภายนอกองค์กร ได้แก่ นโยบายสุขภาพ การวางแผน และการสนับสนุนของผู้บริหาร คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง ดังนั้นการที่ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ จึงเป็นการตอกย้ำว่า แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนจาก บุคลากรท้องถิ่น และการสร้างนโยบายที่แข็งแกร่งและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ เป็นแนวทางที่มี ประสิทธิภาพและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร ศรีสุวรรณ (2561) ที่รายงานว่าการประกาศนโยบายระดับพื้นที่ที่ไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มักจะกลายเป็นเพียง กิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการ "ประกาศ" นโยบาย "คนหมุยร่วมใจ ห่างไกล NCDs" แต่มีการดำเนินการที่ลึกซึ้งและต่อเนื่องกว่ามาก โดยสร้างนโยบายจากปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ทำให้คนในพื้นที่รู้สึกว่าเป็นโครงการเป็นของพวกเขาเอง (ownership) เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงตั้งแต่การออกแบบไปจนถึงการติดตามผล มีระบบติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ทันท่วงที และมีการจัดตั้งคณะกรรมการ ขับเคลื่อนและแบ่งหน้าที่อย่างชัดเจน รวมถึงบทบาทของ อสม. และจิตอาสา เพื่อให้มั่นใจว่าแผนงาน ถูกนำไปปฏิบัติจริงและเป็นระบบ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shediac-Rizkallah & Bone (1998) ที่อธิบายถึงความล้มเหลวของหลายโครงการในชุมชนที่เริ่มต้นจากนโยบายส่วนกลาง โดยไม่มีการประเมินบริบทท้องถิ่นอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องระหว่างแนวทางกับ ปัญหาจริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้ได้นำแนวทางการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ โดยเน้นการประเมินบริบทท้องถิ่นอย่างเข้มข้น และเริ่มต้นจากปัญหาในพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วม ของชุมชนตั้งแต่แรกเริ่ม กระบวนการนี้ทำให้มั่นใจว่าแนวทางการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนั้น เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของตำบลหน้าเมือง โดยไม่มีการบังคับใช้นโยบาย จากส่วนกลางโดยไม่คำนึงถึงสภาพการณ์และข้อจำกัดของชุมชน ซึ่งส่งผลให้แนวทางมีความ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างแท้จริง

ดังนั้นนโยบาย "คนหมุยร่วมใจ ห่างไกล NCDs" ไม่ใช่แค่การประกาศ แต่เป็นการ วางรากฐานการจัดการสุขภาพปฐมภูมิที่ยั่งยืน โดยใช้หลักการของ CCM ที่เน้นการทำงานร่วมกัน ระหว่างชุมชนและองค์กรบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม การสร้างนโยบายจากปัญหา ในพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนที่แข็งแกร่ง ล้วน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพของคนหมุยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงจุด และยั่งยืนใน ระยะยาว ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างแท้จริง

องค์ประกอบที่ 2 การจัดระบบองค์กรสุขภาพ

1. การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยแบ่งการทำงานออกเป็น 4 ทีม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างครอบคลุมทั้งในเชิง โครงสร้างและกระบวนการ ตั้งแต่ผู้นำชุมชน อสม. ไปจนถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพลังของการกระจายอำนาจการบริหารจัดการสุขภาพสู่ระดับชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพลังของการ

กระจายอำนาจการบริหารจัดการสุขภาพสู่ระดับชุมชน" มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการกระจายอำนาจไม่ได้หมายถึงแค่การถ่ายโอนภารกิจ แต่เป็นการถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจ การวางแผน และการจัดการทรัพยากรบางส่วนให้กับชุมชน สิ่งนี้ทำให้เกิดการแก้ปัญหาตรงจุด ชุมชนเข้าใจปัญหาของตนเองดีที่สุด การให้อำนาจในการจัดการช่วยให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะของพื้นที่ เพิ่มความรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของ เมื่อชุมชนมีอำนาจในการจัดการย่อมมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนและช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพ การที่ชุมชนได้ลงมือทำและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และขีดความสามารถของชุมชนในการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์ (2563) ศึกษาผลการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในการแก้ไขปัญหาความดันโลหิตสูงอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กระบวนการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะทำงานที่ลงถึงระดับพื้นที่ในชุมชน 2) การจัดทำแผนงาน โครงการที่มาจากวิเคราะห์และ วางแผนของภาคีเครือข่ายและประชาชน 3) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการทั้งเชิงรับ และเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งบุคลากรจากภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ทักษะที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความสอดคล้องนี้ยืนยันว่าการจัดระบบองค์กรสุขภาพที่เน้นการกระจายอำนาจ การสร้างการมีส่วนร่วมอย่างครอบคลุม และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จและยั่งยืนในระยะยาว และจากการศึกษาดังกล่าวต่างชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการกระจายอำนาจการบริหารจัดการสุขภาพสู่ระดับชุมชน และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่ง ซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการจัดตั้งคณะกรรมการและทีมงานที่หลากหลายในชุมชนเช่นนี้ ไม่ได้เป็นเพียงการบริหารจัดการ แต่เป็นการนำแนวคิด CCM มาปรับใช้เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพที่เข้มแข็ง ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ โดยใช้พลังของชุมชนเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนนโยบายและกิจกรรมต่าง ๆ

2. การมีจิตอาสาและความสมัครใจของสมาชิกแต่ละทีม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ที่ช่วยสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการดำเนินงาน อีกทั้งยังสะท้อนถึงแนวคิดของการพัฒนาศักยภาพชุมชน (community capacity building) และการเรียนรู้ร่วมกัน (collaborative learning) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ การที่สมาชิกแต่ละทีมมีจิตอาสาและความสมัครใจถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างแรงจูงใจภายใน ทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะมาจากความมุ่งมั่นตั้งใจของแต่ละบุคคล ไม่ใช่แค่การถูกสั่งการ ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดสำคัญของการพัฒนาศักยภาพชุมชน (community capacity building) ที่คน

ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและสร้างความเข้มแข็งด้วยตนเอง รวมถึงส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (collaborative learning) ผ่านการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ภายในทีม อันเป็นหัวใจหลักของการจัดการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิให้ประสบความสำเร็จและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Ryan & Deci (2000) ที่กล่าวว่า แรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ที่เกิดจากจิตอาสาและความสมัครใจ เป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญกว่าการถูกสั่งการหรือการได้รับผลตอบแทนภายนอก (extrinsic motivation) ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน เช่น การศึกษาในโครงการอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่า อสม. ที่มีจิตบริการและรู้สึกถึงคุณค่าในสิ่งที่จะมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่าความมุ่งมั่นส่วนบุคคลนี้ส่งผลโดยตรงต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืน ของกิจกรรมดูแลสุขภาพ เนื่องจากสมาชิกจะยังคงปฏิบัติหน้าที่แม้เผชิญกับอุปสรรคหรือขาดการสนับสนุนจากภายนอก ซึ่งแตกต่างจากการทำงานที่ขับเคลื่อนด้วยการบังคับบัญชาที่มักจะหยุดชะงักเมื่อไม่มีการกำกับดูแล

ดังนั้นการมีจิตอาสาและความสมัครใจของสมาชิกในทีมไม่เพียงแต่ทำให้งานด้านการดูแลสุขภาพเดินหน้าไปได้เท่านั้น แต่ยังเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรับมือกับโรคความดันโลหิตสูง การที่คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจจะช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชนเอง โดยอาสาสมัครเหล่านี้จะกลายเป็นกำลังสำคัญในการขยายเครือข่ายการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และติดตามผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันนี้จึงนำไปสู่การสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนจากภายในชุมชน ซึ่งช่วยให้การจัดการโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้จริงสำหรับทุกคนในพื้นที่

3. การประชุมของแต่ละทีมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา สะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับ “กระบวนการ” มากกว่าผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่เน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ร่วมกัน และการปรับปรุงต่อเนื่องจากประสบการณ์จริงของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธัญญา หงษ์ทอง (2565) ที่รายงานว่า การแบ่งคณะทำงานในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยสร้างความรับผิดชอบร่วม และส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของในงานสุขภาพของคนในพื้นที่ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณภา แสงเดือน (2561) พบว่าการมีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยคนหลากหลายบทบาทในชุมชน เช่น อสม. ครู ผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนมีมุมมองที่ครอบคลุมมากขึ้น และผลการศึกษาของ Laverack & Labonte (2000) กล่าวถึงการสร้างขีดความสามารถของชุมชนผ่านโครงสร้างการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบ จะช่วยให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์

และจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผลการศึกษานี้สอดคล้องกันเพราะต่างชี้ให้เห็นถึงพลังของการทำงานร่วมกัน การมีส่วนร่วม และการให้ความสำคัญกับกระบวนการ ในการแก้ปัญหาไม่ว่าจะเป็นในบริบทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การสร้างความรับผิดชอบในชุมชน การรวมมุมมองที่หลากหลาย หรือการสร้างขีดความสามารถของชุมชน แนวคิดเหล่านี้ล้วนนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยูร ใจตรง (2559) ซึ่งว่าการตั้งคณะกรรมการในชุมชนโดยไม่มีการเสริมพลังอย่างต่อเนื่องและไม่มีการประชุมสะท้อนผล จะไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้ เนื่องจากขาดการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน และการศึกษาของ Wallerstein & Duran (2010) เตือนว่าการมีคณะกรรมการเพียงในนาม หรือการแบ่งทีมโดยขาดบทบาทหน้าที่ชัดเจน อาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการดำเนินงาน หากไม่มีการกำกับดูแลและสนับสนุนอย่างเพียงพอ การทำงานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การให้ความสำคัญกับกระบวนการเพียงอย่างเดียวอาจไม่พอ หากขาดปัจจัยสำคัญอื่น ๆ เช่น การเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง การประชุมสะท้อนผลการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน และการกำกับดูแลสนับสนุนอย่างเพียงพอ เพื่อให้กระบวนการนั้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้จริง ทั้งนี้จากผลการวิจัยที่ผ่านมาทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องแสดงให้เห็นว่า การจัดตั้งคณะกรรมการและแบ่งทีมนั้นเป็นเพียงจุดเริ่มต้น ความสำเร็จที่ยั่งยืนขึ้นอยู่กับ การบำรุงรักษาแรงจูงใจ การเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง และการกำกับดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้กลไกที่สร้างขึ้นมานั้นทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมต่อการดูแลสุขภาพของชุมชน

ดังนั้นการจัดระบบองค์กรสุขภาพผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนและทีมย่อยสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีของการนำหลักการจัดการสุขภาพยุคใหม่มาประยุกต์ใช้ โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างแรงจูงใจภายใน และการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเผชิญหน้ากับความท้าทายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง

จากผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพอย่างไร้ใน การเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วย โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 75.74 เป็นร้อยละ 95.49 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการให้ความรู้ที่ดำเนินการไปนั้น สามารถถ่ายทอดข้อมูลและความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไปสู่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากความรู้เป็นรากฐานของการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุ ผลกระทบ การจัดการโรค และแนวทางการปฏิบัติตน พวกเขาจะมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ความรู้จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่การจะแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างยั่งยืนนั้นอาจต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น

ทัศนคติที่ดี แรงจูงใจ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าทัศนคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการดูแลตนเอง มีแนวโน้มที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง 3.10 คะแนน เป็น 3.46 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถส่งผลเชิงบวกต่อมุมมองและความเชื่อของผู้ป่วย เกี่ยวกับการจัดการโรคด้วยตนเองได้ สิ่งที่น่าสนใจคือ ทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยต่อประโยชน์ของ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้คะแนนสูงสุดทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ 3.55 และ 3.81 คะแนนตามลำดับ ผลลัพธ์นี้เน้นย้ำถึงความสำคัญและบทบาทอันเป็นที่ยอมรับของบุคลากร สาธารณสุข ในฐานะแหล่งข้อมูลและความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติ เชิงบวกต่อคำแนะนำเหล่านี้ ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ภาพรวมทัศนคติจะดีขึ้น แต่ยังคงมีจุดที่ต้องพัฒนาคือ ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ซึ่งยังคงเป็นด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุด แม้จะมีการปรับปรุง เล็กน้อยหลังได้รับความรู้ก็ตาม สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าเพียงแค่การให้ความรู้ อาจยังไม่เพียงพอที่จะ เปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงลึกในบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายามหรือมีการ เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจ การให้การสนับสนุนที่เข้าถึงได้ และ การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย อาจจำเป็นต้องใช้แนวทางที่ หลากหลายและเข้มข้นยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติจริงในที่สุด

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงยังคงอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยจาก 3.21 เป็น 3.55 คะแนน หลังการดำเนินการก็ตาม ซึ่งบ่งชี้ว่าการแทรกแซงมีผลช่วยให้พฤติกรรมดีขึ้น แต่ยังไม่ถึงระดับที่น่า พึงพอใจและจำเป็นต้องมีการส่งเสริมเพิ่มเติม ประเด็นที่น่าสนใจคือผู้ป่วยให้ความสำคัญและปฏิบัติได้ ดีในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจวัดความดัน โลหิตเป็นประจำ ซึ่งมีคะแนนสูงสุดทั้งก่อนและหลังดำเนินการ สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความ ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมโรคผ่านการใช้อาหารและการเฝ้าระวังอาการ ซึ่งอาจเป็นผลมา จากการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและสม่ำเสมอจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในทางกลับกัน ด้านการ รับประทานอาหารเช้าและการออกกำลังกายยังคงเป็นจุดอ่อนสำคัญที่ต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมี คะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ อย่างชัดเจน และที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมี คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดและยังคงเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติอยู่มากทั้งก่อนและหลัง ดำเนินการ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีการให้ความรู้ไปแล้ว แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านเหล่านี้ ยังคงเป็นเรื่องท้าทาย อาจเป็นเพราะพฤติกรรมเหล่านี้หยั่งรากลึกในวิถีชีวิตประจำวัน และต้องการ การสนับสนุนที่เข้มข้นขึ้น การสร้างแรงจูงใจที่แข็งแกร่ง หรือการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อ

การปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงและหันมาดูแลตนเองในด้านเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากผลการศึกษาดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังจกดำเนินการ กลุ่ม BMI ปกติ ($BMI < 25$) มีค่าเฉลี่ย BMI ลดลงจาก 24.52 Kg/m^2 (ก่อนดำเนินการ) เป็น 22.85 Kg/m^2 (หลังดำเนินการ) แม้ว่าค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่การลดลงนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีการจัดการน้ำหนักตัวที่ดีขึ้น หรือยังคงรักษาน้ำหนักตัวในเกณฑ์สุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลุ่ม BMI อ้วน ($BMI > 25$) มีค่าเฉลี่ย BMI ลดลงจาก 29.37 Kg/m^2 (ก่อนดำเนินการ) เป็น 26.21 Kg/m^2 (หลังดำเนินการ) การลดลงนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการบ่งชี้ว่าการดำเนินการกิจกรรมพัฒนาสุขภาพที่จัดขึ้นมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนสามารถลดดัชนีมวลกายลงได้ ผลลัพธ์โดยรวมนี้สะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินการมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการกับน้ำหนักตัวได้ดีขึ้น ซึ่งการลดลงของ BMI ไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มปกติหรือกลุ่มอ้วน ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลง BMI ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่มชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพที่ชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติของการดำเนินการในการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ทั้งค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure - SBP) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure - DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงอย่างมากจากเฉลี่ย 156.24 mmHg เหลือ 126.52 mmHg ซึ่งเป็นการลดลงที่นำไปสู่ระดับความดันโลหิตปกติหรือใกล้เคียงปกติในผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทำนองเดียวกัน ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวจะลดลงจาก 97.53 mmHg เหลือ 75.15 mmHg ซึ่งสะท้อนถึงการควบคุมโรคที่ดีขึ้นเช่นกัน การลดลงของค่าความดันโลหิตทั้งสองค่านี้ นับเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุดของความสำเร็จในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากระดับความดันโลหิตที่ลดลงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไต การที่ผลลัพธ์ทางคลินิกนี้เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงยืนยันถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมที่ดำเนินการไป ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ การส่งเสริมทัศนคติที่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง หรือการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม

หลังมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า โครงการ “ลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย” สะท้อนแนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) ที่ไม่เพียงมุ่งเน้นการรักษาทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทในการตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด self-management support ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การใช้เครื่องวัดความดัน การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการลดเครียด ล้วนเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความรู้และการปฏิบัติจริง อันจะตอบสนองต่อเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของโครงการที่เน้นการจัดกิจกรรมภายในวันเดียว เป็นบทเรียนที่มีคุณค่าซึ่งตอกย้ำว่า คุณภาพของการเรียนรู้ไม่สามารถเร่งรัดได้ในระยะเวลาจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเนื้อหามีความหลากหลายและครอบคลุมหลายมิติ ข้อเสนอเรื่องการจัดการกิจกรรมแบบต่อเนื่องหรือแทรกในกิจวัตรของชุมชนจึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) และการเรียนรู้ตามบริบท (situated learning) ในด้านการบริหารจัดการ งบประมาณและขั้นตอนที่ซับซ้อนอาจเป็นอุปสรรค แต่การพัฒนางานความรู้ด้านการเขียนโครงการและการเงินของทีมงาน ซึ่งเป็นผลลัพธ์เชิงพัฒนาที่ควรค่าแก่การยกระดับให้เป็นจุดแข็งในโครงการถัดไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนพร วิเศษสุวรรณภูมิ (2564) พบว่าการจัดกิจกรรมฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรดำเนินการแบบต่อเนื่องและมีการติดตามผล จึงจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lorig *et al.*, (2001) เสนอว่าโปรแกรม self-management ที่มีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อบริบทของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และสุนทรทิพย์ สุวรรณโชติ (2562) ระบุว่า โครงการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวควบคู่กับผู้ป่วย มีแนวโน้มในการเพิ่มความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและช่วยลดความดันโลหิตได้จริงในระยะยาว ทั้งนี้งานวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เพราะเน้นที่ความสำคัญของความต่อเนื่องและการบูรณาการเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนแต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตติพร เกตุแก้ว (2560) พบว่า การจัดกิจกรรมอบรมระยะสั้นแบบ 1 วัน หากมีการออกแบบให้มีการฝึกปฏิบัติจริงร่วมด้วย สามารถสร้างความเข้าใจและความจดจำได้เพียงพอโดยไม่ต้องจัดอย่างต่อเนื่อง และผลการศึกษาของ Clark *et al.*, (2013) รายงานว่า บางชุมชนในพื้นที่เมืองหากจัดกิจกรรมสุขภาพเป็นระยะยาว อาจทำให้เกิดการลดความสนใจและเบื่อหน่ายจากผู้เข้าร่วม หากไม่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมให้ทันสมัยและมีแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ความไม่สอดคล้องดังกล่าวอาจเกิดจากมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้กิจกรรมมีประสิทธิภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การออกแบบกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติ แม้จะเป็นระยะสั้น ก็สามารถสร้างความเข้าใจได้

และความต่อเนื่องในระยะยาวอาจต้องเผชิญกับปัญหาความเบื่อหน่าย หากขาดการปรับปรุงและแรงจูงใจที่เหมาะสม

ดังนั้นสะท้อนให้เห็นว่าโครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย มีพื้นฐานแนวคิดที่ดีในการส่งเสริม self-management และ holistic care แต่ยังมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาที่สามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ การผสมผสานระหว่างการให้ความรู้และทักษะที่กระชับในระยะสั้นกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและการติดตามผล ซึ่งอาจเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุด ทั้งนี้การออกแบบโครงการในอนาคตควรคำนึงถึงบริบทของชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจและรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการแทรกซึมเข้าสู่ชีวิตประจำวัน หรือการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมให้มีความแปลกใหม่และน่าสนใจอยู่เสมอ นอกจากนี้การเรียนรู้จากจุดแข็งและจุดอ่อนของโครงการนี้จะช่วยให้การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพในอนาคตมีความรอบคอบและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้าง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลสุขภาพเชิงรุก

องค์ประกอบที่ 4 การออกแบบระบบบริการสุขภาพ

กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน

1. การดำเนินงานของ “คลินิก HT สุขใจ” ที่มุ่งเน้นการให้บริการเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเน้นการนัดหมายล่วงหน้าและการใช้ระบบออนไลน์เพื่อจัดการเอกสารและลดขั้นตอนในการรับบริการ ซึ่งสะท้อนถึงการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้กับระบบบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (e-Health for efficiency) โดยการกำหนดวันบริการเฉพาะทำให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านบุคลากรและเวลาการให้บริการ ส่งผลให้มีเวลามากขึ้นสำหรับการให้คำปรึกษาแบบเฉพาะบุคคล และสามารถติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้ใกล้ชิดยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน เช่น ความไม่ครอบคลุมของระบบจองคิวออนไลน์ และข้อจำกัดด้านบุคลากร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดทักษะด้านเทคโนโลยี สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการที่เน้นเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่ตอบโจทย์ความหลากหลายของบริบทในชุมชนการเสนอให้ใช้ ระบบคิวแบบผสมผสาน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ในการช่วยเหลือด้านการเข้าถึงบริการจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของไทย ซึ่งยังคงมีช่องว่างด้านดิจิทัลในหลายพื้นที่ การวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการจัดกิจกรรมกลุ่มในคลินิกยังเป็นแนวทางที่เสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลตนเองและเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ บุญศล (2563) พบว่าการจัดคลินิกเฉพาะทางใน รพ.สต. ที่มีการนัดหมายล่วงหน้าและแยกวันให้บริการโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ช่วยลดความแออัดในคลินิก และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปารีชาติ กาญจนวงศ์ และคณะ (2564) ที่รายงานว่า การบูรณาการระบบจองคิวออนไลน์กับการสนับสนุนจาก อสม. มีผลช่วยให้

ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น และลดอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และการศึกษาของ Nguyen *et al.*, (2021) ระบุว่า การใช้ระบบสุขภาพดิจิทัล (digital health tools) มีประโยชน์อย่างมากในพื้นที่เมือง แต่หากไม่มีการสนับสนุนด้านดิจิทัลอย่างเหมาะสมในพื้นที่ชนบท อาจสร้างความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการ แต่ผลการศึกษารังนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา กาบอุ่น (2562) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังที่มีระบบการจองคิวออนไลน์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเมื่อเปรียบเทียบกับระบบเดิม เนื่องจากยังมีปัญหาด้านการใช้เทคโนโลยีของกลุ่มผู้สูงอายุ และยังคงต้องรอคิวในหน่วยบริการเช่นเดิมในวันที่มารับบริการ ดังนั้นการพัฒนาคลินิกเฉพาะทางในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพควรออกแบบโดยคำนึงถึงความยืดหยุ่น (flexibility) และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายไม่ควรเน้นเพียงด้านเทคโนโลยี แต่ควรมีระบบสนับสนุนผู้รับบริการ ทั้งจากครอบครัว อสม. หรือบุคลากรชุมชน รวมถึงควรมีการประเมินและปรับปรุงระบบบริการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในชุมชนได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้ความสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ เนื่องมาจากการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยทั้งการบริหารจัดการที่ดี การนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ และที่สำคัญคือการปรับให้เข้ากับบริบทและความหลากหลายของผู้รับบริการในชุมชน โดยคำนึงถึงช่องว่างทางดิจิทัลและความจำเป็นในการสนับสนุนจากบุคลากรและเครือข่ายในชุมชน

ดังนั้นผลการศึกษารังนี้ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานของคลินิก HT สุขใจ สามารถเป็นต้นแบบที่ดีในการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่การออกแบบระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพจึงไม่ควรเน้นเพียงด้านเทคโนโลยีเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงความยืดหยุ่น (flexibility) และความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก ดังนั้น การพัฒนาต่อไปควรมีระบบสนับสนุนผู้รับบริการทั้งจากครอบครัว อสม. หรือบุคลากรชุมชน เพื่อลดช่องว่างด้านดิจิทัลและเพิ่มการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้การประเมินและปรับปรุงระบบบริการอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของชุมชน

2. การดำเนินงานทีม Family Care Team Plus

การพัฒนาและดำเนินงานของทีม Family Care Team Plus ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการดูแลสุขภาพแบบเชิงรุก (proactive care) ที่เน้นการเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ หรือมีปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) และการจัดบริการปฐมภูมิที่มีศูนย์กลางอยู่ที่ครอบครัวและชุมชน จากการดำเนินงานพบว่า การเยี่ยมบ้านที่มีความต่อเนื่องและมีเป้าหมายชัดเจน ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าใจบริบทของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้สามารถออกแบบแผนการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลได้อย่าง

เหมาะสม (*individualized care plan*) นอกจากนี้ ยังเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการและสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรคในระยะยาว เพราะการพัฒนาและดำเนินงานของทีม Family Care Team Plus ไม่เพียงแต่เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างโมเดลการดูแลสุขภาพในชุมชนที่เน้นการบูรณาการ ความเข้าใจในบริบท และการสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนและมีคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา ภู่อจรร (2562) ที่ศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การเยี่ยมบ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการกลับมาเจ็บป่วยซ้ำ และเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ปิยณัฐ คำมีผล (2566) ศึกษาการพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายอำเภอชุมแพ พบว่า การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริงสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุธีรา ฮุ่นตระกูล และคณะ (2564) ที่รายงานว่า การจัดระบบเยี่ยมบ้านแบบต่อเนื่องในพื้นที่ชนบทมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ในช่วง 3 เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาของ World Health Organization (2018) สนับสนุนแนวทาง Community-based care โดยระบุว่า การดูแลสุขภาพเชิงรุกผ่านการเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและลดภาระระบบบริการสุขภาพในระยะยาว แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา โพธิ์ทอง (2560) ศึกษาโครงการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ชุมชนเมือง พบว่าแม้มีการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเท่าที่ควร เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมจากครอบครัว และแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้การเยี่ยมบ้านจะมีบทบาทสำคัญ แต่หากขาดการบูรณาการกับการส่งเสริมแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคม ก็อาจไม่เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ทั้งนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจเป็นเพราะการดูแลสุขภาพเชิงรุกผ่านการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชน เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นแนวทางที่ได้รับการสนับสนุนจากผลการศึกษาในอดีตอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจากการสะท้อนผล พบว่า คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการอบรมทีมให้มีทักษะด้านการสื่อสาร การประเมินแบบองค์รวม และการทำงานร่วมกับครอบครัวจึงมีความจำเป็น ควบคู่กับการจัดทำระบบติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถวัดผลการดำเนินงานและปรับปรุงแนวทางดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

3. การดำเนินงาน Mini Health Station Check

การจัดตั้ง Mini Health Station Check ในชุมชนถือเป็นการนำนวัตกรรมบริการเชิงรุก มาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด ในการเดินทางหรือไม่เห็นความจำเป็นในการไปพบแพทย์หากยังไม่รู้สึกเจ็บป่วยรุนแรง การตั้งจุด ตรวจสุขภาพใกล้บ้านจึงช่วยลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการอย่างชัดเจน ทั้งในเชิงกายภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ผลการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นว่าแนวคิด “Bring service to the people” นั้น สามารถลดภาระของสถานบริการหลัก เช่น รพ.สต. ได้จริง และยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่น ความคุ้นเคย และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนมากยิ่งขึ้น การมีสถานีตรวจสุขภาพ เบื้องต้นในพื้นที่ยังเอื้อต่อการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ทำให้เกิดการส่งต่อที่รวดเร็ว รวมทั้งการ ติดตามผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมารับบริการในหน่วยบริการประจำได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การขยาย ผลของระบบ Mini Health Station ให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว จำเป็นต้องพัฒนาทั้งในด้าน โครงสร้างพื้นฐาน (อุปกรณ์ เทคโนโลยี) ซึ่งต้องมีการลงทุนในอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมและ เพียงพอ เพื่อให้สามารถตรวจวัดและบันทึกข้อมูลได้อย่างแม่นยำและทันสมัย การพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากร โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครในพื้นที่ เป็นสิ่ง สำคัญอย่างยิ่ง อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบนี้ เพราะเป็นผู้ใกล้ชิดกับชุมชนและ สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ และมีระบบบันทึกข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน ซึ่งควรมีระบบการบันทึก ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของหน่วยบริการหลัก เพื่อให้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน และสามารถนำไปใช้ในการวินิจฉัย ติดตาม และวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องและ ต่อเนื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น ไม่ว่าจะรับบริการที่ Mini Health Station หรือในโรงพยาบาล ทั้งนี้ Mini Health Station Check เป็นแนวทางที่ดีในการนำ บริการสุขภาพเชิงรุกไปสู่ชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การลงทุนใน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และระบบข้อมูล จะเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้โมเดลนี้ประสบ ความสำเร็จและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี อ่อนละม้าย และคณะ (2562) ศึกษารูปแบบการจัด “จุดบริการสุขภาพในชุมชน” ในจังหวัด นครราชสีมา พบว่า การให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนช่วยเพิ่มอัตราการตรวจสุขภาพ ประจำปีได้ถึง 30% และลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดนัดใน รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับ การศึกษาของ Chien et al. (2020) รายงานผลการวิจัยในไต้หวันเกี่ยวกับการตั้ง "Community Health Kiosks" ไว้ว่า ช่วยเพิ่มการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุได้ถึง 40% ภายใน 6 เดือน และผู้ที่ได้รับการคัดกรองมีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากขึ้น และ อัญชลี ศรีสุข (2564) ระบุว่า การกระจายบริการสุขภาพไปยังระดับชุมชนต้องมีระบบสนับสนุนจาก ภาครัฐในด้านงบประมาณ อุปกรณ์ และระบบส่งต่อ มิฉะนั้นจะเกิดภาวะชะงักงันเมื่อหมดโครงการ

นาร่อง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล คำอ่อน (2561) ที่รายงานว่า การตั้งจุดตรวจสุขภาพในชุมชนในบางพื้นที่กลับไม่ได้รับความสนใจจากประชาชนมากนัก เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ต่อเนื่อง และประชาชนยังไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่รู้สึกรู้หายและมีเวลาจำกัด ทั้งนี้การวิจัยนี้สอดคล้องกับงานศึกษาอื่นๆ เนื่องจากการนำบริการสุขภาพเชิงรุกไปสู่ชุมชนผ่านจุดบริการใกล้บ้าน เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระของสถานพยาบาลหลัก และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน หากมีการลงทุนที่เพียงพอในด้านโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และระบบข้อมูล

ดังนั้นการพัฒนา Mini Health Station ควรเน้นการวางระบบร่วมกับหน่วยบริการแม่ข่าย และเน้นการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เช่น เครื่องวัดความดันดิจิทัลแบบบันทึกอัตโนมัติ ระบบลงทะเบียนที่เชื่อมต่อออนไลน์ ตลอดจนการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้มีบทบาทในการสื่อสารความรู้สุขภาพแก่ประชาชน การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น ร่วมบริหารจัดการ หรือผลิตเวรดูแลพื้นที่ ก็จะช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) และทำให้ระบบมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ

จากการดำเนินงานในคลินิก HT สุขใจ พบว่าการนำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ที่อ้างอิงจากสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยมาใช้ มีส่วนสำคัญในการสร้างความเป็นมาตรฐานเดียวกันในการรักษา ซึ่งบุคลากรทุกคนมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน ลดความแตกต่างในการปฏิบัติงาน ลดความแปรปรวนระหว่างบุคลากร ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะพบแพทย์หรือพยาบาล ท่านใดจะได้รับแนวทางการรักษาที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในแนวทางการรักษาเพราะมีข้อมูลและหลักฐานเชิงวิชาการรองรับที่ชัดเจน ควบคู่กับการใช้สมุดคู่มือจิตความดันโลหิต และใบแนะนำสำหรับการรักษา ถือเป็นเครื่องมือที่มีบทบาทต่อการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจร่วมกับสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคของตนเองดีขึ้น และเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นผลจากการเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับระดับความดันโลหิตของตนเอง ทั้งนี้ประสิทธิภาพของการใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจเหล่านี้ ยังขึ้นอยู่กับทักษะของบุคลากรในการ สื่อสารสุขภาพ และความสามารถในการอธิบายข้อมูลที่ซับซ้อนให้เข้าใจต่อความเข้าใจ โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีข้อจำกัดด้านการอ่านเขียน นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาเวลาให้บริการที่จำกัดซึ่งอาจไม่เอื้อให้เกิดการสื่อสารเชิงลึกได้ในทุกกรณี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Street et al. (2009) ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การฟังอย่างตั้งใจ และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย สามารถเพิ่มความเข้าใจ ความพึงพอใจ

และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ratanasuwan *et al.* (2020) ศึกษาในบริบทของประเทศไทย พบว่า การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ CPG สำหรับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับเอกสารแนะนำสำหรับผู้ป่วย ช่วยเพิ่มอัตราการควบคุมความดันได้ถึง 25% ภายใน 6 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Stacey *et al.* (2017) ระบุว่า การใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ (decision aids) เช่น ใบแนะนำหรือสมุดคู่มือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกไม่แน่ใจ และช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาของ Bosworth *et al.* (2011) พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร่วมกับการใช้คู่มือสุขภาพ มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Cabana *et al.* (1999) วิเคราะห์อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ CPG พบว่า บุคลากรบางกลุ่มมีความลังเลในการทำงาน CPG เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา ขาดการอบรม หรือไม่เข้าใจเนื้อหาของแนวทางที่ใช้ Francke *et al.* (2008) พบว่า แม้จะมีคู่มือหรือใบแนะนำ แต่หากไม่ได้รับการอธิบายโดยบุคลากรอย่างเพียงพอ หรือหากเครื่องมือมีภาษาที่ยาก ผู้ป่วยก็อาจไม่เข้าใจหรือไม่นำไปใช้ จึงไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่าที่ควร และการศึกษาของ Jansen *et al.* (2013) รายงานว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการเข้าใจข้อมูลเชิงเทคนิคแม้มีเอกสารประกอบ จึงเสนอให้มีการใช้ “สื่อทางเลือก” เช่น คลิปวิดีโอ หรือการใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสารควบคู่ไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Konrad *et al.* (2012) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การใช้เครื่องมือสื่อทางเลือกช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเสี่ยงและประโยชน์ของทางเลือกการรักษาได้ดีขึ้นและมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ทั้งนี้ผลการศึกษานี้สอดคล้องของผลการศึกษาที่ผ่านมา เพราะได้นำแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพมาใช้ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างมาตรฐาน การใช้เครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการให้ความสำคัญกับการสื่อสารสุขภาพที่มีคุณภาพ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรค มีความมั่นใจในการรักษา และมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับสิ่งที่นักวิจัยคนอื่น ๆ เคยค้นพบและยืนยันมาแล้วในอดีต

ดังนั้นความสำคัญของการผสมรวมทั้งแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับบุคลากร และ เครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการตัดสินใจทางการรักษาที่มีคุณภาพและส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้การสนับสนุนการตัดสินใจมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการสื่อสารสุขภาพให้สามารถถ่ายทอดเนื้อหาทางการแพทย์ให้เข้าใจง่าย พร้อมทั้งจัดทำสื่อที่หลากหลาย เช่น วิดีโอ แผ่นภาพ หรือใช้ภาษาท้องถิ่นเพื่อเข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรมีระบบติดตามผลการใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ และประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลสุขภาพ

การดำเนินงานกิจกรรม Smart We Care แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการจัดการข้อมูล การสื่อสาร และการติดตามผลสุขภาพ ซึ่งตอบสนองต่อแนวโน้มของระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่เน้น Personalized Health Care และ Continuity of Care ผลจากการดำเนินงานแสดงให้เห็นชัดเจนว่า การใช้เครื่องมือดิจิทัล เช่น Google Forms, Line Official Account, การปิกหมุดที่อยู่ หรือระบบเตือนการใช้ยาและนัดหมายทางออนไลน์ ช่วยลดความล่าช้าในการเข้าถึงข้อมูล เพราะบุคลากรสามารถเข้าถึงประวัติและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้ทันทีที่ต้องการ ทำให้การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพิ่มความสามารถในการติดตามกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากระบบดิจิทัลช่วยให้การคัดกรองและติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเป็นไปได้ง่ายขึ้น ทำให้สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้ทันที และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา รวมถึงมีเครื่องมือช่วยเตือนและแนะนำ ก็จะเกิดแรงจูงใจและความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น และช่วยลดช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน การมีช่องทางสื่อสารแบบสองทาง (Interactive) ที่เข้าถึงง่าย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น และลดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือ "ไม่ถูกทอดทิ้ง" ซึ่งเสริมสร้างความไว้วางใจ และสร้างบรรยากาศการดูแลที่อบอุ่น จากผลการศึกษาจึงชี้ให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในกิจกรรม Smart We Care ไม่เพียงแต่ช่วยให้การจัดการข้อมูลสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลโรคเรื้อรังในยุคดิจิทัล ดังที่ Williams et al. (2020) กล่าวไว้ว่า การใช้แนวทางที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยและรักษาความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและลดความแตกต่างในการปฏิบัติงานจะช่วยให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยนอกจากนี้การสร้างมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกันจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันและสามารถลดความแปรปรวนในการรักษาซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาตามแนวทางเวชปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในบางกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือกลุ่มเปราะบางที่ไม่ถนัดเทคโนโลยี ซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือ อสม. ในการใช้ระบบดังกล่าว อีกทั้งยังต้องพัฒนาเรื่องความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล (data security) และการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบเพื่อรองรับการใช้ข้อมูลในการวางแผนบริการในระดับภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภูษิตา โพธิ์ชัยและคณะ (2563) ศึกษาการใช้ระบบ Line Official Account ในการติดตามผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าช่วยลดอัตราการขาดนัด และเพิ่มความต่อเนื่องใน

การติดตามสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ Phan et al. (2021) วิจัยเกี่ยวกับการใช้ mHealth (mobile health) ในเวียดนาม พบว่าแอปพลิเคชันที่ใช้เตือนการกินยาและนัดพบแพทย์ ช่วยเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามแผนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มากกว่าร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้และการศึกษาของ วราภรณ์ แก้วกุล (2564) พบว่า การใช้ Google Forms ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระยะยาวช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงซ้ำซ้อน และออกแบบแผนการดูแลเฉพาะรายได้แม่นยำขึ้น ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาอย่างชัดเจนในด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน Smart We Care สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับการยืนยันแล้วในงานวิจัยอื่น ๆ โดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูล การสื่อสาร และการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ สันะวัฒนา (2561) ศึกษาการใช้เทคโนโลยีสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในพื้นที่ชนบท พบว่า อัตราการใช้ยังต่ำ เนื่องจากปัจจัยด้านความเข้าใจ การเข้าถึงอุปกรณ์ และความไม่มั่นใจในเทคโนโลยี ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสนับสนุนหรือจัดผู้ช่วยในการใช้งาน และยังไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nguyen et al. (2019) กล่าวว่า ในบางพื้นที่ที่การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตไม่เสถียร การพึ่งพาเทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพอาจเกิดผลย้อนกลับ เช่น การขาดข้อมูล การแจ้งเตือนล่าช้า หรือผู้ป่วยสับสนในคำแนะนำ ทั้งนี้ความไม่สอดคล้องกันระหว่างผลการศึกษาในครั้งนี้และผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจมาจากความแตกต่างของบริบท ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี สภาพแวดล้อมทางสังคม และวิธีการนำเสนอหรือสนับสนุนการใช้งานเทคโนโลยีกับกลุ่มเป้าหมาย

สรุปได้ว่า ระบบข้อมูลสุขภาพในคลินิก HT สุขใจผ่านกิจกรรม Smart We Care แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยช่วยให้บุคลากรเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้รวดเร็ว ลดความล่าช้าในการวินิจฉัยและติดตามกลุ่มเสี่ยง รวมถึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้นผ่านเครื่องมือเตือนยาและนัดหมายออนไลน์ พร้อมสร้างความไว้วางใจระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยด้วยการสื่อสารสองทาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลตามมาตรฐานสากลที่เน้นการดูแลเฉพาะบุคคล แต่การนำเทคโนโลยีมาใช้ยังมีข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและพื้นที่ที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารที่ล่าช้า จึงต้องมีการสนับสนุนจากครอบครัวหรือ อสม. รวมถึงการพัฒนาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลเพื่อรองรับการวางแผนบริการในภาพรวม

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

5.4.1.1 จากผลการศึกษาในครั้งนี้ควรมีการส่งเสริมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นจุดที่ต้องปรับปรุง พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืน

5.4.1.2 ควรเน้นพัฒนาบทบาทของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้มากขึ้น โดยเฉพาะการชักชวนให้ออกกำลังกายและการเตรียมอาหารลดเค็ม/โซเดียม ซึ่งยังคงเป็นจุดที่ครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

5.4.1.3 สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญและปรับปรุงอย่างเร่งด่วนคือทัศนคติในด้านการออกกำลังกายควรมีการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างเข้มข้น เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติและกระตุ้นให้ผู้ดูแลส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

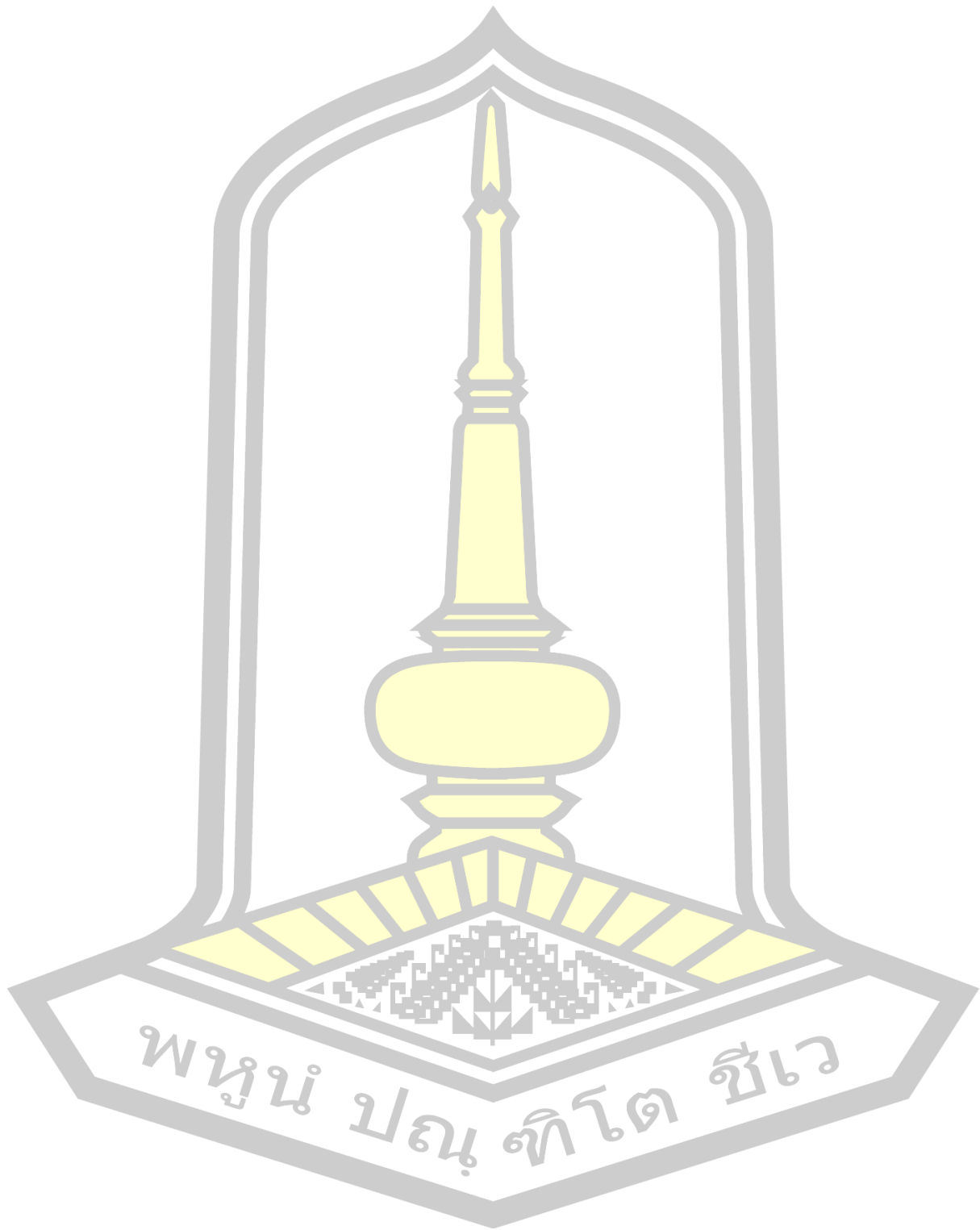
จากผลการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต เพื่อพัฒนาและต่อยอดองค์ความรู้ รวมทั้งยกระดับคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดังต่อไปนี้

5.4.2.1 ศึกษาผลกระทบของรูปแบบในระยะยาวของระบบที่พัฒนาขึ้น มีการติดตามและประเมินผลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การควบคุมความดันโลหิต การลดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

5.4.2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเจาะลึกปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมและกลยุทธ์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม

5.4.2.3 ศึกษาการใช้เทคโนโลยีเพื่อเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังมุ่งเน้นการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ ระบบติดตามออนไลน์ หรือการสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มโซเชียล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษา การติดตามอาการ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่าย

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กมล กลิ่นไทย, ปัทมาสุพรรณกุล และ อรพินท์ สิงหเดช. (2563). ปัจจัยพยากรณ์การให้บริการของ ทีมสหวิชาชีพตามแนวทางของ Chronic Care Model ในคลินิกโรคเบาหวานของ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ สปสช. เขต 3 นครสวรรค์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 162-171.
- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCD เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2562 (อินเทอร์เน็ท). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟ ฟิค แอนด์ดีไซน์; 2563 [สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/pub-lish/1035820201005073556.pdf>
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). จำนวนและอัตราป่วยโรค NCDs พ.ศ. 2559-2562. สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2567. จาก <http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>.
- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์ NCDs. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค. (2566). ประชาชนใส่ใจสุขภาพ วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2567, จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?>
- กรมควบคุมโรค. (2567). ควบคุมความดันโลหิต ยืดชีวิตให้ยืนยาว. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2567, จาก https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=34026&deptcode=odpc9&news_views=7222
- กัญญา เกษรพิกุล, ปรีชา ตีลกุลดิษฐ์ และวรพล แวงนอก. (2564). รูปแบบการพัฒนาเพื่อเพิ่มพูน การมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 11(2), 181-196.
- กัญญา เกษรพิกุล, ปรีชา ตีลกุลดิษฐ์ และวรพล แวงนอก. (2565). แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 12(2), 247-259.

กาญจนา มณีทัฬ และสมจิต แคนสีแก้ว. (2560). สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลทางขวาง อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(4), 140-149.

กานต์ณิพิชญ์ ปัญญชัยกุล, สุทพร มูลศาสตร์, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 21(1), 41-54.

จารุวรรณ บุญศล. (2563). รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิราภรณ์ ลีนะวัฒนา. (2561). **โครงการวิจัยการเตรียมความพร้อมของชุมชนชนบทเพื่อรองรับสังคมสูงวัย: รายงานฉบับสมบูรณ์.** วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิชัย ทองแดง, พัชรินทร์ เนียมเกิด และจงจิตร ตันทโพธิ์ประสิทธิ์. (2564). การมีส่วนร่วมของครอบครัว : กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 28(2), 159-169.

ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์. (2543). สถิติพื้นฐานพร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Minitab SPSS และ SAS. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชัยยา นรเดชานันท์, เพชรีย์ กุณาละสิริ และณัฐกวี ศิริรัตน์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง

โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของตนพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 14(2), 138-151.

ชาตรี แมตส์, ศิวไลซ์ นรัตน์วิจิตร. (2560). การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 9(2):96-111.

ญาณเดช คุ่มประยูร. (2564). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน :กรณีศึกษาชุมชนมีนบุรีอุบลรัตน์ เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาศรีปฐม.

- ณัฐดนัย สดคมขำ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(2), 25-36.
- ดวงพร บุญมี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ, 5(2), 153-166.
- ธนิศร ยืนยง. (2561). การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นในจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกริก.
- ธวัชชัย สัตยสมบุญณ์ และยุวณูช สัตยสมบุญณ์. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(2), 232-234.
- นฤมล คำอ่อน. (2561). รูปแบบการจัดการเครือข่ายชุมชนเพื่อความมั่นคงทางอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรวัฒนธรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และสัตตาวลัย เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEED Model ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 12(3), 38-48.
- นิพพาทร์ สิ้นทรัพย์. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28(1), 100-101.
- นิภา อินทนิล. (2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(2), 66-75.
- นิอิมรอน ดอเลาะ, ผจงศิลป์ เพ็งมาก และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2563). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการใช้อย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้: ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้. วารสารสุขศึกษา, 43(1), 74-86.
- เนตรนภา บัวแก้ว. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงกรณีศึกษา ตำบลสากเหล็ก อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และถวิลวดี บุรีกุล (2548). การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ.พี.กราฟฟิคดีไซน์และการพิมพ์ จำกัด.

- ปริญญารณ าลักษณ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประทุม เมืองเป้. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต) พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ. (2565). การพัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารสหศาสตร์, 22(2), 10-22.
- ปาริชาติ พูลทรัพย์, สุรีย์ ธรรมรักษ์, และ อุษณีย์ วินิจเขตคำนวน. (2564). การพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(2), 275-288.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(2), 154-159.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542). โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปิยณัฐ คำมีผล. (2566). การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(8), 290-302.
- พรฤดี นิธิรัตน์, ราตรี อร่ามศิลป์, คณิงนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร, ตลใจ จองพานิช และกมลวรรณ ตาตะกู. (2558). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิตครอบครัวสามวัย ต่อการรับรู้บทบาทของสมาชิกและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32(1), 18-32.
- พระมหานันทพงษ์ ญาณกวี (ศรีโยธา) และสุรินทร์ ภูสิงห์. (2564). การมีส่วนร่วมในการบริหารทรัพยากรทางการศึกษา. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์, 8(4), 14-21.
- พระมหาภราดร แก้วบุตรดี. (2562). การมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน, บัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ วิทยาลัยสงฆ์นครสวรรค์, 7(2), 265-274.
- พัชรี สีโรรส. (2553). คู่มือเทคนิคและวิธีการบริหารจัดการสมัยใหม่ตามแนวทางการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี : การเปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการแผ่นดิน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.

- พัชรากาญจน์ คงทวีพันธ์. (2563). ศึกษาผลการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพพระดับอำเภอในการแก้ไขปัญหาความดันโลหิตสูงอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 56-67.
- พลสุข ศิริพูล และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2555). ครอบครัวยุคใหม่. คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต.ขอนแก่น:คลังน่านาวิทยา.
- เพิ่มศักดิ์ มกราภิรมย์. (2550). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่ารอบคิดข้อจำกัดและการวิเคราะห์ทางเลือก. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เพื่อฟ้า.
- แพทย์หญิงพัชรากาญจน์ มีทรัพย์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 4(2), 61-69.
- ไพบูลย์ โพธิ์สุวรรณ (2555). การจัดทำยุทธศาสตร์พัฒนาท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- ไพบูลย์ โพธิ์สุวรรณ. (2553). การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานภาครัฐ. วารสารดำรงราชานภาพ สถาบันดำรงราชานภาพ, 10(36), 48-55.
- ภัทราวัลย์ ศัตติสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจรรุวรรณ ใจลังกา. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุข, 9(3), 120-136.
- ภากรณ์ หอมจำปา และวราทิพย์ แก่นการ. (2565). ผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร, 37(3), 261-267.
- ภาคภูมิ อุณหเลขจิตร อุบลวรรณ. กลิ่นชื่น (2566). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองช้างแล่น อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา, 2(1), 28-46.
- รัตนา พึ่งเสมา. (2565). โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 15(1), 40-49.
- รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และวริศรา ปันทองกลาง. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 34(2), 71-86.

- เรียมใจ พลเวียง และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง. (2565). การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(1), S26-S35.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง. (2566). สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ควบคุมความดันโลหิตได้. สุราษฎร์ธานี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง.
- ลักษณะ หัสดินทร์. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 7(7), 373-386.
- วรรัตน์ มากเทพพงษ์, อนุสรณ์ แนนอุดร และปณรดา พวงสมัย. (2565). การพัฒนารูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 33(2), 101-115.
- วรภาพร เนืองคำ, (2560) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง, มนตรี รักภักดี, กัญญา มุสิกษะชนะ. (2566). การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการจัดการระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดตรัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(1) 237-254.
- วิศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 38(4), 152-165.
- วัชระ โอชะคลัง. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในชุมชนคลองลัดนางแท่นตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- วรรณภา ภู่อจ. (2562). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศตพร ศิลปะการสกุล และวิราสิริ วสิริสิริ. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารมหาจุฬาคชสาร, 15(1), 166-183.

- ศศิธร ดวนพล , อีรศักดิ์ พาจันท์ และพิทยา ศรีเมือง. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข่าใหญ่อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 14(34), 142-157.
- ศิริรักษ์ เกียรติเฉลิมพร, อารี พุ่มประไพทย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2559). พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 9(1), 83-90.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ทริต อินค์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (Guidelines in the treatment of hypertension). เชียงใหม่: ทริตอินค์.
- สุพัตรา กาบอุ่น. (2562). ความพึงพอใจของผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังที่มีระบบการจองคิวออนไลน์ โรงพยาบาลปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). โรคความดันโลหิตสูงภัยเงียบใกล้ตัว. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/Content48849-โรคความดันโลหิตสูง%20ภัยเงียบใกล้ตัว.htm>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2566). สถิติการใช้บริการสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2567, จาก <https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. (2559). สถานการณ์โรคเรื้อรัง (chronic disease). กรุงเทพฯ: ทริต อินค์.
- แสงจันทร์ พลลาภ และประภัสสร ตลवास. (2566). การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัย, 8(2), 131-138.

- อนัญญา คูอาริยะกุล, สุปราณี หมั่นยา, กุลชญา คูอาริยะกุล, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร และพีระนันท์ จีระยิ่งมงคล. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 14-21.
- อนัญญา คูอาริยะกุล, สุปราณี หมั่นยา, กุลชญา คูอาริยะกุล, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร และพีระนันท์ จีระยิ่งมงคล. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 13-24.
- อภิชัย คุณิพงษ์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาไกลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์: สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 12(3): 55-65.
- อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และพิมพ์พิมล วงศ์ไชยา. (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 36(6), 192-202.
- อรทัย กักผล. (2552). คู่คิดคู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับผู้บริหารท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: ส เจริญการพิมพ์.
- อังศวีร์ จันทะโคตร, นางอุไรวรรณ แสงส่อง, ศิษฐพล ใจซื่อม ญัฐสุดา คติชอบ และสิริทรัพย์ สีหะวงษ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(92), 118-131.
- อังศวีร์ จันทะโคตร, อุไรวรรณ แสงส่อง, ศิษฐพล ใจซื่อ, ญัฐสุดา คติชอบ และสิริทรัพย์ สีหะวงษ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(2), 118-131.
- อินทิรา ศรีพันธ์. (2563). โรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 26(1), 61-72.0
- เอกราช มีแก้ว, วิมลภ ใจดี, สุนิศา แสงจันทร์. (2565). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(1), 74-87.
- เอื้อนจิต พานทองวิริยะกุล และสัญญา เคนาภูมิ. (2561). ภาวะผู้นำกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ยั่งยืน. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 8(1). 113-121.

- HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2566 [สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2566]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the Origin of Action Research. *Educational Action Research*, 1(1), 7-24.
- Barreto. M. D. S., & Marcon, S. S. (2014). Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension, *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, 38-46.
- Benetos. A, Petrovic M, Strandberg T. (2019). Hypertension management in older and frail older patients. *Circ Res*, 124(7):1045-60. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.313236.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall.Inc.
- Bloom BS. (1971). *Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Coleman, B. (2009). Evidence The Chronic Care Model In The .New Millennium. *Health Affairs*, 28(1):75-85.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Effective behavior in organizations*. New York: Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213-235.
- Green LW, Kreuter MW. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. 2nd ed. Palo Alto: Mayfield
- Green, L. Krueter, M., (2015). *Health Promotion Planning An Education Approach* (3^{ed}). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Reader*. Australia: Victoria Deakin University Press.
- Konrad, T. R., Richman, K., D'Amico, J. B., & Miller, J. J. (2012). Patient decision aids for hypertension: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 395-401.
- Nguyen, T. D., et al. (2019). *Challenges of Digital Health in Rural and Remote Areas: A Scoping Review*.
- Perngmark, P., Doloh, N., & Holroyd, E. (2022). Family participation to promote medication adherence among Thai-Muslim older adults with hypertension: Action research study. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(3), 381-387.

- Ratanasuwan, A., Srisuwan, B., Kanchananaga, C., & Petchuay, D. (2020). Outcomes of Clinical Practice Guideline Implementation for Hypertension in Thailand with Patient Education Documents. *Thai Medical Journal*, 45(2), 120-130.
- Rovinelli, R. J. & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Schepp, K.G. (1995). Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children. Doctoral Dissertation, Psychosocial & Community Health Department, School of Nursing, University of Washington.
- Skinner, C.S., Tiro, J. and Champion, V.L., (2015). The Health Belief Model. In: *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5^{ed}). Vossy-Bass, San Francisco, CA.
- Solberg L.I. (2006). Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model : A Quantitative Study. *Annals of Family Medicine*, 4(4): 310-316.
- Street, R. L., Jr., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2009). Patient participation in medical consultations: Why it matters and how to achieve it. *Medical Care Research and Review*, 66(Suppl 1), 60S-85S.
- The MacColl Center for Health Care Innovation. (2021). The Chronic Care Model. Retrieved January 19, 2023. Available From: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p= The_Chronic_Care_Model&s=2
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, A. N., Poulter, R. N., Prabhakaran, D. and et al. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(1), 1334-1357.
- Wagner E. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness. *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... & Kjeldsen, S. E. (2020). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 36(10), 1953-2041.

World Economic Forum. (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva, Switzerland.

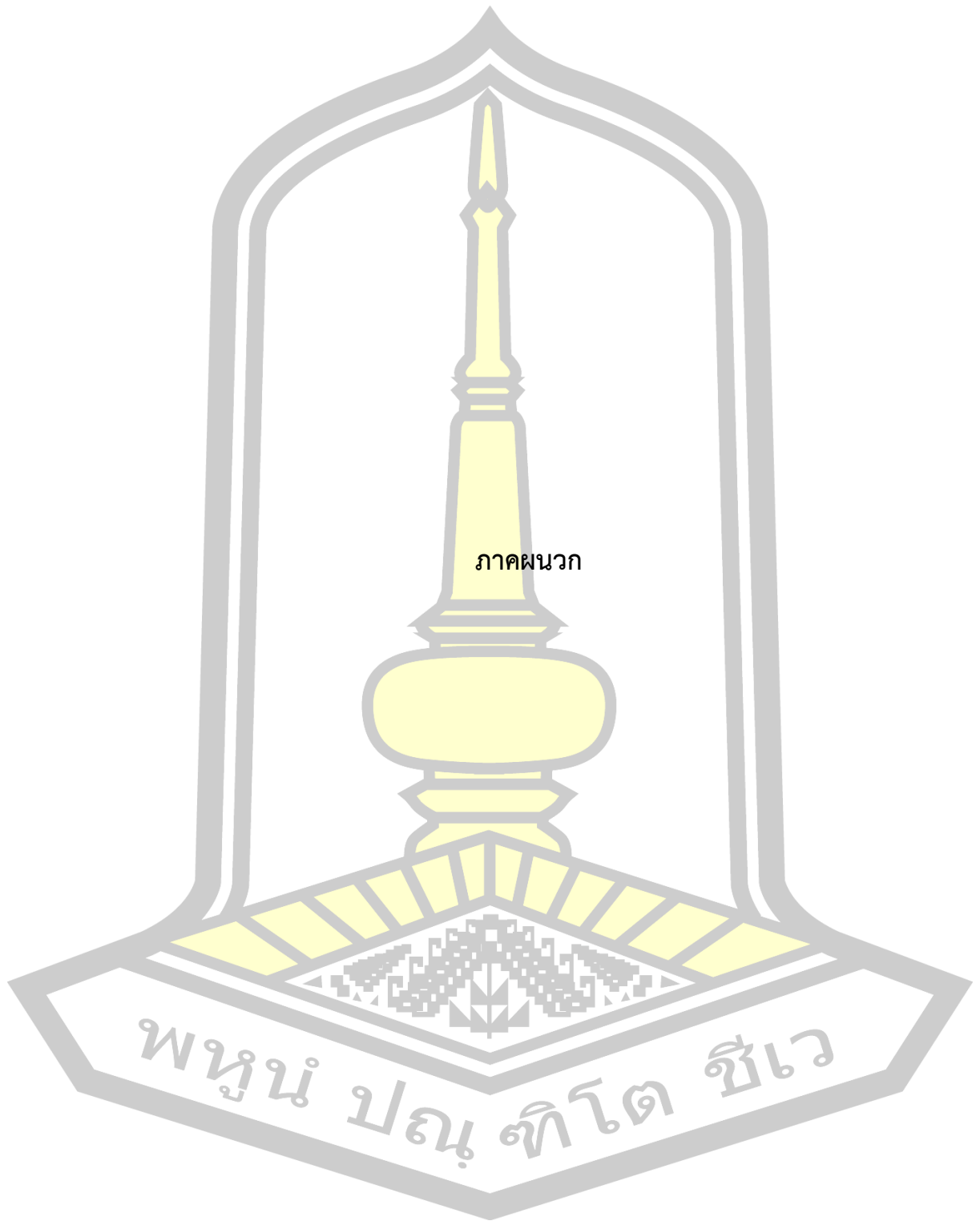
World Health Organization. (2019). ICD-10 version: 2019 [Internet]. Retrieved January 19, 2023. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.

World Hypertension Day 2020. (2020). Background information on high blood pressure (hypertension). Retrieved January 19, 2023. Available From <https://publichealthupdate.com/>

World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2021. [cited 2022 May 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

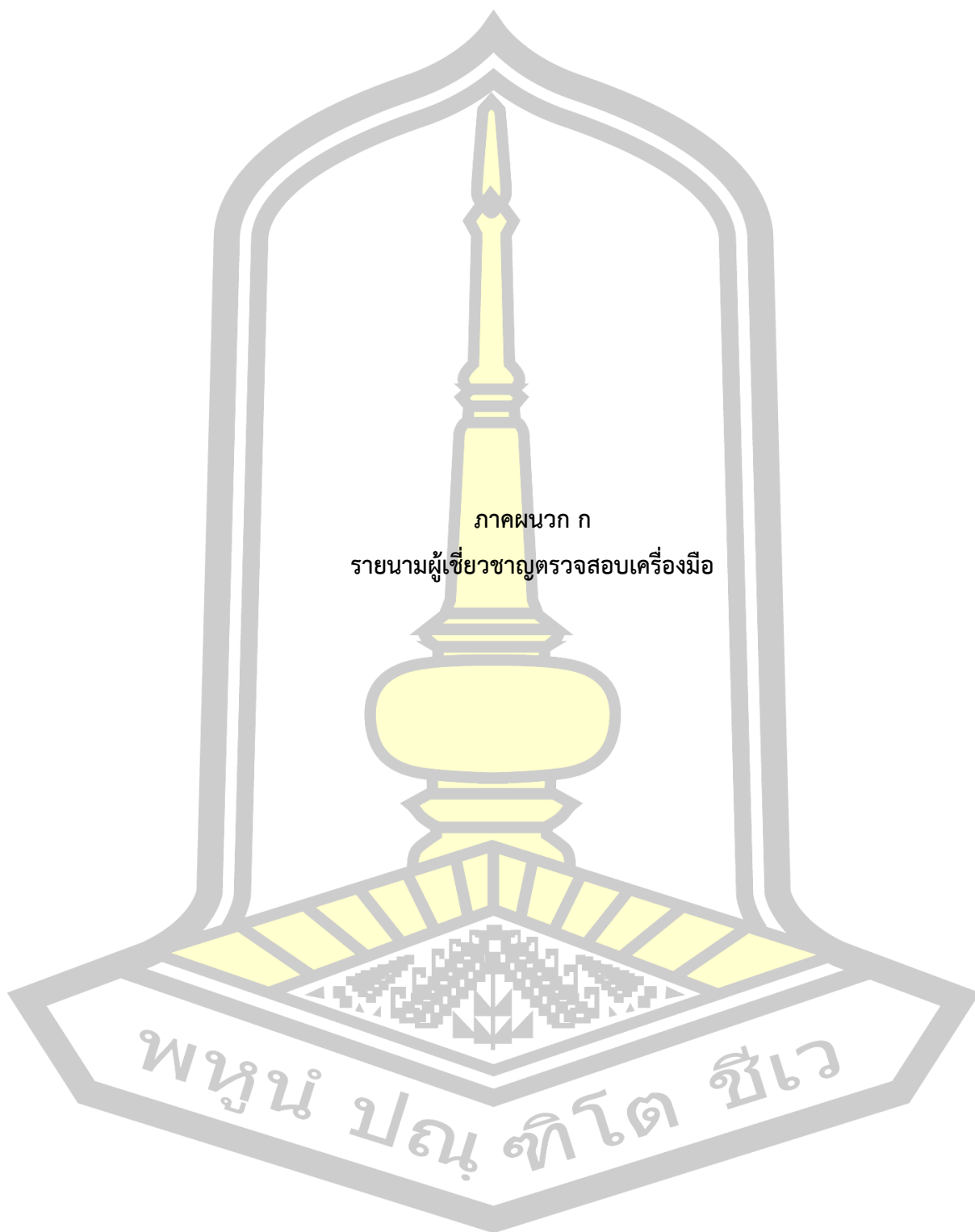
World Hypertension League. (2020). Healthy Blood Pressure Healthy Heart Beat (Brochure). Retrieved January 19, 2023. Available From <http://www.worldhypertensionleague.org/Documents/WHD/๒๐๑๒/WHD%๒๐๒๐๑๒%๒๐brochure.pdf.world-hypertension-day-2020/>





ภาคผนวก

พูน ปณ ทิโต ชีเว



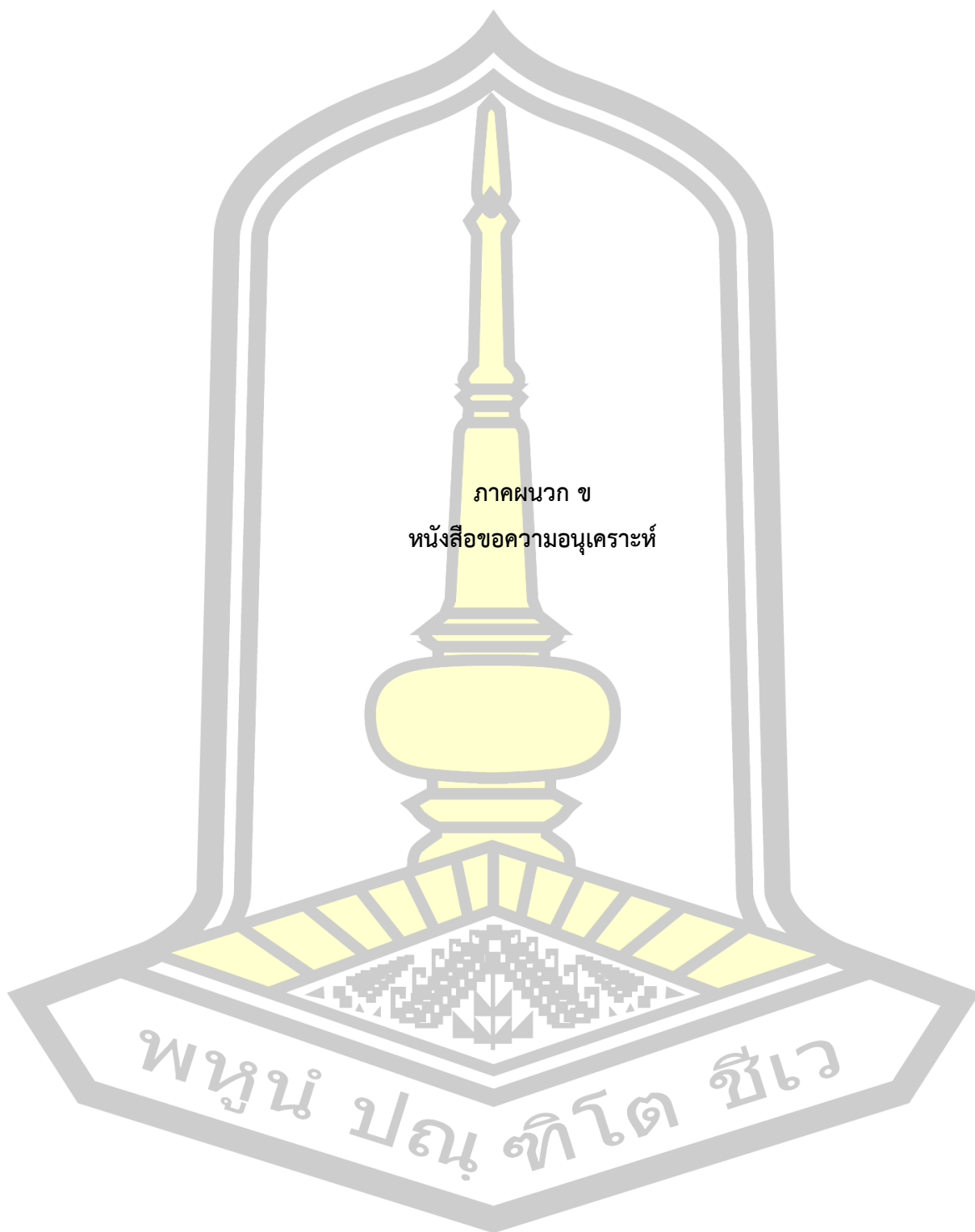
ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธล์ วุฒิการศึกษาสูงสุด Doctor of Philosophy (Public Health)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
2. ผศ.ดร.จตุพร เหลืองอุบล วุฒิการศึกษาสูงสุด ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและการพัฒนา, National Institute of Development Administration (NIDA)
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. น.ส.ภิญญาพัชรณ์ ศรีแสงพันธ์ วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลปฏิบัติขั้นสูง (APN)
สาขาการพยาบาลศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเกาะสมุย

พหุ ประ โท ชีวะ



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์

พูน ปณ ทิโต ชีเว



บันทึกข้อความ

คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รับที่ จสท. ๒๒๑๙
วันที่ ๐๖ มิ.ย. ๒๕๖๗
เวลา ๑๔.๐๐ น.

ส่วนราชการ ..คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. ๐๔๓-๗๑๙๘๖๘

ที่ ..อว.๐๖๐๕.๑๘/..... วันที่๖..... มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ..ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปัจจุบันทำงานตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักนั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และพิจารณาแล้ว เห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับงานวิจัยของนางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว ใคร่ขอความอนุเคราะห์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

- () เพื่อโปรดทราบ
() เพื่อโปรดพิจารณา
() เห็นสมควรแจ้ง.....

จุฑาทิพย์ ทิตแก้ว
(นางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว)
นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ดร.เขมิกา สมบัติโยธา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ดร.พัชชา หิรัญวัฒน์กุล
(อาจารย์ ดร.พัชชา หิรัญวัฒน์กุล)
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ . คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 043-719868.....

ที่ .อว 0605.18/..... วันที่ 6 มิถุนายน 2567.....

เรื่อง .โปรดลงนาม.....

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปัจจุบันทำงานตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักนั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความอนุเคราะห์ท่านลงนามในหนังสือขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบผู้เชี่ยวชาญ ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จากทิพย์ นิตแก้ว
(นางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว)

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คณบดี / นว

(อาจารย์ ดร.พัชชา หิรัญวัฒนกุล)
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ที่ ยว ๐๖๐๕.๑๘/กษ๐๕๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเฒ่า อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

3 มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือในการวิจัย

จำนวน ๓ ชุด

ด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ ทิศแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ชื่อภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District ,Surat Thani Province โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับงานวิจัยของนางสาวจุฑาทิพย์ ทิศแก้ว ใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พัชชา หิริยวัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๒๐๘



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

3 มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณภิญญาพัชญ์ ศรีแสงพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือในการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ชื่อภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับงานวิจัยของนางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว ใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พิชชา หิรัญวัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๐๖๐๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๕๕๑๕๐

มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสมุย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือในการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปัจจุบันทำงานตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ชื่อภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชมิกา สมบัติโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับงานวิจัยของนางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว ใคร่ขอความอนุเคราะห์ นางสาวภิญญาพัชญ์ ศรีแสงพันธ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

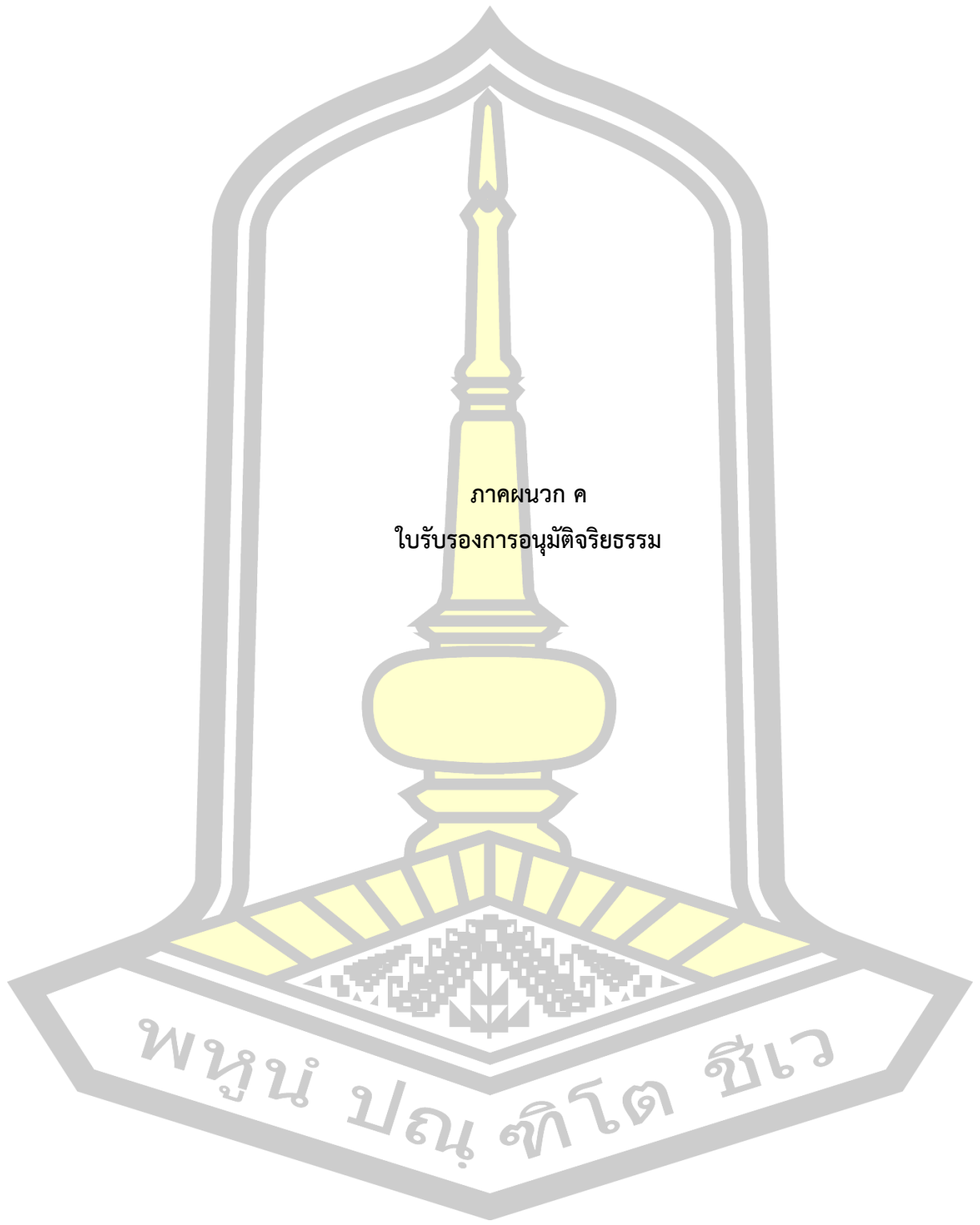
ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พิชชา หิรัญวัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว โทรศัพท์ 062-9766663



ภาคผนวก ค
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม

พหุบัน ปณ ทีโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 563-479/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province.

ผู้วิจัย : นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 29 สิงหาคม 2567

วันหมดอายุ : 28 สิงหาคม 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภทรี สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 563-479/2024

Title : Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District , Surat Thani Province.

Principal Investigator : Miss. Chuthathip Hitkaeo

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Koh Samui District , Surat Thani Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 29 August 2024

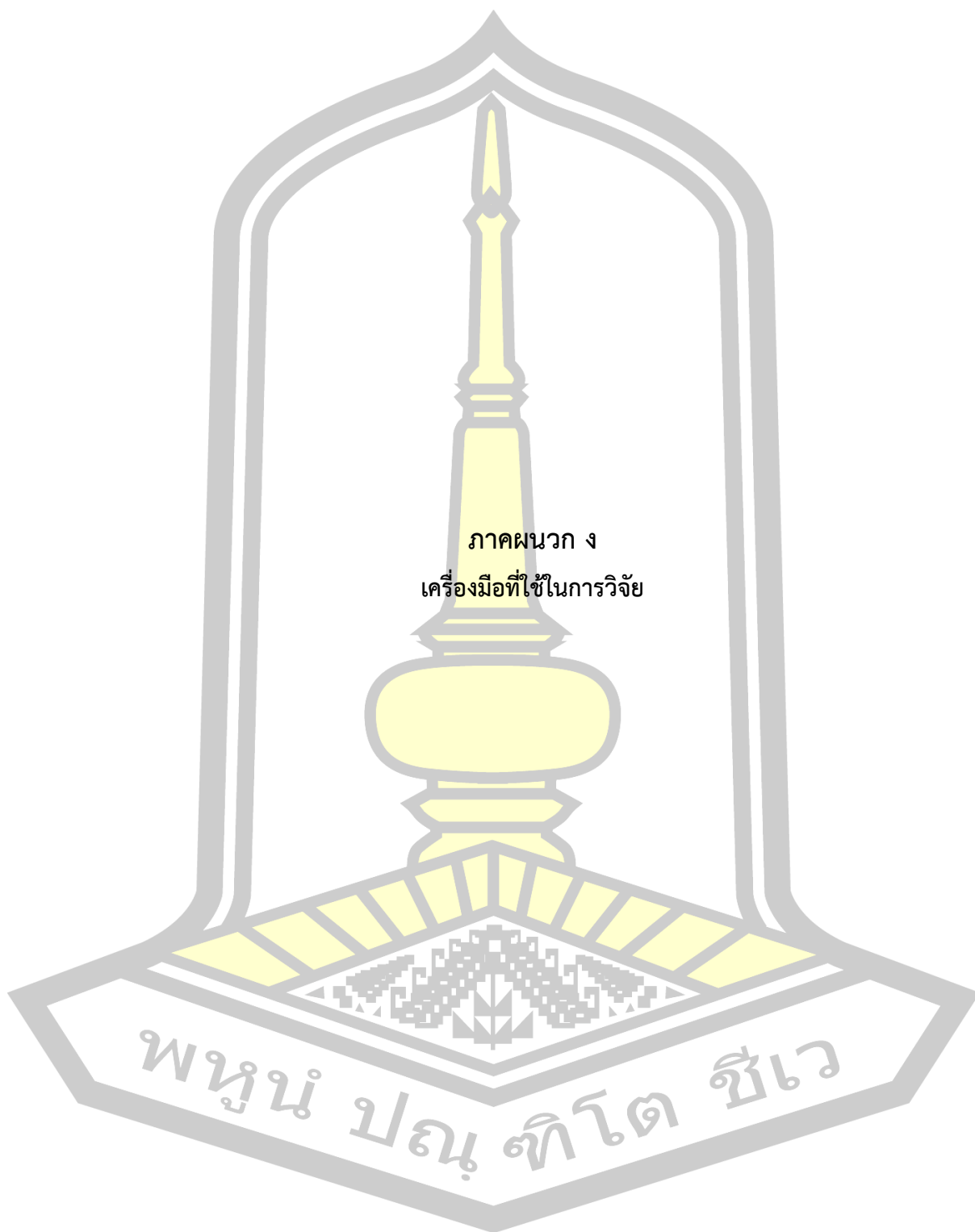
expire : 28 August 2025

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Assistant Professor Ratree Sawangjit)
Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวจุฑาทิพย์ ทีดแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District ,Surat Thani Province โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 3. เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้ช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพด้วยระบบที่มีคุณภาพ มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของประชาชน และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ท่านจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้และข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อสังคม ชุมชน และด้านวิชาการต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอท่านตอบแบบสอบถามในประเด็น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งประกอบด้วยคำถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 6 เป็นคำถามปลายเปิดประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและความต้องการในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ข้อโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 50 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดย ผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวจุฑาทิพย์ ทีดแก้ว นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 0629766663

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวจุฑาทิพย์ ทีดแก้ว)

ผู้วิจัย



เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District ,Surat Thani Province โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 3. เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้ช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพด้วยระบบที่มีคุณภาพ มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของประชาชน และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้และข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อสังคม ชุมชน และด้านวิชาการต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอท่านตอบแบบสอบถามในประเด็น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งประกอบด้วยคำถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดย ผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 0629766663

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว)

ผู้วิจัย





เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

แบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำอธิบายแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีคำถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรค และความต้องการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ

ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบคำถามทุกข้อข้อมูลของท่านจะนำไปใช้โดยภาพรวมเท่านั้น
 ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลแต่อย่างใด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และเติมข้อมูลลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. อาชีพ

ว่างงาน เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป
 ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการบ้านานาญ อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ปวส./อนุปริญญา
 ปริญญาตรีขึ้นไป



5. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หม้าย
 หย่า/แยก
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนบาท
7. ความเพียงพอของรายได้
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
8. ผู้ดูแลหลักในบ้านที่ดูแลท่าน
 ไม่มีผู้ดูแล ภรรยา/สามี บุตรหลาน
 ญาติ เพื่อนบ้าน
9. การเข้าถึงบริการสุขภาพ เข้าถึงง่าย/สะดวก เข้าถึงยาก/ไปลำบาก
10. ภาวะแทรกซ้อน
 ไม่มี
 มี
 ไควาย
 เส้นเลือดหัวใจตีบ
 หลอดเลือดสมอง
 อื่นๆ ระบุ.....
11. ระยะเวลาป่วยเป็นความดันโลหิตสูง.....ปี
12. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
ส่วนสูง.....เซนติเมตร
13. ระดับความดันโลหิต (ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา).....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่จริง
1. ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม)		
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง		
3. อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดงของความดันโลหิตสูง		



ทัศนคติ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ด้านการรับประทานยา					
3. ความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องเข้ารับรักษาและรับยา					
4. ท่านคิดว่า การขาดยา มีผลต่อความดันโลหิตสูง					
5. การรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อความดันโลหิตสูง					
6. คนเป็นความดันโลหิตสูง ไม่ควรทานยาสมุนไพรที่บ้านเอง					
ด้านการออกกำลังกาย					
7. การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง					
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
8. การไปรับบริการตามนัด ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาโดยใช่เหตุ					
9. ท่านคิดว่า การสูบบุหรี่มีผลต่อความดันโลหิตสูง					
10. ท่านคิดว่า การทำสุขภาพจิตที่ดี ไม่คิดมาก มีผลต่อความดันโลหิตสูง					
11. การไม่ควบคุมความดันโลหิต มีโอกาสที่เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน เกิดอัมพาตหรือเสียชีวิต					
12. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัว					
13. สถานบริการสาธารณสุขอยู่ห่างไกล การติดต่อส่งยารักษาทำให้ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

โดย ปฏิบัติเป็นประจำ = ปฏิบัติทุกวันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง = 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ = ไม่เคยปฏิบัติ

การปฏิบัติ	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ
ด้านการรับประทานอาหาร					
1. ท่านรับประทานอาหารเช้ารูป เช่น ขนมปังสำเร็จรูป ปลากระป๋อง และอาหารกระป๋อง เป็นต้น					
2. การดื่มแอลกอฮอล์					
3. การสูบบุหรี่					
4. ท่านใส่เครื่องปรุงรสเพิ่มในการทานอาหารแต่ละครั้ง					



การปฏิบัติ	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ
ด้านการรับประทานยา					
5. ท่านหยุดยาเอง เมื่อรู้สึกว่ามีอาการ					
6. เมื่อท่านมีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บหน้าอก ท่านจะรับประทานยาและนอนพักก่อน โดยไม่ไปพบแพทย์					
ด้านการออกกำลังกาย					
7. ท่านออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่นั่งอยู่กับที่นาน ๆ เช่น เดิน ขึ้นบันได ทำงานบ้าน ทำสวน					
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
8. ท่านได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตเป็นประจำ					
9. ท่านศึกษาข้อมูลในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง					
10. ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนาเพื่อลดความเครียดทำจิตใจให้สงบ					

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

โดย 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก 5 = มากที่สุด

การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน	1	2	3	4	5
1. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาส่วนตัวหรือจากการเจ็บป่วย					
2. สมาชิกในครอบครัวมีการชักชวนให้ออกกำลังกาย					
3. สมาชิกในครอบครัวชื่นชมท่านเมื่อระดับความดันโลหิตท่านลดลง					
4. สมาชิกในครอบครัวว่ากล่าว ตักเตือนท่าน เมื่อท่านมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม ขอบปรุงรส เป็นต้น					
5. สมาชิกในครอบครัวเตรียมอาหารที่ลดเค็ม ลดโซเดียม สำหรับท่าน					
6. ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวในการไปพบแพทย์/รับการตรวจตามนัด					
7. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ในการดูแลสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิต					
8. ท่านได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. อย่างสม่ำเสมอ					
9. รพ.สต./เทศบาลมีกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนให้ท่านมีการปรับพฤติกรรมและลดความดันโลหิตได้					
10. ผู้นำชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย กระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับการตรวจสุขภาพ หรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ชมรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง เป็นต้น					



ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรค และความต้องการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ

6.1 โปรดระบุ ปัญหาอุปสรรคในการลดระดับความดันโลหิต

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.2 ความต้องการสนับสนุนจากสมาชิกชุมชนหรือครอบครัวด้านการดูแลสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

****ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์****



6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนบาท

7. ความเพียงพอของรายได้

เพียงพอ ไม่เพียงพอ

8. จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านต้องดูแล.....คน

9. โรคประจำตัว

ไม่มี

มี

โรคหัวใจ

โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง

อื่นๆ ระบุ.....

10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านต้องดูแล

ลูก

หลาน

สามี หรือ ภรรยา

ญาติ

เพื่อนบ้าน

อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม)		
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง		
3. อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย คอพรวดมีวู ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดงของความดันโลหิตสูง		
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอัมพาตได้		
5. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลตนเอง		
6. การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้		
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก		



ทัศนคติ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ด้านการออกกำลังกาย					
8. การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง					
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
9. การทำสุขภาพจิตที่ดี ไม่คิดมาก มีผลต่อความดันโลหิตสูง					
10. การไปรับบริการตามนัด ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาโดยใช่เหตุ					
11. การไม่ควบคุมความดันโลหิต มีโอกาสที่เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน เกิดอัมพาตหรือเสียชีวิต					
12. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัว					
13. สถานบริการสาธารณสุขอยู่ห่างไกล การติดต่อสั่งจ่ายยากทำให้ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด					

****ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์****





แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....สกุล.....
2. ตำแหน่งในชุมชน/หน่วยงาน.....
3. ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ปี

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิก
 ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. ท่านคิดว่าสาเหตุใดที่ทำให้คนในชุมชนป่วยเป็นความดันโลหิตสูง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. แนวทางป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



3. ท่านคิดว่าชุมชนและครอบครัวมีบทบาทอย่างไรในการช่วยดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

4. ท่านคิดว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. ควรมีแผนงาน/โครงการหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกันอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

5. รูปแบบหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

6. จากข้อ 5 ท่านคิดว่าควรสนับสนุนหรือเพิ่มเติมกิจกรรมใดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้สามารถลดระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างยั่งยืน

.....

.....

.....

.....

.....

**** ขอขอบพระคุณทุกท่านที่เสียสละเวลา ****



ที่ อว 0605.18/



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

กรกฎาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย

ด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ชื่อภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขออนุญาตขอให้ นางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว ทำการเก็บข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567-31 มกราคม 2568 ทั้งนี้ขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวจุฑาทิพย์ ทิตแก้ว
โทรศัพท์ 062-9766663

ที่ อว 0605.18/



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

กรกฎาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง

ด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ชื่อภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขออนุญาตเผยแพร่ให้ นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว ทำการเก็บข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567-31 มกราคม 2568 ทั้งนี้ขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว
โทรศัพท์ 062-9766663

ที่ อว 0605.18/



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลนาเมือง อำเภอแก่งหินร้อย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

กรกฎาคม 2567

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ชื่อภาษาอังกฤษ) Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว ทำการเก็บข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567-31 มกราคม 2568 ทั้งนี้ขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวจุฑาทิพย์ หิตแก้ว
โทรศัพท์ 062-9766663

แบบประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.แบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โปรดเปรียบเทียบความตรงของเนื้อหาโดย ✓ ลงในตารางที่เห็นด้วย พร้อมให้คำแนะนำ
เกณฑ์การให้คะแนน

สอดคล้อง	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงและสอดคล้องกับการศึกษา
ไม่สอดคล้อง	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อความนั้นไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับการศึกษา
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป					
1. เพศ	1	1	1	1	
2. อายุ	1	1	1	1	
3. อาชีพ	1	1	1	1	
4. ระดับการศึกษา	1	1	1	1	
5. สถานภาพสมรส	1	1	1	1	
6. รายได้ต่อเดือน	1	1	1	1	
7. ผู้ดูแลหลักในบ้านที่ดูแลท่าน	1	1	1	1	
8. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	1	1	1	1	
9. มีภาวะหรือโรคแทรกซ้อน	1	1	1	1	
10. ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
11. น้ำหนัก	1	1	1	1	
ส่วนสูง	1	1	1	1	
12. ระดับความดันโลหิต (ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา).	1	1	1	1	
ส่วนที่ 2 ความรู้					
1. ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม)	1	1	1	1	
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
3. อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดงของความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอัมพาตได้	1	1	1	1	
5. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลตนเอง	1	1	1	1	
6. การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	1	1	1	1	
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก	1	1	1	1	
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มทำให้การรักษาได้ผลลดลงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	1	1	1	1	
9. การเติมปลาแร่ ผงซุส เครื่องปรุงสำเร็จรูปในการปรุงอาหารไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
10. การรับประทานอาหารรสหวาน เช่น ข้าวเหนียวมุล ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เช่น ลำไย มะขามหวาน ทูเรียน ไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
11. ความเครียดเป็นเวลานานและไม่ผ่อนคลายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	1	1	1	1	
12. เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที	0	1	1	0.67	
13. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาครบจำนวนตามแผนการรักษาทุกครั้ง	1	1	1	1	
14. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ	1	1	1	1	
15. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน แอโรบิค หรือวิ่งเหยาะ ๆ อย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์	1	1	1	1	
ส่วนที่ 3 ทักษะคิด					
ด้านการรับประทานอาหาร					
1. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
2. ท่านคิดว่ารับประทานอาหารตามใจชอบ ไม่คุมอาหาร มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ด้านการรับประทานยา					
3. ความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาและรับยา	1	1	1	1	
4. ท่านคิดว่า การขาดยา มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
5. การรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
6. คนเป็นความดันโลหิตสูง ไม่ควรทานยาสมุนไพรพื้นบ้านเอง	1	1	1	1	
ด้านการออกกำลังกาย					
7. การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
8. การไปรับบริการตามนัด ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาโดยใช้เหตุ	1	1	1	1	
9. ท่านคิดว่า การสูบบุหรี่มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
10. ท่านคิดว่า การทำสุขภาพจิตที่ดี ไม่คิดมาก มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
11. การไม่ควบคุมความดันโลหิต มีโอกาสที่เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน เกิดอัมพาตหรือเสียชีวิต	1	1	1	1	
12. คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัว	1	1	0	0.67	
13. สถานบริการสาธารณสุขอยู่ห่างไกล การติดต่อสัญญาณลำบากทำให้ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด	1	1	1	1	
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ด้านการรับประทานอาหาร					
1. ท่านรับประทานอาหารเช้ารูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง และอาหารกระป๋อง เป็นต้น	1	1	1	1	
2. การดื่มแอลกอฮอล์	0	1	1	0.67	
3. การสูบบุหรี่	0	1	1	0.67	
4. ท่านใส่เครื่องปรุงรสเพิ่มในการทานอาหารแต่ละครั้ง	1	1	1	1	

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ด้านการรับประทานยา					
5. ท่านหยุดยาเอง เมื่อรู้สึกว่ามีอาการ	1	1	1	1	
6. เมื่อท่านมีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บหน้าอก ท่านจะรับประทานยาและนอนพักผ่อน โดยไม่ไปพบแพทย์	1	1	1	1	
ด้านการออกกำลังกาย					
7. ท่านออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่นั่งอยู่กับที่นาน ๆ เช่น เดิน ขึ้นบันได ทำงานบ้าน ทำสวน	1	1	1	1	
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
8. ท่านได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตเป็นประจำ	1	1	1	1	
9. ท่านศึกษาข้อมูลในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง					
10. ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนา เพื่อลดความเครียด ทำจิตใจให้สงบ	1	1	1	1	
ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน					
1. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวหรือจากการเจ็บป่วย	1	1	1	1	
2. สมาชิกในครอบครัวมีการชักชวนให้ออกกำลังกาย	1	1	1	1	
3. สมาชิกในครอบครัวชื่นชมท่านเมื่อระดับความดันโลหิตท่านลดลง	1	1	1	1	
4. สมาชิกในครอบครัวว่ากล่าว ตักเตือนท่าน เมื่อท่านมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารเสริม ขอบปรุงรส เป็นต้น	1	1	1	1	
5. สมาชิกในครอบครัวเตรียมอาหารที่ลดเค็ม ลดโซเดียมสำหรับท่าน	1	1	1	1	
6. ท่านได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวในการไปพบแพทย์/รับการตรวจตามนัด	1	1	1	1	

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
7. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ในการดูแลสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิต	0	1	1	0.67	
8. ท่านได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. อย่างสม่ำเสมอ	0	1	1	0.67	
9. รพ.สต./เทศบาลมีกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนให้ท่านมีการปรับพฤติกรรมและลดความดันโลหิตได้	0	1	1	0.67	
10. ผู้นำชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ เสี่ยงตามสาย กระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับการตรวจสุขภาพ หรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ชมรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง เป็นต้น	0	1	1	0.67	
ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรค และความต้องการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ					
6.1 โปรดระบุ ปัญหาอุปสรรคในการลดระดับความดันโลหิตของท่าน	1	1	1	1	
6.2 ความต้องการสนับสนุนจากชุมชนหรือครอบครัวในการดูแลสุขภาพ	1	1	1	1	

แบบประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

2.แบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โปรดเปรียบเทียบความตรงของเนื้อหาโดย ✓ ลงในตารางที่เห็นด้วย พร้อมให้คำแนะนำ

เกณฑ์การให้คะแนน

สอดคล้อง	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงและสอดคล้องกับการศึกษา
ไม่สอดคล้อง	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อความนั้นไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับการศึกษา
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป					
1. เพศ	1	1	1	1	
2. อายุ	1	1	1	1	
3. อาชีพ	1	1	1	1	
4. ระดับการศึกษา	1	1	1	1	
5. สถานภาพสมรส	1	1	1	1	
6. รายได้ต่อเดือน	1	1	1	1	

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
7. ความเพียงพอของรายได้ในการดูแลคนในครอบครัว	1	1	1	1	
8. จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านต้องดูแล	1	1	1	1	
9. โรคประจำตัว	1	1	1	1	
10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านต้องดูแล	1	1	1	1	
ส่วนที่ 2 ความรู้					
1. ความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม)	1	1	1	1	
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ผลไม้รสหวาน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
3. อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจเป็นอาการแสดง ของความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอัมพาตได้	1	1	1	1	
5. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคู่กับการดูแลตนเอง	1	1	1	1	
6. การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	1	1	1	1	
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก	1	1	1	1	
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารรสเค็มทำให้การรักษาได้ผลลดลงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	1	1	1	1	
9. การเติมปลาร้า ผงชูรส เครื่องปรุงสำเร็จรูปในขณะปรุงอาหารไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
10. การรับประทานอาหารรสหวาน เช่น ข้าวเหนียวมุล ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด เช่น ลำไย มะขามหวาน ทูเรียน ไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
11. ความเครียดเป็นเวลานานและไม่ผ่อนคลายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	1	1	1	1	

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
12. เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดมึนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ควรไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที	0	1	1	0.67	
13. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาครบจำนวน ตามแผนการรักษาทุกครั้ง	1	1	1	1	
14. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้ทันทีเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ	1	0	1	0.67	
15. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน แอโรบิค หรือวิ่งเหยาะๆ อย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์	1	1	1	1	
ส่วนที่ 3 ทักษะคดี					
ด้านการรับประทานอาหาร					
1. การรับประทานอาหารตามใจชอบ ไม่คุมอาหาร มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
2. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
3. การสูบบุหรี่มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
ด้านการรับประทานยา					
4. ความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาและรับยา	1	1	1	1	
5. การขาดยามีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
6. การรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
7. คนเป็นความดันโลหิตสูงไม่ควรทานยาสมุนไพรพื้นบ้านเอง	1	1	1	1	
ด้านการออกกำลังกาย					
8. การออกกำลังกายไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
9. การทำสุขภาพจิตที่ดี ไม่คิดมาก มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
10. การไปรับบริการตามนัด ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาโดยใช่เหตุ	1	1	1	1	
11. การไม่ควบคุมความดันโลหิต มีโอกาสที่เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน เกิดอัมพาตหรือเสียชีวิต	1	1	1	1	
12. เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ท่านเห็นด้วยหรือไม่	1	1	0	0.67	
13. สถานบริการสาธารณสุขอยู่ห่างไกล การติดต่อสั่งจ่ายยาลำบากทำให้ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด	1	1	1	1	

แบบประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

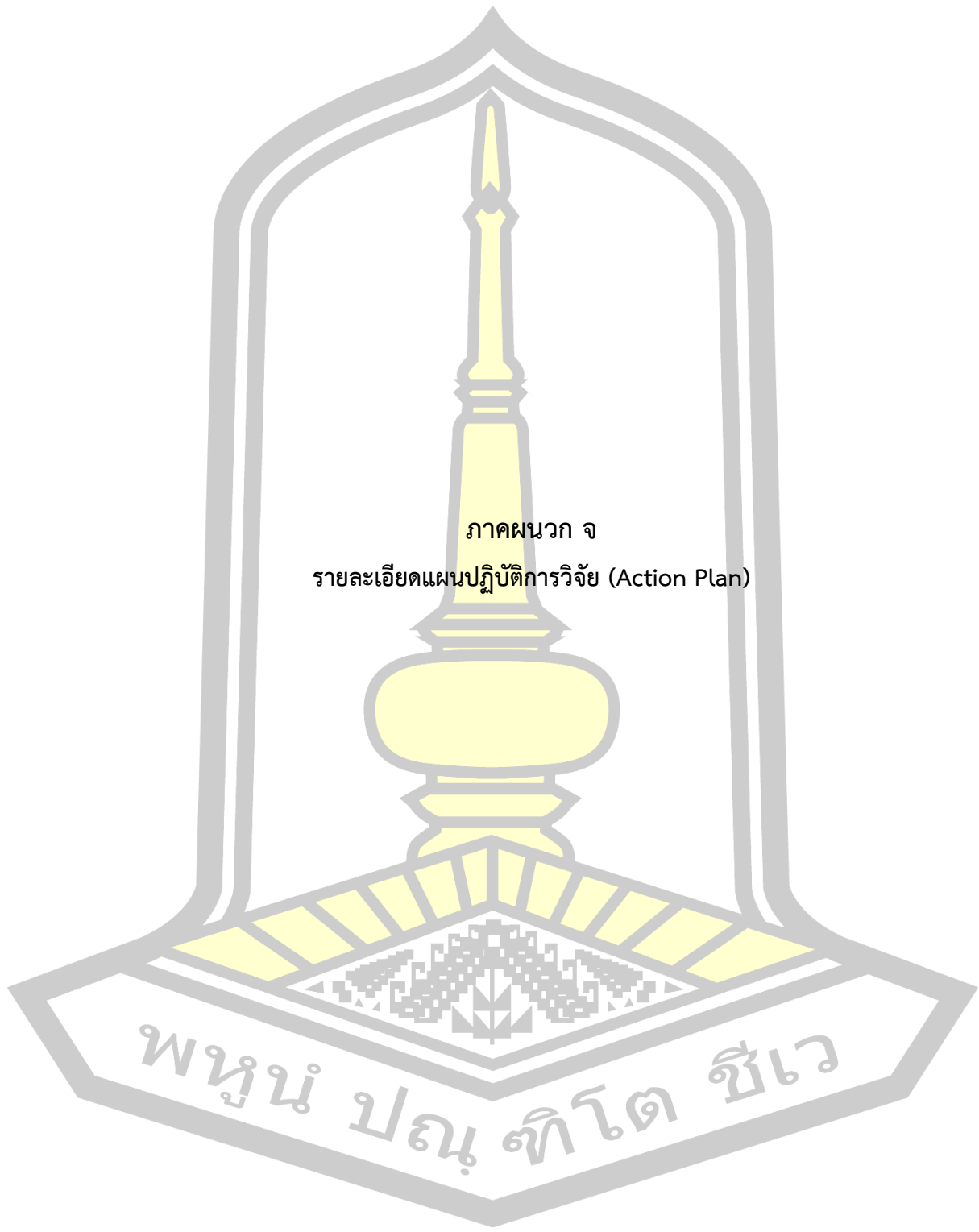
3.แบบสัมภาษณ์เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โปรดเปรียบเทียบความตรงของเนื้อหาโดย ✓ ลงในตารางที่เห็นด้วย พร้อมให้คำแนะนำ

เกณฑ์การให้คะแนน

สอดคล้อง	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงและสอดคล้องกับการศึกษา
ไม่สอดคล้อง	หมายถึง	แน่ใจว่าข้อความนั้นไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับการศึกษา
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	หมายเหตุ
	คนที่ 1 ป	คนที่ 2 พ	คนที่ 3 จ		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป					
1. ชื่อ สกุล	1	1	1	1	
2. ตำแหน่งในชุมชน/หน่วยงาน	1	1	1	1	
3. ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง	1	1	1	1	
ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1	1	1	1	
1. ท่านคิดว่าสาเหตุใดที่ทำให้คนในชุมชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1	
2. แนวทางป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร	1	1	1	1	
3. ท่านคิดว่าชุมชนและครอบครัวมีบทบาทอย่างไรในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	1	1	1	1	
4. ท่านคิดว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. ควรมีแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกันอย่างไรบ้าง	1	1	1	1	
5. รูปแบบหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนท่านเป็นอย่างไร	1	1	1	1	
6. จากข้อ 5 ท่านคิดว่าควรสนับสนุนหรือเพิ่มเติมกิจกรรมใดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างยั่งยืน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	1	1	1	1	



ภาคผนวก จ
รายละเอียดแผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ระยะปฏิบัติการวิจัย ชั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1 ศึกษารับพื้นที่ที่ สถานการณ์โรคความดัน โลหิตสูง เพื่อเก็บ รวบรวมข้อมูลก่อนการ ศึกษารวิจัย วัตถุประสงค์	1. ศึกษารับพื้นที่ของชุมชน วิเคราะห์ สถานการณ์ การดำเนินงานตามแนว ทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้า เมือง 2. ศึกษาระบบการดำเนินงานตาม แนวทาง ทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหน้าเมือง 3. ศึกษาลิงสนับสนุนในการดำเนินงาน ตามแนวทาง ทางการดูแลผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อวางแผน พัฒนา เป็นระบบใหม่	1. ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกันยายน 2567 2. สถานที่ดำเนินงาน 2.1 คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. หน้าเมือง 2.2 ชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลหน้าเมือง 3. เครื่องมือ แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) 4. อุปกรณ์ 4.1 สมุดจดบันทึก และปากก 4.2 คอมพิวเตอร์ Notebook 4.3 กล้องถ่ายรูป 5. งบประมาณ - 1,500 บาท	1. ผู้วิจัย และคณะกรรมการมี ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ถูกต้อง ครบถ้วนและสามารถอ้างอิง แหล่งที่มาได้ 2. ได้ทราบบริบท สถานการณ์ โรคความดันโลหิตสูงที่เป็น ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค แนวทางการดำเนินงานในการ ดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงรับในสถาน บริการและการดูแลเชิงรุกใน ชุมชน และทรัพยากรที่ใช้ในการ ดำเนินงาน เพื่อร่วมกัน วางแผน กระบวนการ ทำงาน ร่วมกัน	1. มีข้อมูลย้อนหลังจาก ฐานข้อมูลของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เกาะสมุย และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหน้าเมือง (ข้อมูลเชิง ปริมาณ) 2. สามารถระบุระบบการ ดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ที่ใช้ในปัจจุบัน (ข้อมูล เชิงคุณภาพ) 3. สามารถระบุทรัพยากรใน การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีอยู่ในปัจจุบัน	1. ผู้วิจัย 2. คณะทำงาน 3. คณะ กรรมการวิจัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ระยะปฏิบัติการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1. ศึกษากระบวนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 2. ศึกษาสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 3. ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนใน การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1. ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 2-3 ของเดือนกันยายน 2567 2. สถานที่ดำเนินการ ห้องประชุม รพ.สต. หน้าเมือง 3. เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 4. อุปกรณ์ 4.1 สมุดจดบันทึก และปากกา 4.2 คอมพิวเตอร์ Notebook 4.3 กล้องถ่ายรูป 5. งบประมาณ - 1,500 บาท	1. ผู้วิจัย มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ที่ถูกต้องครบถ้วน 2. ได้ทราบบริบท สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค แนวทางในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงรับในสถานบริการและการดูแลเชิงรุกในชุมชน และทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อร่วมกัน วางแผน กระบวนการ ทำงาน ร่วมกัน	1. สามารถระบุระบบการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในปัจจุบัน (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) 2. สามารถระบุการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในปัจจุบัน (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) 3. สามารถระบุทรัพยากรในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอยู่ในปัจจุบัน	1. ผู้วิจัย 2. คณะทำงาน 3. คณะกรรมการวิจัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ระยะปฏิบัติการวิจัย ชั้นตอนที่ 1 ชั้นตอนการวางแผน (Planning) ต่อ

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 3 การประชุมกลุ่ม ของ ผู้จัดรูปแบบบริการ สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสรุปปัญหาอุปสรรคและรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน 2. เพื่อวางแผนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของครอบครัวและชุมชน (รูปแบบใหม่)	1. สรุปแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน 2. สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน 3. จัดทำแผนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (รูปแบบใหม่)	1. ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 3-4 ของเดือนพฤษภาคม 2567 2. สถานที่ดำเนินการ ห้องประชุม รพ.สต. หน้าเมือง 3. เครื่องมือ 3.1 แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) 3.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4. อุปกรณ์ 4.1 สมุดจดบันทึก และปากกา 4.2 คอมพิวเตอร์ Notebook 4.3 กล้องถ่ายรูป 4.4 จอ LED นำเสนอข้อมูล 5. งบประมาณ - 2,000 บาท	1. การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน 2. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1. ผู้วิจัย 2. คณะทำงาน 3. คณะกรรมการวิจัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ระยะปฏิบัติการวิจัย ชั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานตามแผน (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 4 นำแผนงานสู่การปฏิบัติ 1. ปฏิบัติงานตามแผนการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติงานตามแผนพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1. ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน ตามที่วางแผนไว้ร่วมกัน ดังนี้ 1.1 การประกาศนโยบาย “คนสมุยร่วมมือกันห่างไกล NCDs” 2. โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย 3. กิจกรรมการพัฒนากระบวนการบริการเชิงรับ และการให้บริการเชิงรุกในชุมชน 4. กิจกรรม Smart We care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ	1.ระยะเวลา ตุลาคม 67 ถึง ธันวาคม 2567 2.สถานที่ดำเนินงาน 2.1 ห้องประชุม รพ.สต.หน้าเมือง ,เทศบาลเกาะสมุย 2.2 ชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลหน้าเมือง 3.เครื่องมือ 3.1 แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) 3.2 แบบบันทึกการประชุม 3.3 แบบสอบถามวิจัย 4.อุปกรณ์ 4.1 สมุดจดบันทึก และปากกา 4.2 คอมพิวเตอร์ Notebook 4.3 กล้องถ่ายรูป 4.4 จอ LED น้ำเสนอข้อมูล 4.5 เครื่องบันทึกเสียง 5.งบประมาณ - 2,000 บาท	1. แผนงาน โครงการ สามารถ ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ 2. มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน เกิดการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน	1. แผนงานโครงการนำไป ปฏิบัติ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของแผนงานทั้งหมด 2. แบบประเมินการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 3. แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น 4. แบบรายงานผลการ ตรวจสอบ ผู้ป่วย	1. ผู้วิจัย 2. คณะทำงาน 3. คณะกรรมการวิจัย 4. ผู้เข้าร่วมวิจัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

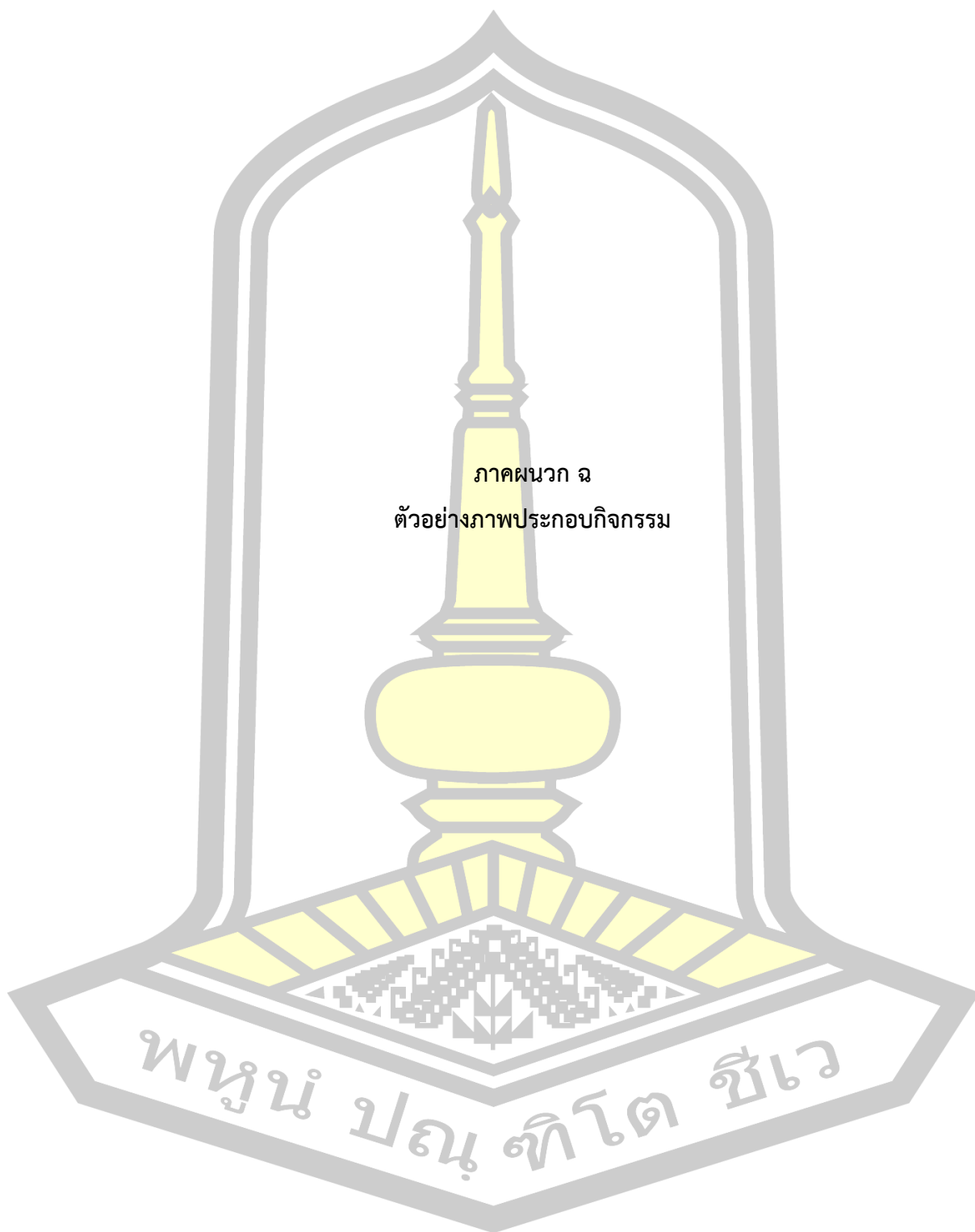
การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกองทัพอากาศและผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลนครเกาะสมุย อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ระยะปฏิบัติการวิจัย ขึ้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ปฏิบัติการตามแผน (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 5 การติดตามและประเมินผล 1. ติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและประเมินผลของโครงการวิจัย	1. สังเกตทุกกิจกรรม และบันทึกผลทุกขั้นตอน 2. ประเมินผลกระทบของโครงการวิจัย 3. ประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย 4. ประเมินแผนปฏิบัติการ โครงการ 5. ประเมินผลงาน/ผลลัพธ์ 6. นิเทศสรุปผลการดำเนินงาน	1. ระยะเวลา ตุลาคม 67 ถึง ธันวาคม 2567 2. สถานที่ดำเนินการ 2.1 ห้องประชุม รพ.เสด.หน้าเมือง 2.2 ชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลหน้าเมือง 3. เครื่องมือ 3.1 แบบสังเกตการมีส่วนร่วม 3.2 แบบสัมภาษณ์ 3.3 เครื่องมือ 4. อุปกรณ์ 4.1 แบบบันทึกการประชุม 4.2 สังเกตการมีส่วนร่วม 4.3 สมุดจดบันทึก และปากกา 4.4 กล้องถ่ายรูป 4.5 เครื่องบันทึกเสียง 5. งบประมาณ - 2,000 บาท	1. มีผลสรุปการดำเนินงาน การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2. สามารถเปรียบเทียบผล ประเมิน ผล ก่อน และ หลัง ดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้อย่างชัดเจน 3. ได้ทราบถึง ผล การ ... ดำเนินงานของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา	1. มีการดำเนินงานกิจกรรม/ ขั้นตอนทั้งหมดก่อน ระหว่างและ หลังดำเนินการ ดำเนินงาน ดังนี้ 2.1 ประเมินการมีส่วนร่วม 2.2 ประเมินผลปฏิบัติการโครงการ 2.2.1 แผนงานโครงการถูก นำไปปฏิบัติไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของแผนงานทั้งหมด 2.2.2 ประเมินผลโครงการตามตัวชี้วัด และการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด 2.3.3 ประเมินโครงการตามแบบประเมินที่ผู้วิจัย กำหนด 2.4 ประเมินผลงาน/ผลลัพธ์ ของการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับเลิศสูง	1. ผู้วิจัย 2. คณะทำงาน 3. คณะกรรมการวิจัย 4. ผู้เข้าร่วมวิจัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกองทุนและผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลนครเกาะสมุย อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ระยะเวลาปฏิบัติการวิจัย ขึ้นตอนที่ 4 ขึ้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล (Reflection)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 6 การสะท้อนผล รายงานผล การดำเนินงาน และถอดบทเรียน การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อรายงานผลการดำเนินงานตามแผน และถอดบทเรียน การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมสรุปรายงานสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2. คืนข้อมูลการดำเนินงาน โดยมีกิจกรรมแสดงผลสัมฤทธิ์เบื้องต้น และทำสังเคราะห์การดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยครอบครัวและชุมชน 3. ถอดบทเรียนร่วมกับผู้วิจัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และมีการร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ไขในการดำเนินงานครั้งต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนมกราคม 2567 2. สถานที่ดำเนินการ 2.1 ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง 3. เครื่องมือ 3.1 รายงานสรุปผลการดำเนินงาน 4. อุปกรณ์ 4.1 แบบบันทึกการประชุม 4.2 แบบสรุปผลการดำเนินงาน 4.3 สมุดจดบันทึก และปากกา 4.4 กล้องถ่ายรูป 4.5 เครื่องบันทึกเสียง 4.6 จอ LED นำเสนอข้อมูล 5. งบประมาณ - 2,000 บาท 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2. มีแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ระบบ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการวิจัยเข้า ร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 2. มีแผนงานโครงการ แนวทาง หรือข้อกำหนด ในการแก้ไขปัญหา 3. มีระบบมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ระบบ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัย 2. คณะทำงาน 3. คณะกรรมการวิจัย



ภาคผนวก ฉ
ตัวอย่างภาพประกอบกิจกรรม

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว

ภาคผนวก ฉ1 ศึกษาบริบท สถานการณ์และปัญหาในพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี



ภาคผนวก ฉ2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาคผนวก ฉ3 การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) รายงานผลสรุปการ วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาสาเหตุ ความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาคผนวก ฉ 4 การประกาศนโยบายสุขภาพการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน



ภาคผนวก จ6 การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน



ม.ร.ว.ค.ส.

ภาคผนวก ฉ7 โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย



ภาคผนวก ฉ8 กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน
(คลินิก HT สุขใจ)



ภาคผนวก ฉ9 กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (Mini Health station check)



ภาคผนวก ฉ10 กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (Mini Health station check)



มูลนิธิ สกสวช.

ภาคผนวก ฉ11 กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (พัฒนา
ทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus)

-การมอบอุปกรณ์การเยี่ยมบ้านแก่ทีม Family Care Team Plus



-การอบรมพัฒนาความรู้ทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus



-การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาคผนวก จ12 Smart We care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ

-การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ



-การลงพื้นที่บ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบ GIS

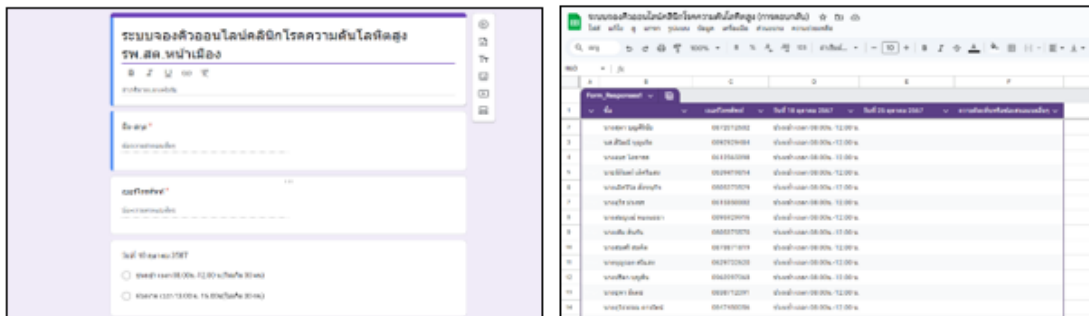


-การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบ GIS

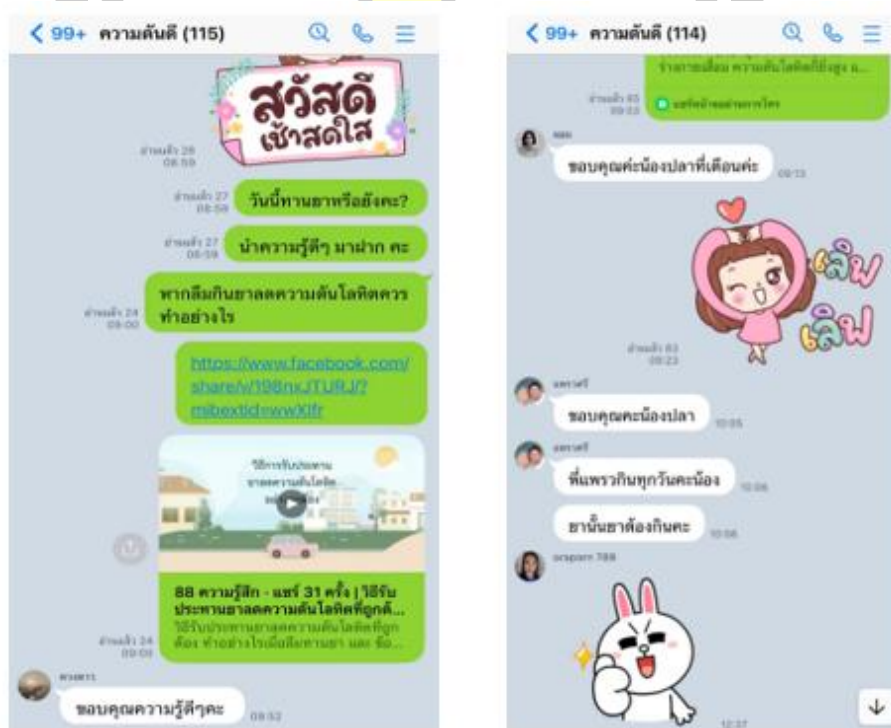
เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	ข้อมูลอื่นๆ
9999999999	นายสมชาย ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นางสาวใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นายใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นางใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นายใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นางใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นายใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นางใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นายใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓
9999999999	นางใจดี ใจดี	✓ ✓ ✓ ✓



-ระบบการจองคิวออนไลน์ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง รพ.สต.หน้าเมือง



-กลุ่มไลน์ “ความดันดี” ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์



ชุมชน ปณฺฑิต โท

ภาคผนวก ฉ13 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และรูปแบบการดำเนินงานในครั้งต่อไป



ภาคผนวก ฉ14 การคืนข้อมูลให้ชุมชน



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวจุฑาทิพย์ หีดแก้ว
วันเกิด วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2531
สถานที่เกิด จังหวัดสุราษฎร์ธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 106/15 หมู่ที่ 1 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย
จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84140
ตำแหน่งหน้าที่การงาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าเมือง
หมู่ที่ 1 อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84140
ประวัติการศึกษา
พ.ศ.2550 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนไชยาวิทยา
อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
พ.ศ.2554 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
พ.ศ. 2568 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว