

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดัน
โลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

นางณัชปภา คัชมาตย์

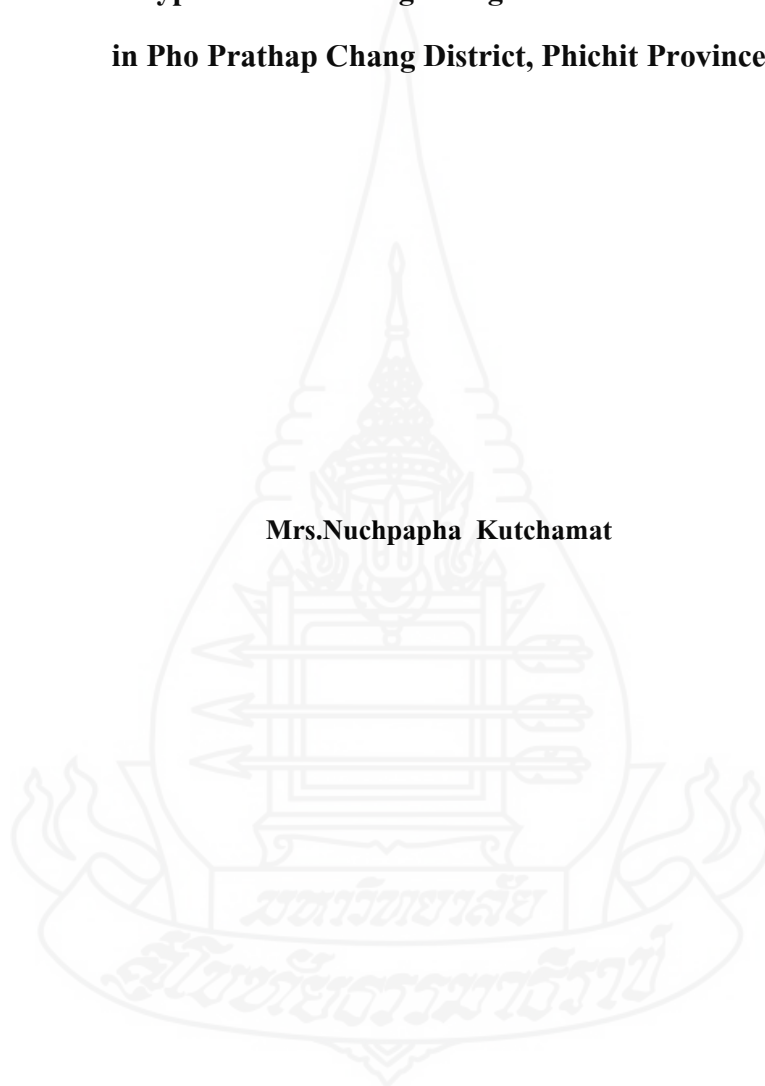


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**Factors Associated with Prevention and Control Performance
of Hypertension among Village Health Volunteers
in Pho Prathap Chang District, Phichit Province**

Mrs.Nuchpapha Kutchamat



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2018

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ผู้วิจัย นางฉวีปภา กัษมาตย์ รหัสนักศึกษา 2555001177

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร
(2) รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง **ปีการศึกษา** 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 280 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า (1) การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 48.79 ปี จบชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือน อาชีพเกษตรกรรม ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เฉลี่ย 8.47 ปี เป็นกรรมการกองทุนต่างๆ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ (3) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ($r = 0.154$) ความรู้ ($r = 0.603$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.626$) และแรงจูงใจ ($r = 0.741$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง

Thesis title: Factors Associated with Prevention and Control Performance of Hypertension among Village Health Volunteers in Pho Prathap Chang District, Phichit Province

Researcher: Mrs.Nuchpapha Kutchamat; **ID:** 2555001177;

Degree: Master of Public Health; **Thesis advisors:** (1) Dr.Somphoch Ratoran, Associate Professor; (2) Dr.Warangkana Chankong, Associate Professor;

Academic year: 2018

Abstract

The objectives of this research were to study: (1) prevention and control performance of hypertension among village health volunteers (VHVs); (2) factors related to prevention and control performance of hypertension among VHVs including personal characteristics, knowledge, social support, and motivation; and (3) association between personal characteristics, knowledge, social support and motivation and hypertension prevention/control performance of VHVs in Phichit's Pho Prathap Chang District.

This quantitative research was conducted in 280 randomly selected VHVs in the district. Data were collected using a questionnaire and analyzed to determine frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's correlation coefficient.

The findings showed that: (1) the overall hypertension prevention and control performance was at a moderate level; (2) the related factors were VHV/respondents' being mostly married females aged 48.79 years on average, having completed primary school, having a monthly income of 5,000 baht, being farmers, having an average working period of 8.47 years, being members of various fund committees, having chronic hypertension and having knowledge, social support and motivation at the moderate level; and (3) working duration ($r = 0.154$), knowledge ($r = 0.603$), social support ($r = 0.626$), and motivation ($r = 0.741$) were significantly associated with the hypertension prevention and control performance of VHVs ($p = 0.05$).

Keywords: Village health volunteer (VHV), Disease prevention and control, hypertension

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร และอาจารย์ ดร.วรางคณา จันท์คง อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณา ให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่ง สำเร็จเรียบร้อย สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณอาจารย์มานพ ชมพูนุ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ อาจารย์จิรยุทธ คงนุ่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ อาจารย์ประเสริฐ อินทร์อ้าย นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และอาจารย์ ถนอมวงศ์ หาญมนตรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือตลอดจน ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ พร้อมทั้งขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอโพธิ์ประทับช้างและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพระ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ที่ช่วยประสานงานในขั้นตอนเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทุกท่าน ซึ่งได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทีมงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่รอบใต้ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร คุณวีรพงษ์ นวลเนื่องและเพื่อนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

ณัชปภา กัษมาตย์

มกราคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่ได้รับ	13
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	14
บริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร 2562)	18
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	22
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	36
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม	45
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ	49
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
การเก็บรวบรวมข้อมูล	71
การวิเคราะห์ข้อมูล	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	73
ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	74
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	77
การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	81
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	82
การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	83
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	85
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
สรุปการวิจัย	87
อภิปรายผล	90
ข้อเสนอแนะ	98

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	101
ภาคผนวก	111
ก แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	112
ข ข้อมูลรายประเด็นและรายชื่อ	126
ประวัติผู้วิจัย	140



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร จำแนกรายตำบล	19
ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากร จำนวนกลุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร จำแนกรายตำบล	65
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	74
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม	77
ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง รายข้อ ..	77
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม	81
ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคม ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง รายด้าน	81
ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม	82
ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง รายด้าน	83
ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม	83
ตารางที่ 4.9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติงานในการป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง รายด้าน	84

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	85
ตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร	86



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 4.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย 6



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทที่สำคัญ ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agent) ของประชาชน และเป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ดูแลรับผิดชอบประชาชนในละแวก 8 - 15 หลังคาเรือน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2552) ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน สม. ทั้งหมด 1,054,729 คน ครอบคลุมอยู่ทุกหมู่บ้าน และชุมชนทั่วประเทศ (สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/12/16621> เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2562) อสม. ถือว่า เป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชน นโยบายที่จะส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำที่เข้มแข็งในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคีสุขภาพ (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์ 2552) ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐาน จะเน้นการพัฒนาการมากกว่าการบริการ ของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดย อสม. จะได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข อสม. เป็นผู้ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานโดยมี อสม. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบัน อสม. และได้มี อสม. เพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2552)

ผลศึกษาในการประเมินศักยภาพและบทบาทของ อสม. ในบริบทสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสถานการณ์สุขภาพของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่ได้รับความเชื่อถือเป็นผู้ให้คำปรึกษาให้กับการทำงานเพื่อชุมชนมีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพ แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและยังดำเนินไปอย่างแข็งขัน อสม. ในปัจจุบันมากกว่าร้อยละ 35 เป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี ในขณะที่เดียวกันก็มี

อสม. หญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ 70 อสม. เหล่านี้ทำงานได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์เรื่องโรคต่างๆ การกระจายข้อมูลข่าวสาร แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มามากจากผู้ที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก จึงมีคำถามว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่สูงขึ้นและมีความพร้อมที่จะเสียสละได้ให้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปจากนโยบายการกระจายอำนาจ และการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองไทยในระยะหลังทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องเข้าไปมีส่วนพัวพันกับการเมืองไทย ในลักษณะต่างๆ ได้แสดงให้เห็นวัฒนธรรมทางความคิด ปฏิบัติการ และรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาชุมชนที่มีหลากหลายมากขึ้น วัฒนธรรมเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครได้รับความยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการทางสังคมที่ควรได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2550)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2556) ได้กำหนดเป้าหมาย ให้ทุกจังหวัดอบรมผู้ที่เป็น อสม. แล้ว อบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และเป็นผู้ร่วมดำเนินการ สั่งการ ควบคุมกำกับให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น นำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้

ปัจจุบันจังหวัดพิจิตรมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 13,354 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2562) อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 980 คน เกณฑ์ในการคัดเลือก อสม. เลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน อสม. 1 คน ต่อ จำนวน 10 - 15 หลังคาเรือน อสม. โดยส่วนใหญ่ของอำเภอโพธิ์ประทับช้าง เป็นกลุ่มเกษตรกร มีรายได้น้อย การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย บางส่วนเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน และเป็นผู้นำกลุ่มต่างๆ และแกนนำของหมู่บ้าน ปัญหาที่พบในการทำงานของ อสม. โพธิ์ประทับช้าง คือ อสม. ที่มีอายุการทำงานมานานบางส่วน มักจะมีข้อดีเรื่องวิชาการและการอ่านเขียน อสม. บางส่วนมีการกิจส่วนตัวมาก ประกอบกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีมากขึ้น เช่น ต้องรับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การร่วมกิจกรรมจิตอาสา การทำงานเชิงรุกในละแวกและกิจกรรมส่วนรวมภาพตำบล อำเภอและจังหวัด การจัดทำรายงานและบันทึก

การคัดกรองต่างๆ ทำให้ อสม.บางส่วนลาออกไปและมี อสม. สมัครเข้ามาใหม่ระหว่างปี กลุ่ม อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างของความรู้ ประสบการณ์ และวัยต่างๆ หลากหลาย อสม. ต้องมีการปรับตัวในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นงานหนึ่งที่ต้องดำเนินงานเชิงรุกและต้องมีทักษะในการทำงานหลายด้าน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร 2562)

โรคความดันโลหิตสูง เป็น 1 ในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังรุนแรงขึ้น จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลก มีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน (WHO 2013 อ้างใน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2561) สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อ 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2561 อ้างในสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2561) และอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อ 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 เป็น 1,353.01 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2561 อ้างในสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2561)

ประชาชนจังหวัดพิจิตร มีสาเหตุการป่วยตามกลุ่มสาเหตุของผู้ป่วยใน ในช่วง ปี 2559 – 2561 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่นๆ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติ เป็น 3 สาเหตุแรก ตามลำดับ ส่วนสาเหตุการตายของประชาชนจังหวัดพิจิตร ในช่วง ปี 2559 – 2561 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 10 อันดับแรก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2562) จะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดพิจิตร โดยปี 2559 – 2561 มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 12,890 /แสนประชากร 13,000 /แสนประชากร และ 13,460 /แสนประชากร ตามลำดับ แม้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มลดลง โดยปี 2559 - 2561 มีอัตราป่วย 1,805.87 /แสนประชากร 1,680.84 /แสนประชากร และ 1,507.75 /แสนประชากร ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงปี 2559 – 2561 พบว่า มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน คือ 2,410/แสนประชากร 2,130/แสนประชากร และ 2,030 /แสนประชากร ตามลำดับ อย่างไรก็ตามแม้อัตราป่วยรายใหม่และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนจังหวัดพิจิตรมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมีอัตราที่สูงอยู่ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขลำดับต้นๆ ของจังหวัดพิจิตร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2562)

อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ที่เป็นพื้นที่วิจัย พบว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอเช่นกัน กล่าวคือ สาเหตุการเจ็บป่วยผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ในช่วง ปี 2559 – 2561 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไข้หวัด ตามลำดับ (โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร 2562) สำหรับสาเหตุ 10 อันดับการเสียชีวิตของประชาชน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง คือ โรคอื่นๆ ไม่ทราบสาเหตุ มะเร็งทุกชนิด ติดเชื้อในกระแสเลือด โรคตับแข็ง ปอดบวม โรคหลอดเลือดสมอง อุจลมโป่งพอง ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุจากรถ ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ประทับช้างย้อนหลัง 3 ปี ใน 2559-2561 คือ 10,407.64 /แสนประชากร 10,648.4/แสนประชากร และ 10739.84/แสนประชากร ตามลำดับ พบ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2559-2561 คือ 1,036.28/แสนประชากร 1,245.85/แสนประชากร และ 2,198.32/แสนประชากร ตามลำดับ และพบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ย้อนหลัง 3 ปี ในช่วง 2559-2561 คือ 2,100 /แสนประชากร 1,540 /แสนประชากร) และ 2,880 /แสนประชากร) ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร 2562)

จากการศึกษาทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factor) ได้แก่ ลักษณะของบุคคล (Individual Attributes) ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะประชากร ความรู้ความสามารถ และลักษณะจิตวิทยา ความพยายามในการทำงาน (Work Effort) และการสนับสนุนจากองค์กร (Organization Support) (Schermerhorn et al. 2008, pp. 151 อ้างใน เพ็ญศรี หวานล้อม 2558) นอกจากนี้ยังอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) แรงสนับสนุนทางสังคมเครื่องมือหรือสิ่งของ (instrumental support) (House 1980 Quoted in Pearson 1990, pp.180 ดาราวรรณ ร่องเมือง 2561, น. 85) และแรงสนับสนุนโดยการให้การประเมินผล (appraisal support) และปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่อธิบายความพึงพอใจที่จะทำให้บุคคลทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร” โดยศึกษาถึงปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การสมรส รายได้ อาชีพ สถานภาพทางสังคม ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โรคประจำตัว ศึกษาถึงด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เชิงวิชาการในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูง และความรู้ ในการปฏิบัติหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การเป็นแบบอย่างที่ดี การจัดทำแผน การจัดทำงบประมาณ และการจัดกิจกรรมในการควบคุมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง และการติดตามประเมินผล ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร

ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ งบประมาณและบุคลากร และด้านการประเมินผล ศึกษาถึงแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยค่าจ้าง ปัจจัยจูงใจ การศึกษาถึงการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การเป็นแบบอย่างการจัดทำแผน การจัดทำงบประมาณ การจัดกิจกรรม และการติดตามประเมินผล และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาใช้ในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจ และเพิ่มศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ปัญหาการวิจัย

2.1 ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เป็นอย่างไร

2.2 ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร หรือไม่

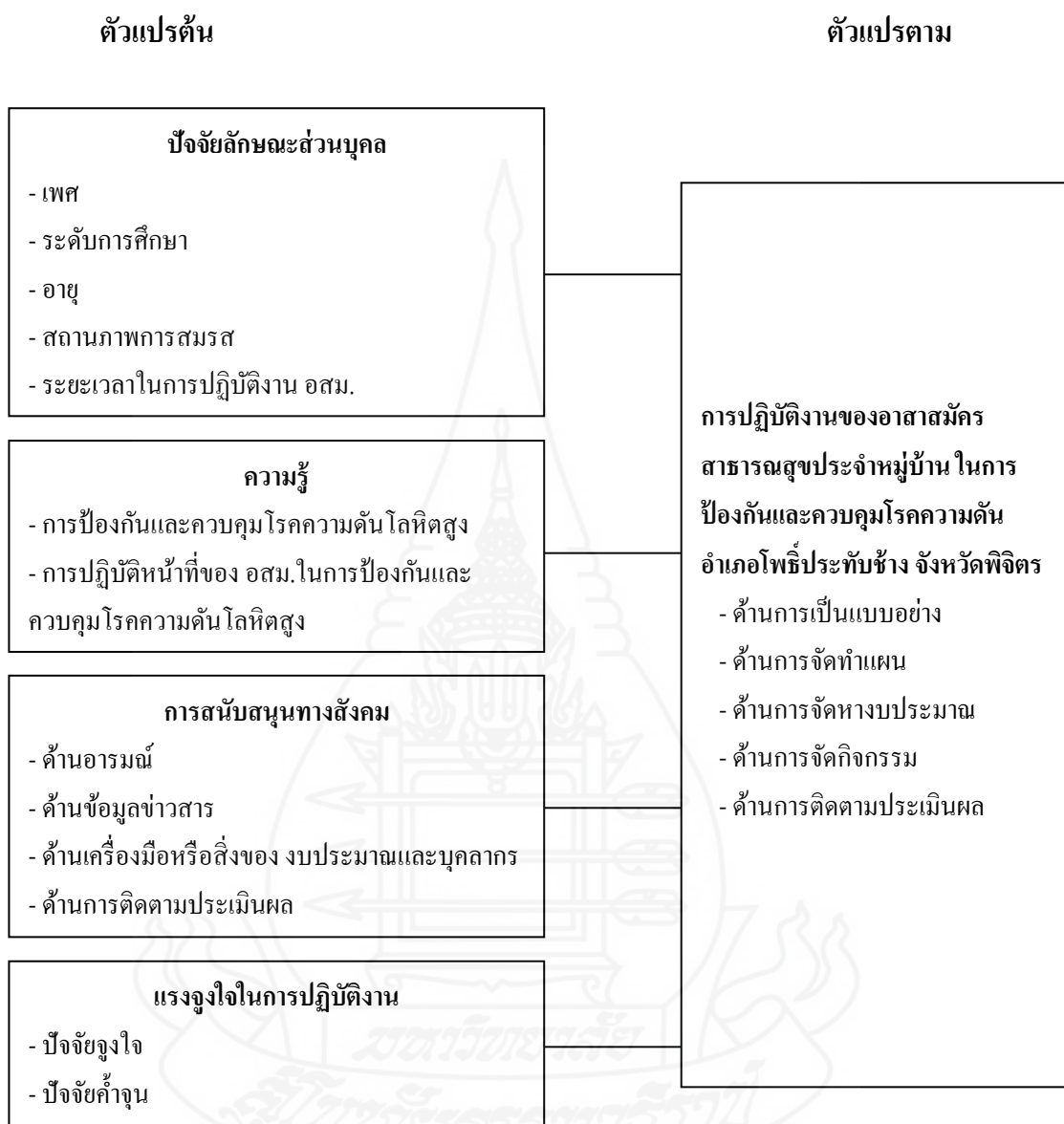
3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

5. สมมติฐานการวิจัย

5.1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

5.2 ความรู้ในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

5.3 การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ งบประมาณและ บุคลากร ด้านการติดตามประเมินผล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

5.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

6. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร” ครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

6.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อสม.ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรและเคยได้รับการประชุมหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงทุกคน จำนวน 980 คน

6.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดที่จะศึกษาเกี่ยวกับ

6.2.1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาชีพ รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว สถานภาพทางสังคม และโรคประจำตัว

6.2.1 ความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

6.2.2 การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ งบประมาณและบุคลากร ด้านการติดตามประเมินผล ตามทฤษฎีของเฮาส์

6.2.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ และ ปัจจัยก้ำจุน ตามทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอรัชเบิร์ก (Herzberg's Two-Factors Theory)

6.2.4 การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเป็นแบบอย่างด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดหา งบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรม และด้านการติดตามประเมินผล

6.3 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 – 30 สิงหาคม 2561

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว การประกอบอาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพทางสังคม และโรคประจำตัว

7.1.1 เพศ หมายถึง เพศของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแยกเป็นเพศหญิงและเพศชาย

7.1.2 อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน นับจำนวนปีเต็มในวันที่ตอบแบบสอบถาม

7.1.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา/ ปวช. 3. อนุปริญญาขึ้นไป

7.1.4 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย /หย่า/แยก

7.1.5 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หมายถึง ระยะเวลาที่เริ่มปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนับถึงปัจจุบัน โดยระบุปีเต็ม เกิน 6 เดือนให้ปัดขึ้น

7.1.6 รายได้ หมายถึง รายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสมาชิกทุกคนในครอบครัวของท่านรวมกัน โดยไม่หักค่าใช้จ่ายต่อเดือนแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1. 5,000 บาท ลงมา 2. 5,001 – 15,000 บาท 3. 15,001 บาทขึ้นไป

7.1.7 อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ 1. ไม่ได้ทำงาน 2. เกษตรกรรม 3. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว 4. รับจ้าง / ลูกจ้าง 5. ประกอบอาชีพอื่นๆ

7.1.8 สถานภาพทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ตำแหน่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดำรงอยู่ในสังคม แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 1. กรรมการหมู่บ้าน 2. กรรมการกองทุนต่างๆ 3. ผู้นำชุมชน 4. สมาชิก อบต./เทศบาล 5. กรรมการอื่นๆ ในชุมชน

7.1.9 โรคประจำตัวของ อสม. หมายถึง โรคเรื้อรังที่แพทย์วินิจฉัยว่าต้องอยู่ในการควบคุมหรือรับประทานยาต่อเนื่อง เช่น 1. โรคความดันโลหิตสูง 2. โรคเบาหวาน 3. โรคหัวใจและหลอดเลือด 4. โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานหรือโรคหัวใจและหลอดเลือด

7.2 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับกิจกรรม การกระทำหรือการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายในสังคม การวิจัยในครั้งศึกษาเฉพาะ แรงสนับสนุนทางสังคมจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ งบประมาณและ บุคลากร ด้านการประเมินผล

7.2.1 ด้านอารมณ์

แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การยกย่อง เอาใจใส่ รับฟังความคิดเห็น ให้ความไว้วางใจ ห่วงใย ยอมรับ และเห็นคุณค่า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานควบคุม และป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง

7.2.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร

แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การคืนข้อมูล

และสื่อต่างๆ แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง

7.2.3 ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ งบประมาณและ บุคลากร

แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือด้านวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และบุคลากร แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

7.2.4 ด้านการประเมินผล

แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และครอบครัวที่ให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแจ้งผลการปฏิบัติงานให้ทราบ เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

7.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบความสำเร็จ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการจูงใจแบบสองปัจจัยของเฮร์ซเบอร์ก (Herzberg อ้างใน กัทธนนท์ ศิริไทยและชิตพล ชัยมะดัน 2559) มาประยุกต์ใช้ได้แก่

7.3.1 ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อวิธีการที่เป็นแรงกระตุ้น หรือส่งนำไปอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติทางบวกและพึงพอใจการปฏิบัติงาน ซึ่งมีผลให้ผลผลิตของงานเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย

1) ความสำเร็จของงาน หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้บรรลุเป้าหมาย และสามารถแก้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2) การได้รับการยอมรับนับถือ หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการยอมรับนับถือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนร่วมงาน ผู้มารับบริการ ซึ่งการยอมรับนี้อาจอยู่ในรูปการยกย่องชมเชย

3) ลักษณะของงาน หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีลักษณะงาน น่าเบื่อหน่าย หรือท้าทายความสามารถ ก่อให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นงานที่ง่ายหรือยาก

4) *ความรับผิดชอบ* หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงาน มีอิสระในการตัดสินใจปฏิบัติงาน และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่

5) *โอกาสความก้าวหน้าในงาน* หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีโอกาสเจริญก้าวหน้า มีโอกาสได้ศึกษาเพิ่มพูนความรู้และมีโอกาสพัฒนาทักษะใหม่ๆ ในการทำงาน

6) *การพัฒนาตนเอง (Growth)* หมายถึง การที่แต่ละบุคคลในองค์กรมีโอกาสได้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ความชำนาญใหม่ให้กับตนเอง

7.3.2 ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อบรรยากาศหรือวิธีการที่เป็นสาเหตุให้เกิดความไม่พอใจในการทำงาน ประกอบด้วย

1) *นโยบายและการบริหารงาน* หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อแนวทางการดำเนินงาน การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงาน

2) *การควบคุมบังคับบัญชา* หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความยุติธรรมในการบริหาร การได้รับความช่วยเหลือแก้ปัญหา และความเต็มใจในการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3) *ค่าตอบแทนและสวัสดิการ* หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความพึงพอใจในสวัสดิการจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ ค่าป่วยการ สิทธิการนอนห้องพิเศษในหอผู้ป่วยใน เป็นต้น

4) *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล* หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการให้ความร่วมมือ มีการประสานงาน และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน

5) *สภาพการทำงาน* หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำงาน เช่น สถานที่ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอ และความร่วมมือจากผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย

7.4 ความรู้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ นิยามของโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การป้องกัน 2) ความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่

การเป็นแบบอย่าง การจัดทำแผน การจัดหางบประมาณ การจัดกิจกรรมและประเมินผล ในการป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

7.5 การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง การปฏิบัติงานตามกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมป้องกันโรค ได้แก่ การเป็นแบบอย่าง การจัดทำแผน การจัดหางบประมาณ การจัดกิจกรรม และการติดตามประเมินผล ดังนี้

7.5.1 การเป็นแบบอย่าง หมายถึง การเป็นแบบอย่างตามหลัก 3อ. 2ส. คน ในครอบครัวและในชุมชน ได้แก่ 1) อาหาร มีพฤติกรรมการกินอาหารครบ 5 หมู่ ที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ 2) ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 5 วัน และในแต่ละวันออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3) อารมณ์ มีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข 4) สูบบุหรี่ เป็นบุคคลตัวอย่างของผู้ไม่สูบบุหรี่ และ 5) สุรา เป็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างไม่ดื่มสุรา

7.5.2 การจัดทำแผน หมายถึง อสม. เป็นแกนนำ ในการระดมพลังความคิด เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) สำรวจและประเมินสถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) เป็นแกนนำจัดทำประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 3) จัดทำแผนงาน/โครงการ ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

7.5.3 การจัดหางบประมาณ หมายถึง เป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็น ในการขับเคลื่อนแผนงาน/กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สำรวจแหล่งทุน จัดทำข้อมูล นำเสนอแผนฯ โครงการของงบประมาณ ทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้สนับสนุนกับทีมดำเนินงาน และร่วมประชุมทีมงาน/แกนนำ เพื่อจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรม

7.5.4 การจัดกิจกรรม หมายถึง เป็นแกนนำในเรื่อง 1) การเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง/เป็นโรค การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ 2) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ 3อ2ส และ 3) การสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

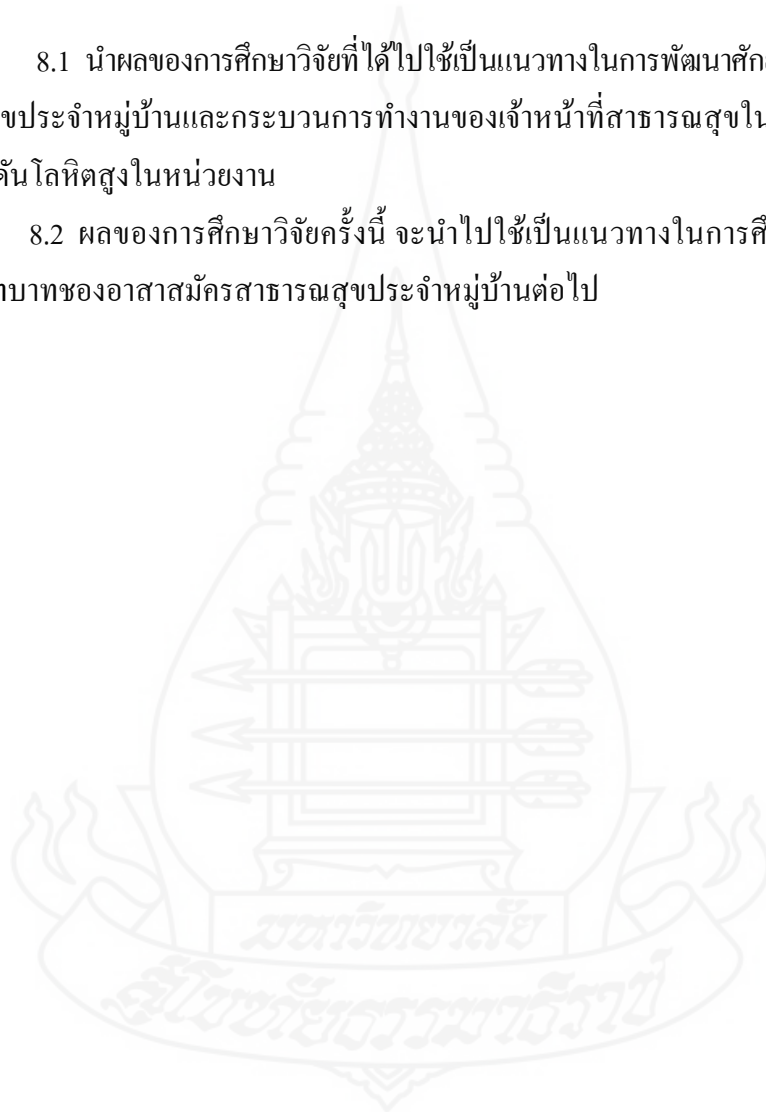
7.5.5 การติดตามประเมินผล หมายถึง การที่ อสม. มีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของกิจกรรม ค้นหาประโยชน์และจุดอ่อน เพื่อมาปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดระบบ จัดทีม

ติดตาม กำหนดหัวข้อ การประเมิน ออกติดตามประเมินผล สรุปผล นำผลจากการประเมินมานำเสนอ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และจัดเวทีเสนอผลให้ชุมชนรับทราบ

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 นำผลของการศึกษาวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยงาน

8.2 ผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในเรื่องบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เป็นความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์ คำถาม กรอบแนวคิด ตัวแปรในการวิจัย และแนวทางในการดำเนินการวิจัย โดยนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
2. บริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ โพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไว้ดังนี้

1.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การรื้อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนงาน และการประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันโรค การช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยา และเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนา
งานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย
ดังนี้

พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20-35 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8.-15 หลังคาเรือน

ดังนั้นในแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. 10-20 คน

1.2 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.2.1 เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้าน

1.2.2 มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้

1.2.3 เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข

1.2.4 เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข

1.2.5 เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดีได้รับ

ความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

1.3 วิธีคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1.3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจง
ให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม. แล้วร่วมกันกำหนด
แผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา

1.3.2 แบ่งละแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8-15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงทุกบ้าน
ให้รับทราบ เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีคุณสมบัติในข้อ 1.3.2 สมัครรับการอบรม

1.3.3 ให้ประชาชนในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครอบครัวในการ
เสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน

1.3.4 คณะดำเนินการสรรหา ซึ่งประกอบด้วยกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน และผู้นำ
อื่นๆ ดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำ
ละแวกหมู่บ้าน หรือคุ้มบ้าน อนึ่งการคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชน หรือ
คณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม และมีขั้นตอน
ที่โปร่งใส

1.4 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น (2555) ได้กล่าวถึงอาสาสมัครสาธารณสุขว่ามีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ (<http://www.esanphc.net/online/vhv/vhv07.htm> สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2555)

1.4.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

1.4.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษานามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภค โภชนาการสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

1.4.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระตุกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

1.4.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมข. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

1.4.5 ฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดีกรีซอาหารและขาดธาตุไอโอดีน ฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด ฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และ ฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

1.4.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ

1.4.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

1.4.8 คุณเลขาธิการโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

จากบทบาทหน้าที่ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข โดย กองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2556) ได้ส่งเสริมให้มีการอบรมสม.เชี่ยวชาญ 11 สาขา ดังนี้

1. สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
2. สาขาเอดส์ในชุมชน
3. สาขาสุขภาพจิตในชุมชน
4. สาขาการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
5. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ
6. สาขาการบริการใน ศสมช.
7. สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
8. สาขาการคุ้มครองผู้บริโภค
9. สาขาการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
10. สาขาการจัดการสุขภาพชุมชน
11. สาขาอนามัยแม่และเด็ก

สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน ซึ่งจะต้องเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้าน มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้ สมักจรใจและเสียสละ สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำด้านสุขภาพ สื่อข่าวสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้ วางแผนงาน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ

2. บริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร 2562)

2.1 ข้อมูลทั่วไปของอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

อำเภอโพธิ์ประทับช้างเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดพิจิตร อยู่ห่างจากจังหวัดพิจิตร ประมาณ 23 กิโลเมตร อำเภอโพธิ์ประทับช้างแบ่งการปกครองจากอำเภอเมืองพิจิตร และอำเภอโพทะเล บางส่วนตั้งเป็นกิ่งอำเภอเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2510 และยกฐานะเป็นอำเภอเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2516 มีเนื้อที่ 378.561 ตารางกิโลเมตร ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ทิศใต้ ติดต่อกับ กิ่งอำเภอทิวะวันออก ติดต่อกับอำเภอเมืองพิจิตร ทิศตะวันตก ติดต่อกับกิ่งอำเภอบึงสามัคคี จังหวัด กำแพงเพชร เนื้อที่/พื้นที่ 378.561 ตารางกิโลเมตร

สภาพภูมิอากาศโดยทั่วไป โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม ไม่มีภูเขาและป่าไม้ ฤดูน้ำหลาก จะเกิดน้ำท่วมทุกปี มีแม่น้ำสายหลัก คือแม่น้ำยม และแม่น้ำพิจิตรไหลผ่านทางด้านทิศตะวันออก ของพื้นที่อำเภอ สภาพพื้นดินเหมาะแก่การทำนาและทำ

ข้อมูลการปกครอง

มีตำบล 7 ตำบล หมู่บ้าน 98 หมู่ เทศบาล 2 แห่ง. อบต 6 แห่ง

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

1. อาชีพหลัก ได้แก่ ทำนา ทำสวน ทำไร่
2. อาชีพเสริม ได้แก่ ปลูกผักปลอดสารพิษ ผลไม้แปรรูป จักสานจากวัสดุเหลือใช้ สมุนไพร เครื่องใช้ และเครื่องประดับตกแต่ง

ด้านประชากร

จำนวนประชากรทั้งสิ้น รวม 44,295 คน ประชากรชายรวม 21,633 คน ประชากร หญิง รวม 22,662 คน

สถานะสุขภาพอำเภอโพธิ์ประทับช้าง

ปี 2560 อัตราเกิด 3.22 ต่อพัน ปชก. อัตราตาย 7.78 ต่อพัน ปชก. อัตราเพิ่ม - 0.45 ต่อพัน ปชก.

สาเหตุการเจ็บป่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ปีงบประมาณ 2561 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไข้หวัด ตามลำดับ

สถานการณ์โรคทางระบาดวิทยา ปีงบประมาณ 2561 3 ลำดับแรก คือ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก และโรคสุกใส

10 อันดับการเสียชีวิต อำเภอโพธิ์ประทับช้าง คือ โรคอื่นๆ ไม่ทราบสาเหตุ มะเร็งทุกชนิด ติดเชื้อในกระแสเลือด โรคตับแข็ง ปอดบวม โรคหลอดเลือดสมอง ฉุกเฉินโป่งพอง ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุจราจร ตามลำดับ

อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ประทับช้างย้อนหลัง 3 ปี (2559-2561) คือ จำนวน 4616 คน (10407.64/แสน ปชก.) จำนวน 4,718 คน (10648.4/แสน ปชก.) และจำนวน 4757 คน (10739.84/แสน ปชก.) ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง ย้อนหลัง 3 ปี (2559-2561) คือ จำนวน 459 คน (1,036.28/แสน ปชก.) จำนวน 552 คน (1,245.85/แสน ปชก.) และ จำนวน 975 คน (2,198.32/แสน ปชก.) ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิต ย้อนหลัง 3 ปี (2559-2561) คือ จำนวน 115 คน (ร้อยละ 2.10) จำนวน 88 คน (ร้อยละ 1.54) และจำนวน 170 คน (ร้อยละ 2.88) ตามลำดับ

2.2 บริบท อสม. โพธิ์ประทับช้าง

อสม. ของอำเภอโพธิ์ประทับช้างทั้ง 7 ตำบล มีจำนวน 980 คน แยกรายตำบล ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร จำแนกรายตำบล

ชื่อตำบล	จำนวน อสม.
ตำบลโพธิ์ประทับช้าง	122
ตำบลวังจิก	124
ตำบลไผ่รอบ	154
ตำบลทุ่งใหญ่	175
ตำบลเนินสว่าง	135
ตำบลดงเสือเหลือง	100
ตำบลไผ่ท่าโพ	100
รวม	980

คำขวัญ ของ อสม. อำเภอโพธิ์ประทับช้าง แก่ชาวไร่ย กระจายข่าวดี ชีบริการ
ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ให้ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี แม้เราเป็นชาวบ้าน
เราก็สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ อสม. เสียสละ กล้าหาญ อดทน มุ่งทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม

อสม. แต่ละคน จะรับผิดชอบ คนละ 10-15 หลังคาเรือน โดยจะมีประธาน อสม.
ระดับตำบล และประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน ร่วมเป็นคณะกรรมการ อสม.ระดับตำบล 10-20 คน
ซึ่ง อสม. ทุกคนต้องได้รับการอบรมตามหลักสูตร อสม. และมีการฟื้นฟูทุกปี งานหลักที่ อสม. มีบทบาท
หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในละแวกตนเอง คือ

1. สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
2. ให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค โดยให้คำแนะนำ ถ่ายทอด
ความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการ
สร้างเสริมสุขภาพพลานามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายยุงฆางอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาล
ในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตาม/ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ
มาจากสถานบริการ
4. ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนด
ของหมู่บ้าน
5. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กิจกรรม
เฝ้าระวังทางโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์
ตามกำหนด ให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจ
สุขภาพตามกำหนด กิจกรรมเฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็ก
ไปรับวัคซีนตามกำหนด และกิจกรรมเฝ้าระวังเรื่องโรคระบาดและโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัด
แหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคหรือพาหะนำโรค
6. บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณจาก
องค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่นๆ
7. ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
ชุมชน
8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชน
ในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลและเครือข่าย
สุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน บนพื้นฐาน

ข้อมูลของชุมชน สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจ และจิตใจควบคู่กันไป

อสม. ของอำเภอโพธิ์ประทับช้างส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มเกษตรกร รายได้น้อย การศึกษา ส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย บางส่วนเป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน และเป็นผู้นำกลุ่มต่างๆ และแกนนำของหมู่บ้าน

ปัญหาที่พบในการทำงานของ อสม. โพธิ์ประทับช้าง คือ อสม.ที่มีอายุการทำงานมานานบางส่วน มักจะมีข้อด้อยเรื่องวิชาการและการอ่านเขียน อสม.บางส่วนมีภารกิจส่วนตัวมาก ประกอบกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีมากขึ้น เช่น ต้องรับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ การประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การร่วมกิจกรรมจิตอาสา การทำงานเชิงรุกในละแวกและกิจกรรมส่วนรวมภาพ ตำบล อำเภอและจังหวัด การจัดทำรายงานและบันทึกการคัดกรองต่างๆ ทำให้ อสม. บางส่วนลาออก และมี อสม.สมัครเข้ามาใหม่ระหว่างปี กลุ่ม อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างของความรู้ ประสบการณ์ และวัยต่างๆ หลากหลาย อสม. ต้องมีการปรับตัวในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นงานหนึ่งที่ต้องดำเนินงานเชิงรุกและต้องมีทักษะในการทำงานหลายด้าน

สรุปได้ว่า อสม. อำเภอโพธิ์ประทับช้างส่วนใหญ่ เป็นเกษตรกร มีรายได้น้อย การศึกษา ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย เป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน เป็นผู้นำกลุ่มต่างๆ และเป็นแกนนำหมู่บ้าน อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในละแวกตนเอง ทั้งสื่อข่าวสารสาธารณสุข ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค แนะนำ ถ่ายทอดความรู้ ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ใฝ่ระวัง ป้องกันและบริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ปัญหาของ อสม. ที่พบคือ มีอายุการทำงานมานาน มีข้อด้อยเรื่องวิชาการและการอ่านเขียน มีภารกิจส่วนตัวมาก ประกอบกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีมากขึ้น ทำให้ อสม.บางส่วนลาออกและมี อสม.สมัครเข้ามาใหม่ระหว่างปี กลุ่ม อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างของความรู้ ประสบการณ์ ต้องมีการปรับตัวในการทำงานร่วมกัน

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

3.1 ความหมาย

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee-VII [JNC VII] 2003 อ้างในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2555) โดยการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงเวลาที่ห่างกัน 3- 5 นาทีเป็นอย่างน้อย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2555)

3.2 ชนิดของความดันโลหิตสูง

3.2.1 จำแนกตามระดับความดันโลหิต โดยคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา (JNC VII 2003 อ้างในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2555) ได้กำหนดเกณฑ์ประเมินเพื่อจำแนกโรคความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้ แบ่งได้ 4 ระดับ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ

1) *ความดันโลหิตปกติ (normal tension)* คือ มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอทลงมา

2) *ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (pre-hypertension)* คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 120 – 139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 80 - 89 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยจะมีลักษณะที่สำคัญคือ มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยแต่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3) *ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (stage 1 hypertension)* คือ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 – 99 มิลลิเมตรปรอท เป็นระยะที่ต่อเนื่องมาจากระยะก่อนความดันโลหิตสูงซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยในกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการ รักษาทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดน้ำหนัก ลดอาหารไขมันสูง ลดการรับประทานเกลือ โซเดียม และรับประทานผักผลไม้เพิ่มมากขึ้น เพิ่มการออกกำลังกาย ลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ และรักษา โดยการใช้จ่าย ซึ่งมีเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

4) *ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (stage 2 hypertension)* คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอทเป็นการดำเนินของโรคในระยะต่อมา ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นเวลา 7 ถึง 10 ปี จะมีการเปลี่ยนแปลง

ทางพยาธิสภาพของหลอดเลือดอย่างรวดเร็วจนเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จะพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอาการเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญต่างๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือดแดง สมออง ไต และตา

3.2.2 จำแนกตามความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยจำแนกตามการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ (JNC V II 2003; World Health Organization-International Society of Hypertension [WHO-ISH] 1999 อ้างใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ 2546) แบ่งได้ 3 ระดับ คือ

1) **ความรุนแรงระดับ 1** เมื่อตรวจไม่พบความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ

2) **ความรุนแรงระดับ 2** เมื่อตรวจพบความเสื่อมหรือความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) หัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricle hypertrophy) โดยการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ทรวงอกหรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

(2) หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินา (retina) มีการตีบทั่วๆ ไปหรือเฉพาะบางส่วน

(3) ไข่ขาวในปัสสาวะ (proteinuria) หรือครีเอตินิน (creatinine) ในเลือดสูง คือมีไข่ขาวในปัสสาวะตั้งแต่ 1+ ขึ้นไปและ/หรือมีค่าครีเอตินินในเลือดมากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขึ้นไป

3) **ความรุนแรงระดับ 3** มีอาการและสิ่งตรวจพบ บ่งว่ามีสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ เสื่อมเป็นผลสืบเนื่องจากความดันโลหิตสูง โดยตรวจพบทั้งอาการและอาการแสดง ได้แก่

(1) ภาวะหัวใจวาย (congestive hearth failure)

(2) อาการอัมพาตที่เกิดจากการมีเลือดออกในเนื้อสมอง (stroke) หรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (hypertensive encephalopathy)

(3) ความผิดปกติของจอประสาทตาในระดับ 3 หรือ 4 (hypertensive retinopathy grade 3 หรือ 4) ภาวะไตวาย ตรวจพบครีเอตินิน มาก 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

3.2.3 จำแนกตามสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ 2545) ซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภท เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรค คือ

1) **ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ essential hypertension)** พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 90 จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ แต่เชื่อว่าเกิดจากสาเหตุหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านพันธุกรรม เพศ อายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งจำทำให้หลอดเลือดมีความเสื่อมขึ้นตามวัย (Groer 2001 อ้างใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ 2546) และอิทธิพล

ของสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ปริมาณเกลือที่ร่างกายได้รับเข้าไป ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด เป็นต้น

2) ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (*secondary hypertension*) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากโรคไตและความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคพิษแห่งครรภ์ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาทการได้รับยาชนิด ความเครียดอย่างเฉียบพลัน เช่น ภาวะหลังผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บจากแผลไฟไหม้ เป็นต้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปเมื่อได้ทำการแก้ไข

3.3 ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง องค์การอนามัยโลก (WHO 1998 อ้างใน จักรพันธ์ชัยพรหมประสิทธิ์ 2546) เชื่อว่าความดันโลหิตสูงชนิดนี้สัมพันธ์กับปัจจัย 2 ประการ คือ

3.3.1 **ปัจจัยทางพันธุกรรม** พบว่าปัจจัยเสี่ยงทางด้านสรีรวิทยา (Physiologic Risk Factors) แม้ว่าความดันโลหิตสูงจะเกิดได้กับทุกคน แต่ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตสูงได้แก่ ชนิดอาหาร เพศชาย และวัยที่เพิ่มขึ้น คนผิวดำมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่า 2 เท่า รวมทั้งความรุนแรงของโรค กรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

1) บุคคลในครอบครัวเดียวกันมักมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน ผู้ที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นอกจากผู้ที่ไม่ใช่ประวัติ ในครอบครัว บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย พี่ ป้า น้า อา มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง โรคอ้วนหรือเบาหวานมาก่อน

2) ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีความคล้ายคลึงกันมากกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

3) ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเกิดมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดง (Atrial pressure) คล้ายคลึงกัน และ

4) ความดันโลหิตระหว่างพ่อแม่และบุตรบุญธรรม จากการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross section) ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

3.3.2 **ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม** พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ การออกกำลังกาย และความเครียด ดังนี้

1) น้ำหนักตัว จากการศึกษาของกิลล์ม (Gillum et al. 2002 อ้างใน สันต์หัตถิรัตน์ 2546) พบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัมจะทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างเพิ่มขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในคนปกติขึ้นอยู่กับอายุและสัดส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะน้ำหนัก คนที่รูปร่างใหญ่หรืออ้วน

จึงพบว่ามีคามดันโลหิตสูงกว่าคนที่รูปร่างเล็กและผอม (สันต์ หัตถิรัตน์ 2546) นักวิชาการให้ข้อคิดเห็นว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกาย และพันธุกรรม การลดน้ำหนักเป็นการลดคามดันโลหิตที่ได้ผล คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม 5 – 10 เท่า เมื่อลดน้ำหนักตัวลงปริมาณเลือดที่หัวใจต้องสูบฉีดแต่ละครั้งจะลดน้อยลง การลดน้ำหนักประมาณ 2-4 กิโลกรัมจะทำให้คามดันโลหิตต่ำลงทั้งในคนอ้วนและคนผอม ปริมาณไขมันในเลือดจะลดลงด้วยทำให้โอกาสที่ไขมันจะเกาะเส้นโลหิตจนตีบตันลดน้อยลง (อรวิรินทร์ โทภิก 2545)

2) ปัจจัยเสี่ยงทางด้านอาหาร (*Dietary Risk Factors*) การได้รับสารอาหารที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรคคามดันโลหิตสูง บทบาทของโซเดียมที่ได้รับการศึกษาอย่างมากมาย ในขณะนี้ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน

(1) โซเดียม (Sodium) การที่โซเดียมมีส่วนทำให้คามดันโลหิตเพิ่มขึ้นยังไม่ชัดเจน การที่ไตบกพร่องในการขจัดโซเดียมอาจทำให้ระดับของโซเดียม คลอไรด์และน้ำเพิ่มขึ้นในเลือด โดยปกติการเพิ่มปริมาณในพลาสมาจะถูกขจัดออกโดย natriuretic hormone (atrial natriuretic peptide) ในคนที่เป็โรคคามดันโลหิตสูง ไตไม่สามารถขจัดปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ตามปกติ เนื่องจาก natriuretic บกพร่อง หนึ่งในปัจจัยที่มาจากข้อนี้คือ plasma insulin ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการดูดซึมโซเดียมในไต มีบางสมมติฐานที่กล่าวว่า การเพิ่มโซเดียมในเซลล์ สามารถยับยั้งการแลกเปลี่ยนโซเดียม-แคลเซียม และเป็นสาเหตุให้มีการสะสมแคลเซียมในหลอดเลือดและระบบกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ชักนำให้เพิ่ม muscle tone และเพิ่มความต้านทาน ดังนั้น จึงเป็นการเพิ่มความดันโลหิตใน primitive societies ซึ่งได้รับโซเดียมเป็นจำนวนน้อยคือ 1,600 มก/วัน เปรียบกับชาวอเมริกันซึ่งได้รับ 4,000 ถึง 5,800 มก/วัน พบว่ามีภาวะคามดันโลหิตสูงน้อยมาก และคามดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่พบได้ในสังคมอุตสาหกรรม แต่ใน primitive societies ไม่ปรากฏ เช่นนั้น ผู้คนที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง วิถีการดำรงชีวิตหรือย้ายเข้าไปอยู่ ประเทศอื่นที่พัฒนาแล้ว พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโรคคามดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น ได้รับโซเดียมในปริมาณมาก (9 ถึง 12 กรัม/วัน) พบว่ามีคามดันโลหิตสูง และโรคของหลอดเลือด สมอง เป็นสาเหตุการตายของผู้ใหญ่ คณะกรรมการอาหารและสุขภาพของ The National Research Council ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ สรุปว่า ระดับคามดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างยิ่งกับการกินเค็ม นิสัยการกินเค็มอาจเพิ่มความเสี่ยงให้มีความดันโลหิตสูงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่มีวิธีใดที่จะจำแนก "salt-sensitive" ในบุคคลได้ Salt-sensitive มักปรากฏในคนผิวดำและคนสูงอายุ (ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของไต) บางรายงานเสนอว่าคงไม่ใช่โซเดียมเพียงอย่างเดียว แต่อาจเป็นผลรวมกันระหว่าง

โซเดียมและคลอไรด์ที่มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น การให้ Sodium citrate ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งต่างจาก Sodium chloride

(2) แร่ธาตุอื่นๆ (Other minerals)

ก. แคลเซียม (Calcium) การศึกษา Framingham study คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10,000 คน อายุระหว่าง 18 ถึง 74 ปี เปรียบเทียบการได้รับสารอาหาร 17 ชนิดกับอัตราการอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง พบความสัมพันธ์ทางลบค่อนข้างสูงกับปริมาณแคลเซียม แม้ว่าผลที่ได้นี้จะมาจากการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาและการศึกษาทดลอง แต่ความสัมพันธ์นี้ยังไม่ชัดเจนพอที่จะสรุปได้ว่าการได้รับ แคลเซียมสูงจะเป็น การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง แคลเซียมอาจจะเป็นเพียง minor group ของ “calcium-sensitive” ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง

ข. โพแทสเซียม (Potassium) การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาหลายการศึกษาพบ ความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความดันโลหิตกับโพแทสเซียม แต่การทดลองทางคลินิกยังให้ผลขัดแย้งกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสัดส่วนของโพแทสเซียม : โซเดียม ที่ทำให้ความดันโลหิตต่ำลงหรือคงระดับต่ำเอาไว้ การที่โพแทสเซียมเข้าสู่ระบบแรงดันเลือดจะขยายหลอดเลือดโดยตรง เพิ่มการสูญเสียน้ำตาลและโซเดียมจากร่างกาย ระวังการหลั่ง เรนินและ angiotensin ลด adrenergic tone และกระตุ้น sodium-potassium pump ถ้าได้รับโซเดียมจำนวนมากควรเพิ่มโพแทสเซียมด้วยเพื่อให้ระดับความดันโลหิตไม่เพิ่มขึ้น การศึกษาในสัตว์ โพแทสเซียมมีส่วนช่วยป้องกันโรคของหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ โพแทสเซียมช่วยป้องกัน endothelial cell ภายใต้อิทธิพลของ tension ของความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงป้องกัน lesion ของผนังของหลอดเลือด ซึ่งจะนำไปสู่ cerebral haemorrhage และ cerebral infarct การศึกษาแบบ cohort study ในกลุ่มประชากร จำนวนมาก โดยมีการบันทึกการได้รับโพแทสเซียมภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับการตายด้วยโรคของหลอดเลือดของสมองในช่วงระยะเวลา 12 ปี พบว่าการเพิ่มโพแทสเซียม 10 mEq/day (เทียบเท่ากับการให้ผลไม้ citrus juice ผักหรือมันฝรั่งเต็ม 1 ส่วนเสิร์ฟ) จะลดอัตราการอุบัติการณ์ของการตายด้วยโรคของหลอดเลือดสมอง 40% ผลที่เกิดขึ้นนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระดับความดันเลือด การสำรวจการบริโภคอาหารพบว่าชาวอเมริกันได้รับโพแทสเซียมต่ำกว่ามาตรฐาน คนอเมริกันผิวดำได้รับโพแทสเซียมต่ำกว่าคนผิวขาว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนผิวดำ มีอัตราการสูงของโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างสูง

ค. แมกนีเซียม (Magnesium) พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่าง magnesium กับความดันโลหิต แต่ความสัมพันธ์นี้ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ แมกนีเซียมยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อและอาจเป็นบทบาทหนึ่ง ในการทำให้ระดับความดันโลหิตเป็นไปอย่างปกติในแง่ของการขยายหลอดเลือด หรืออาจมีผลกระทบต่อระบบ renin-angiotensin, intravascular volume และการหลั่ง neurotransmitters

ง. ไขมัน (Lipids) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acids, PUFA) เป็นสารเริ่มต้นของ prostaglandins ซึ่ง prostaglandins มีผลต่อการขจัดโซเดียมของไตและทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายผ่อนคลาย การจำกัดการบริโภคไขมันด้วย PUFA : กรดไขมันอิ่มตัว (saturated fatty acid, SFA) สัดส่วนเท่ากับ 1 หรือมากกว่าทำให้ความดันโลหิตลดลงในคนที่เป็โรครความดันโลหิตสูง โดยไม่มีผลต่อผู้ที่มีความดันโลหิตปกติหรือความดันโลหิตอยู่ในระยะที่ 1 (mild) การให้น้ำมันปลาจำนวนมาก (50 มล. ทุกวันมี w-3 fatty acids 15 กรัม) ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 อย่างไรก็ตามการให้น้ำมันปลาแม้แต่เพียงปริมาณเล็กน้อยก็ยังมีผลต่อ เวลาในการแข็งตัวของเลือดและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดตัวอื่นๆ ได้ ดังนั้นการเสริม w-3 fatty acids จึงยังไม่ได้รับการรับรองในขณะนี้ การบริโภคอาหารมังสวิรัต ทำให้เกิดโรครความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภค อาหารประเภทเนื้อสัตว์ แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะได้รับเกลือในปริมาณที่เท่าๆ กัน ความแตกต่างที่สำคัญคือ high ratio ของ PUFA : SFA ซึ่งมีอยู่ในส่วนประกอบของอาหารจากพืชหรือมีการเพิ่ม โปแตสเซียมที่ได้รับจากผลไม้และผัก

(3) แอลกอฮอล์ (Alcohol) กลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในกลุ่มคนที่ดื่มสุรานั้น องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่ามีหลายกลไกด้วยกันคือ มีการเพิ่มระดับของ blood cortisol เพิ่มระดับของ catecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ renin-angiotensin หรือผลกระทบต่อ antidiuretic hormone ในพวก alcohol withdrawal จะชักนำให้มีการหลั่ง adrenergic hormone จำนวนมาก ซึ่งจะ ทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ในคนที่ดื่มจัดมักพบว่า มีความดันโลหิตสูงและยิ่งดื่มมาก ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้น ประมาณกันว่าร้อยละ 10 ของโรครความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา บางรายงาน กล่าวว่า การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มสุราจำนวนมาก จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ที่เป็โรครความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราในปริมาณมากเป็นประจำจะทำให้เกิดโรครหัวใจอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับโรครความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว มีบางรายงาน ได้รายงานขัดแย้งกัน คือ การดื่มสุราเพียงเล็กน้อยจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มมากกว่า 2 ออนซ์ต่อวันจะเป็นสาเหตุของ reversible hypertension (ความดันโลหิตสูงบ้างต่ำบ้าง) ที่เป็นเช่นนี้เพราะแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มระดับของ high density lipoprotein cholesterol, HDL-C การดื่มสุราน้อยกว่า 1 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตลดลงและคลายความเครียด

3) การออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน ทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีดีขึ้นและสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำลง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรครหัวใจและหลอดเลือด คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรครความดันโลหิตสูงได้มากกว่า

คนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 35 การออกกำลังกายที่ได้ผลดีจะต้องให้ได้เหงื่อ หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายตัวเพราะได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม (2544) กล่าวว่า ภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างไม่เป็นระบบเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และกรดยูริกสูง

4) *จิตใจและอารมณ์* พบว่ามีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน ความเครียด เป็นปัจจัยต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดบ่อย ได้แก่ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อย ความวิตกกังวล ในภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารแอดรีนาลินทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และแรงดึงกล้ามเนื้อ การลดความเครียดด้วยการทำสมาธิ ผ่อนคลายหัวใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้เล็กน้อย

5) *เพศ* พบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง

6) *อายุ* ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิต เท่ากับ 120/70 มม. ปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิต อาจเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 แต่ก็ได้เป็นกฏตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/70 เท่าเดิมก็ได้

7) *การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ* พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่ผลจากการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ การดื่มกาแฟมากกว่า 10 ถ้วยต่อวันอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะคนที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจวายและเส้นโลหิตในสมองแตกได้ มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบต่อการทำงานของไตช่วยลดความดันโลหิตด้วย

8) *อิทธิพลอื่นๆ* เช่น

(1) เส้นโลหิตใหญ่ตีบตัน ได้แก่ เส้นโลหิตใหญ่ในช่องท้องหรือเส้นโลหิตที่ไปเลี้ยงไตตีบตัน ถ้าเป็นระยะแรกๆ ในคนหนุ่มสาวจะแก้ไขได้โดยการทำผ่าตัด

(2) เนื้องอกที่ต่อมหมวกไต แก้ไขโดยการผ่าตัด

(3) โรคครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดรวมกับการตั้งครรภ์ ความดันโลหิตจะลดลงภายหลังคลอด

(4) โรคไต เช่น ไตอักเสบ หรือโรคไตเรื้อรังบางชนิด

(5) ใช้ยาคุมกำเนิดในสตรีบางคน ความดันโลหิตจะกลับปกติเมื่อหยุดยา

(6) เวลา ความดันโลหิตจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน ตัวอย่างเช่น ในตอนเช้าความดันซิสโตลิกอาจจะวัดได้ 130 มม.ปรอท ขณะที่ ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มม.ปรอท เป็นต้น

9) *สภากุมารศาสตร์* ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท(ฉัฐริณีย์ หนูเทพ และสกวเดือน ขาวล้วน 2553)

3.4 อาการอาการแสดง

ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง (pre-hypertension) เป็นระยะที่มีความดันโลหิตค่อนข้างสูง คือมีความดันซิสโตลิก 130-139 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันไดแอสโตลิก 85-89 มิลลิเมตรปรอทจะไม่ปรากฏอาการแต่มีการทำลายอวัยวะต่างๆ ไปอย่างช้าๆ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนในที่สุด (วิมลรัตน์ จงเจริญ 2543) และเมื่อความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นในระดับมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ผนังหลอดเลือดขนาดเล็กในสมองจะหดเล็กลง เกิดแรงดันเพิ่มขึ้นหัวใจและไตทำงานน้อยกว่าในคนปกติ อาการที่ปรากฏจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะในช่วงเช้าหลังตื่นนอนแต่มักจะหายไปตัวเองในไม่กี่ชั่วโมง (สมจิต หนูเจริญกุล 2541)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่มีความรุนแรงหรือปานกลางอาจจะยังไม่มีอาการหรืออาจมีอาการที่พบได้ดังนี้ (ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล 2538)

3.4.1 ปวดศีรษะ โดยทั่วไปจะปวดบริเวณท้ายทอยซึ่งมักเป็นตอนเช้า อาจมีอาการคลื่นไส้ตามัวร่วมด้วย พบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงหรือมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

3.4.2 เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนักแต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกจะพบว่าความดันโลหิตสูงอยู่บ่อยๆ และอาการจะหายไปเมื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เป็นปกติ บางรายมีอาการอื่นด้วย เช่น เหนื่อยง่าย ใจสั่น เพราะหัวใจทำงานเพิ่มขึ้นผู้ป่วยที่ความดันโลหิตตัวล่างสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทจะมีอาการซึมลงจนถึงหมดสติร่วมกับปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน อาจชัก เป็นอัมพาต และเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

3.5 ภาวะแทรกซ้อน

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลาานาน โดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการดำเนินของโรค ซึ่งมีการทำลายอวัยวะที่สำคัญได้แก่ สมอง หัวใจ ไต จอประสาทตา

เป็นต้น (พิกุล บุญช่วง 2541) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยครอบครัวและสังคม ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

3.5.1 โรคแทรกซ้อนในหลอดเลือดแดงใหญ่ โรคความดันโลหิตสูงทำให้แรงดันของหลอดเลือดแดงหลอดเลือดหนา และแข็งตัวจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มมากขึ้น หรืออาจมีไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) และมีการเปลี่ยนแปลงที่ละน้อยจนตีบตัน นอกจากนั้นการที่มีความดันโลหิตสูงนานจะไปทำลายผนังหลอดเลือดเอออร์ตาและเกิดภาวะโป่งพองตามมา (dissecting aorta aneurysm) (สมจิต หนูเจริญกุล 2541)

3.5.2 โรคแทรกซ้อนในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โรคความดันโลหิตสูงทำให้แรงดันของหลอดเลือดแดงส่วนปลายจะสูงขึ้น การที่ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัวจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มมากขึ้นหรืออาจมีไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงที่อย่างช้าๆจนตีบตันการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ตา ลดลงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่หลอดเลือดไปเลี้ยงตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล 2541) ดังนี้

1) **หัวใจ** ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดหัวใจหนาขึ้น การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น เพื่อสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ เป็นผลทำให้ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น (วิมลรัตน์ จงเจริญ 2543) ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้นเพิ่มมากขึ้นพบได้ ร้อยละ 15 ของโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และเป็นข้อบ่งชี้ของอัตราการตายและการป่วยเพิ่มมากขึ้น (Barry 2003 อ้างในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2555) เมื่อนานเข้าเกิดภาวะการทำงานของหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเสียชีวิตได้

2) **สมอง** ความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองคือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแข็งและตีบแคบทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดง และมีการโป่งพองเล็กๆ ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นผลทำให้เกิดหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhage) หรืออุดตัน (thrombosis) ได้ ผลจากการที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการแตกหรืออุดตัน จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวหรือเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) (WHO-ISH 1999 อ้างใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ 2546) ถ้าความดันโลหิตสูงมากๆ จะเพิ่มการไหลเวียนเลือดมากจนเกิดอันตรายต่อเนื้อสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการทางสมองอย่างรุนแรง โดยมีอาการปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอยมีนงง เวียนศีรษะ หูอื้อ และตาพร่าถ้าเป็นมากอาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชีพ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ชัก และหมดสติ (วิมลรัตน์ จงเจริญ 2543)

3) ไต ระดับความดันโลหิตสูงมากและนานทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตหนา และแข็งขึ้น เกิดการตีบแคบของหลอดเลือด และมีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มหลอดเลือดฝอย (arterioles) ทำให้ไตเสื่อมและอัตราการกรองที่ไตลดลง เกิดภาวะไตวายและมีการคั่งของเสียต่างๆ โดยเฉพาะการคั่งของสารยูเรีย (urea) (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ 2546) ทำให้เกิดภาวะไตวายได้

4) *จอประสาทตา* ความดันโลหิตที่สูงขึ้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในจอประสาทตา (retina) คือหลอดเลือดฝอยเล็กๆ ตีบแคบอย่างรวดเร็วมีการหดเกร็งเฉพาะที่เลือดออกในจอประสาทตาและหัวประสาทตาบวม (papilledema) เกิดมีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (scotoma) ทำให้ตามัวและอาจถึงตาบอดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2541)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื้อรังและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งต่อสมอง หัวใจ ไต และตา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยทำให้เกิดความพิการ เกิดภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ดูแลตนเองให้เหมาะสมจะช่วยลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี 2542)

3.6 การควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงนั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานควบคุมโรคโดยมีเป้าประสงค์ในการดำเนินงาน เพื่อลดอัตราการเกิดโรครายใหม่ในชุมชน สร้างความตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีพยาบาลชุมชน และ อสม. ร่วมกันดำเนินงานดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2551)

3.6.1 การควบคุมป้องกันในระดับปฐมภูมิ

การควบคุมป้องกันในระยะนี้เป็นการดำเนินการในช่วงก่อนเกิดโรค เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคซึ่งจัดบริการในระดับชุมชน และมาตรการที่สำคัญในการดำเนินงานคือการส่งเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม และปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดมีความดันโลหิตสูงในประชากร ได้แก่ พันธุกรรม อายุ การบริโภคเกลือโซเดียมเพิ่มมาก ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การบริโภคแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การรับประทานผักผลไม้ลดลง ความเครียด และการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันลดลงรวมถึงการที่ขาดการออกกำลังกาย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลชุมชนที่สำคัญคือ การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การสื่อสารให้ประชาชนรู้ถึงความเสี่ยงของตนเอง

เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันที่ถูกต้อง และสนับสนุนการสร้างทักษะในการดูแลตนเองให้แก่ประชาชน ครอบครัว และชุมชน ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี 2542)

- 1) การลดการบริโภคเกลือโซเดียมคลอไรด์ ให้น้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งการบริโภคเกลือแกงลดลง 50 มิลลิกรัมต่อวัน จะทำให้ลดจำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 50 (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี 2542)
- 2) การรับประทานผักผลไม้ให้เพียงพอ โดยบริโภคผักอย่างน้อย 3 ทัพพี และผลไม้อย่างน้อย 2 ทัพพีต่อวันเพื่อให้ได้โปตัสเซียมจากอาหารอย่างเพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม และแมกนีเซียมอย่างเพียงพอ
- 3) เพิ่มกิจกรรมทางกายหรือเพิ่มการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น และควรออกกำลังกาย อย่างน้อย 30-60 นาทีต่อวัน และ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
- 4) ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ไม่ให้เกิน 30 มิลลิลิตรต่อวัน และงดสูบบุหรี่
- 5) การควบคุมภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของประชากรเพื่อให้ดัชนีมวลกาย (body mass index) อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า คนอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกว่าคนที่ไม่อ้วน 2-3 เท่า เพราะระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับดัชนีมวลกายโดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจต้องสูบน้ำเลือดแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี 2542)
- 6) ลดหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดโดยการทำสมาธิ สวดมนต์ เพื่อให้จิตใจสงบ และผ่อนคลาย การที่ร่างกายอยู่ในภาวะผ่อนคลายจะส่งผลให้อัตราการหายใจลดลง กระบวนการเผาผลาญ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ลดปริมาณของเลือดที่หัวใจต้องสูบฉีดออกจากหัวใจ ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรลดลง และความดันโลหิตลดลง ส่วนในด้านจิตใจการผ่อนคลายทำให้เครียด และความวิตกกังวลลดลง (วิมลทิพย์ แก้วตา 2546)

3.6.2 การควบคุมป้องกันในระดับทุติยภูมิ

การดำเนินของโรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการหรืออาการแสดง จะมีอาการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นโรคที่เป็นผลจากความเสียหายของหลอดเลือดที่สูงอยู่นาน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้สร้างมาตรการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อควบคุมป้องกันในระดับทุติยภูมิ โดยการคัดกรองผู้ที่มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะแรก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2548) คือการคัดกรองโรค และการวินิจฉัยอย่างทันที่ว่าเป็นการค้นหาในขณะที่เริ่มมีพยาธิสภาพของโรค แต่ยังไม่มีอาการของโรค เพื่อสร้างความตระหนักต่อความดันโลหิตของตนเอง การรู้จักความเสี่ยงที่สำคัญของตนเอง เพื่อให้ประชาชนได้มีการป้องกันการเกิดโรค ในขั้นตอนนี้สิ่งที่สำคัญ คือคุณภาพของการคัดกรอง ซึ่งได้แก่ การลงทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องทำการคัดกรอง ความแม่นยำยำของ

เครื่องมือและความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยยืนยัน การให้สุขศึกษาในประชากร และกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคในการดำเนินงาน ในขั้นตอนนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการคัดกรองคือ กลุ่มผู้ที่ไม่ป่วย กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และกลุ่มที่ป่วย เป็นโรค (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์ 2542) ซึ่งบทบาทของพยาบาลชุมชนในการเฝ้าระวัง โรคความดันโลหิตสูงคือ การจัดบริการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงให้เป็นไปตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม และพัฒนาศักยภาพของ อสม. สนับสนุน นิเทศ ติดตามการดำเนินงานของ อสม. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรอง กำหนดแนวทาง ในการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย และติดตามผู้ที่มีความเสี่ยง และผู้ที่อยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน เฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง

3.6.3 การควบคุมป้องกันในระดับตติยภูมิ

การป้องกันในระยะนี้ เป็นการให้ความสำคัญต่อการรักษาความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นซึ่งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่เป็นโรคเรื้อรัง ในการรักษาจะเน้นเรื่องการชะลอความรุนแรง ของโรค ชะลอภาวะแทรกซ้อน และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี ระดับความดันโลหิตที่สูงอยู่นานๆ นั้น จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออัมพาตและหัวใจขาดเลือด และ ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ อายุมากกว่า 45 ปีในผู้ชาย และ 55 ปีในผู้หญิง มีประวัติ ครอบครัวยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคเบาหวาน หรือมีไขมันสูง อ้วน สูบบุหรี่บริโภค แอลกอฮอล์ในปริมาณสูง และมีวิถีชีวิตนั้นๆ นอนๆ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาล ชุมชนจึงมีบทบาทในการจัดบริการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการตามมาตรฐาน และติดตาม โดยผ่านการเยี่ยมบ้าน

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีเป้าหมายที่จะควบคุมให้ระดับความดัน โลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และในผู้ที่มีความเสี่ยงควรควบคุมให้ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งการรักษา มี 2 วิธี คือวิธีการควบคุมโดยไม่ใช้ยา (non pharmacological treatment) ซึ่งคือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) และการใช้ยา (pharmacological treatment) (WHO-ISH 1999 อังใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ 2546) ดังนี้

3.7 การควบคุมความดันโลหิตโดยวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้ที่อยู่ในระยะก่อนความดัน โลหิตสูงและผู้ป่วยทุกรายทั้งผู้ที่ต้องใช้ยา และไม่ต้องใช้ยารักษาความดันโลหิตจำเป็นต้องมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความดันโลหิตในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงควบคุมปัจจัยเสี่ยงและ ลดจำนวนยาลดความดันโลหิตที่จะต้องให้ ซึ่งจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

และลดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางเพื่อลดความดันโลหิต หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) ซึ่งประกอบด้วย (JNC VII 2003; WHO-ISH 1999 อ้างใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ 2546)

3.7.1 การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือการควบคุมในเรื่องเกลือโซเดียม ในผู้ป่วยควรลดการรับประทานเกลือโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 6 กรัมหรือ 1 ช้อนชาต่อวันจะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท อาหารที่มีเกลือโซเดียมมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิต คือ ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ ทั้งนี้เพราะปริมาณโซเดียมที่เพิ่มขึ้น นอกจากจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดมีความตึงตัวมากขึ้นแล้ว ยังทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที ในทางปฏิบัติคือแนะนำผู้ป่วยไม่ให้เพิ่มรสเค็ม หรือ ไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น ของดอง ของตากแห้งผลไม้แช่อิ่ม ปลาเค็มหรือไข่เค็ม และลดปริมาณการใช้เครื่องปรุงที่มีเกลือสูง เช่น กะปิ น้ำปลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิดา ไชยชาวงษ์ (2543) ในเรื่องวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของชาวบ้านโรงวัว ตำบลแม่ก้า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักมีการบริโภคอาหารที่ปรุงโดยใช้เครื่องปรุง เช่น น้ำปลา กะปิ ปลาร้า เป็นประจำเป็นผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังต้องควบคุมอาหารอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันโคเลสเตอรอลสูง เพราะจะทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เนื่องจากการตกผลึกของไขมันในหลอดเลือด เกิดแรงต้านบริเวณหลอดเลือดทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อจะให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งอาหารเหล่านี้ ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด ถั่วอาหารประเภทหวานจัดและอาหารที่มีแป้งหรือน้ำตาลมาก เช่น ขนมหวาน และน้ำหวานต่างๆ และยังคงรับประทานผักและผลไม้มากขึ้น โดยเฉพาะที่มีกากใยสูง การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเป็นประจำจะสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ การรับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียมสูงเช่น ส้ม กล้วย จะช่วยควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยได้ เนื่องจากโปตัสเซียมจะช่วยขับปัสสาวะที่มีโซเดียมมากผิดปกติ ยับยั้งการหลั่งเรนินจากไต และช่วยลดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บันดี 2542)

3.7.2 การควบคุมน้ำหนักเพื่อให้ดัชนีมวลกาย (body mass index) อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกถ้าสามารถลดน้ำหนักลงได้ 4-5 กิโลกรัมจะมีผลให้ความดันโลหิตลดลงเป็นปกติได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บันดี 2542) จากการศึกษาของ โกรเออร์ พบว่า ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพศชายที่มี

ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 27.8 และเพศหญิงที่มากกว่า 27.3 เมื่อลดน้ำหนักลงได้ 1.8 กิโลกรัมจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 1 มิลลิเมตรปรอท (Grove 2001 อ้างใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์ 2546)

3.7.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงคือการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน เช่น การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน การเดิน เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายแบบนี้จะทำให้หัวใจบีบตัวได้ดี เพิ่มความทนทานของหัวใจ นอกจากนั้นยังทำให้แรงต้านของหลอดเลือดลดลง ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ โดยการออกกำลังกายควรทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นอย่างน้อย ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตช่วงบนลดลงจากเดิม 4-9 มิลลิเมตรปรอท และในการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายน้อยมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำ (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี 2542) อย่างไรก็ตามในการออกกำลังกายควรมีการประเมินความพร้อมในการออกกำลังกายก่อน ถ้าพบว่ามีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอทควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทก่อนและในระหว่างออกกำลังกายถ้ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เหนื่อยมาก แน่นหน้าอก หน้ามืด คลื่นไส้ หายใจไม่อิ่ม พวดไม่ชัดเจนถูกตะกักไม่ต่อเนื่องควรหยุดการออกกำลังกายแล้วพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุและรับการรักษาที่เหมาะสม

3.7.4 การจัดการกับความเครียด เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรู้จักเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม โดยการจัดการกับอารมณ์ จัดเวลาในการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจตามความเหมาะสม เช่น การทำสมาธิการนอนหลับให้เพียงพอ ไม่เครียดกับงาน ความเครียดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายจะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น หลอดเลือดเกิดการเกร็งตัว เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงได้ (สุพรชัย กองพัฒนานุกูล 2542)

3.7.5 หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่

1) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม แอลกอฮอล์มีผลต่อหัวใจ และระบบไหลเวียน ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงโดยในเพศชายให้ลดการดื่มสุราลงเหลือไม่เกินวันละ 2 แก้ว หรือไม่เกิน 1 ออนซ์หรือ 30 ซี.ซี. หรือดื่มเบียร์ไม่เกินวันละ 24 ออนซ์ ดื่มไวน์ไม่เกินวันละ 10 ออนซ์และดื่มวิสกี้ไม่เกินวันละ 3 ออนซ์ โดยในผู้หญิงใช้เกณฑ์ลดปริมาณลงครึ่งหนึ่ง ซึ่งพบว่าผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 3 ครั้งต่อวันจะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Kaplan 2002)

2) การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินที่มีผลให้แรงต้านในหลอดเลือดสูง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และการสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดความเสียหาย

ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น รวมถึงลดประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิต (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์กัศิ 2542)

3) การป้องกันภาวะท้องผูกเนื่องจากการเบ่งถ่ายอุจจาระ ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ นอกจากนั้นอาการท้องผูกยังทำให้การดูดซึมของยาควบคุมความดันโลหิตมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม 2545) ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน และฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลา

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มมากขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยทั้งพันธุกรรม อายุ และสภาพแวดล้อมรวมถึงวิถีชีวิต การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคนั้น ต้องทำทั้งในระดับปฐมภูมิ คือ ให้สุขภาพศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทราบถึงความเสี่ยงของตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระดับทุติยภูมิคือ การเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยง ค้นหาการคัดกรองและการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกในประชากรกลุ่มเสี่ยง และการระดับตติยภูมิคือเฝ้าระวังในผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพ ในชุมชนมีการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิโดยมีพยาบาลชุมชนร่วมกับ อสม. ในชุมชนที่เป็นร่วมเป็นเครือข่าย และเป็นแกนนำในการดำเนินงานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการให้การสนับสนุนการดำเนินงานให้ความรู้แก่ อสม. ติดตามนิเทศการทำงานอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมารับการคัดกรอง และกำกับการคัดกรองให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของคนในชุมชน โดยผ่านการเยี่ยมบ้าน และดูแลครอบครัว

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

4.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นับเป็นพฤติกรรมของมนุษย์อย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามขอบเขตของงานที่ได้รับผิดชอบ ซึ่งจะมีปัจจัยหลายอย่างมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทดังกล่าว ดังนั้นจึงจำเป็น ที่จะต้องศึกษาและทำความเข้าใจในแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบุคคล

การปฏิบัติงานของบุคคลเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่มุ่งปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและสำคัญมากเนื่องจากการปฏิบัติงาน

1) ความหมายของการปฏิบัติงาน

เกษมธิดา สมสมัย (2536, น. 24) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติงานว่า หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นความสามารถ โดยการนำความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ในสถานการณ์จริงและในชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสม

วรจิตร หนองแก (2540, น. 24) กล่าวถึงการปฏิบัติงานว่าเป็นความสามารถในการแสดงออกของร่างกายในสถานการณ์หนึ่งๆ โดยอาศัยความรู้และทัศนคติเป็นองค์ประกอบ ซึ่งต้องอาศัยเวลาและผ่านกระบวนการตัดสินใจในหลายขั้นตอน

สรุปได้ว่าการปฏิบัติงานเป็นการนำความรู้และความเข้าใจ ตลอดจนทัศนคติที่มีต่องานมาเป็นองค์ประกอบในการแสดงเป็นพฤติกรรมออกเป็นความสามารถ เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นการนำเอาความรู้ ความเข้าใจที่ได้จากการอบรมในงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน คำรพ พงศ์อาทิตย์ และจิรพงษ์ แสงทอง (2549, น. 23 อ้างอิงจาก ประภาเทัญ สุวรรณ 2526, น. 139) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานบุคคล มี 4 ปัจจัย คือ

(1) ปัจจัยทางสภาพการณ์ (Situation Factors) ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมในการทำงาน การบริหารงาน และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินการ

(2) ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท (Role Perception Factors) เป็นแนวคิดที่บุคคลให้ความหมายงานของเขา ประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่าจะมีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

(3) ปัจจัยความสามารถและทักษะ (Ability and Skills Factors) เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล และทักษะเป็นระดับความเชี่ยวชาญในงานเฉพาะอย่าง

(4) ปัจจัยกระบวนการจูงใจ (Motivation Process Factors) เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติงานของบุคคล

สิริภัทร พงศ์ปิยะไพบูลย์ (2549, น. 28 อ้างอิงจาก เอกชัย กี่วิชัย 2538, น. 100-101) กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติงานได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสมการ ดังนี้

$P = KSOME$ เมื่อ P = การปฏิบัติงาน (Performance) K = ความรู้ (Knowledge) S = ทักษะในการทำงาน (Skills) O = โอกาส (Opportunity) M = การจูงใจ (Motivation) E = สภาพแวดล้อม (Environment)

เซอร์เมอฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (2008, น. 151) (อ้างอิงใน เพ็ญศรี หวานล้อม 2558) ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานบุคคลว่าการปฏิบัติงานของแต่ละคนจะถูกกำหนดโดย 3 ส่วน ดังนี้คือ

1. คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล (Individual Attributes) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ลักษณะ ดังนี้

1.1 ลักษณะส่วนบุคคล (Demographic Characteristics) เป็นตัวแปรที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สถานที่อยู่อาศัย ตลอดจนสิ่งอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามลักษณะส่วนบุคคลอย่างเดียวยังไม่เป็นเครื่องชี้วัดที่ดีที่จะแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี ยังมีสิ่งที่เกี่ยวข้องคือ ความรู้ความสามารถ และลักษณะทางจิตวิทยา

1.2 ความรู้ความสามารถ (Competency Characteristics) เป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อเข้ามาปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถให้เกิดความพยายามในการทำงาน โดยมีผลกระทบต่อไหวพริบของบุคคลที่จะเอาชนะสภาพแวดล้อมได้ โดยที่บุคคลที่รู้สึกว่ามีความรู้ ความสามารถ ในงานของเขา สามารถคาดเดาได้ว่าเขาจะทำงานอย่างจริงจัง

1.3 ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological Characteristics) เป็นการแสดงแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้น และมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรม ลักษณะทางจิตวิทยาเหล่านี้ ได้แก่ ทศนคติ การรับรู้ ความต้องการ และบุคลิกภาพ เป็นต้น

2. ความพยายามในการทำงาน (work effort) คุณลักษณะของบุคคลที่มีความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานนั้น ยังไม่สามารถที่จะทำให้บุคคลมีผลการปฏิบัติงานในระดับสูง ทั้งนี้ยังมีตัวแปรหนึ่งที่สำคัญและต้องมี คือ ความพยายามในการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงสิ่งที่ปรารถนาที่จะปฏิบัติงาน คือแรงจูงใจที่จะทำงาน (Motivation to work) เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีผลโดยตรงและคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะทำงานอย่างจริงจัง แรงจูงใจเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน

3. แรงสนับสนุนจากองค์กร (Organizational support) ในการปฏิบัติงานของบุคคล จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ปฏิบัติงานอยู่ บุคคลที่มีลักษณะตรงกับความต้องการของงาน ได้รับแรงจูงใจในระดับสูง อาจจะไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี ได้แก่ ค่าตอบแทน ความยุติธรรม การติดต่อสื่อสาร ความใจกว้างของผู้บริหาร และวิธีในการมอบหมายงาน หากได้รับการ

สนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน หรือที่เรียกว่า “ข้อจำกัดด้านสถานการณ์” เช่น ขาดงบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงาน ไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้อง และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคคล

สมยศ นาวิการ (2535 อ้างถึงใน วรจิตร์ หนองแก 2540, น. 20) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของบุคคลไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (situation factors) ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 สภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้บริการจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยนี้
 - 1.2 อุปกรณ์และวัสดุที่ใช้ในการดำเนินงาน รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานด้วย
2. การรับรู้ทางด้านบทบาท (role perception) หมายถึง แนวทางที่บุคคลให้ความหมายของเขาประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่ามีผลสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

3. ความสามารถและทักษะ (ability and skills) โดยมีความสามารถเป็นลักษณะของบุคคลและทักษะ หมายถึง ระดับความเชี่ยวชาญในงานเฉพาะอย่าง ความสามารถจะมีความสัมพันธ์กับทักษะบุคคลที่มีความสามารถเบื้องต้นเฉพาะอย่างจะเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องกันได้ดีกว่ากระบวนการจูงใจ (the motivation process) การจูงใจอาจนับได้ว่าเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง การทำงานของมนุษย์ (job performance) ขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญสองประการคือ แรงจูงใจ (motivation) และความสามารถ (ability) ซึ่งแรงจูงใจ และความสามารถเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ โดยแรงจูงใจจะขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ความต้องการเป็นผลของสภาพทางกาย (physical condition) ส่วนความสามารถของมนุษย์เป็นผลมาจากสิ่ง 3 ประการ คือ ความสามารถด้านสติปัญญา ประสบการณ์ การศึกษา และการฝึกอบรม การทำงานของบุคคลอยู่ภายใต้อิทธิพลหลายประการด้วยกันแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทำงานไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามคนเราไม่สามารถทำงานได้เหนือความสามารถของตน ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การประชุม/ฝึกอบรม ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

3) วิธีวัดการปฏิบัติงานของบุคคล

เนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคคลเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่ได้มีการแสดงออกให้เห็น และสามารถวัดได้ด้วยการกำหนดเป็นตัวเลขมีการพิจารณาตามเกณฑ์ต่างๆ โดยการ

แบ่งประเภทของพฤติกรรม จัดอันดับของพฤติกรรม ตลอดจนการเทียบอัตราส่วนของพฤติกรรม ซึ่งสามารถที่จะแบ่งการวัดพฤติกรรมออกเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ ดังนี้

(1) วิธีวัดโดยวิธีอัตนัย (subject method) หมายถึง การกำหนดตัวเลข ให้กับพฤติกรรมโดยอาศัยความรู้สึกเป็นเกณฑ์ การกำหนดคำตอบหรือตัวเลขมิได้เป็นเกณฑ์มาตรฐานทั่วไป แต่จะเป็นไปตามความรู้สึกของผู้สังเกตแต่ละคน ไม่ถือว่าเป็นการตอบผิดหรือถูกมีมาตราวัดเป็นระดับ 4 ระดับ คือ มาตรฐานจัดประเภท จัดอันดับ อัตรภาพและอัตราส่วน

(2) การวัดโดยวิธีปรนัย (object method) หมายถึง การกำหนดตัวเลข ให้กับพฤติกรรมตามหลักเกณฑ์ภายนอกที่แน่นอน ไม่ว่าจะกำหนดโดยใครก็ได้เหมือนกันหมด ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 4 วิธี คือ การวัดความถี่ วัดเวลา วัดความแรง และวัดระยะทาง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วัดการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยวิธีปรนัย (object method)

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

4.2.1 ความหมายของบทบาท

บทบาท ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “role” เป็นเรื่องของพฤติกรรมและหน้าที่ความรับผิดชอบ (function) เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคคลดำรงตำแหน่งใด ก็ควรแสดงพฤติกรรมให้ตรง และเหมาะสมกับหน้าที่ ความรับผิดชอบนั้น

บทบาท หมายถึง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาตามสถานภาพ หรือตำแหน่ง หรือสิทธิหน้าที่หรือบรรทัดฐานทางสังคมที่มีความคาดหวังต่อการกระทำของบุคคลกลุ่มคน และสังคม เป็นลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกตามตำแหน่งที่บุคคลนั้นได้รับการแสดงออกนั้นย่อมผูกพันกับความคิดของผู้ดำรงตำแหน่งเอง และตามความคาดหวังของผู้อื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตำแหน่งนั้น (นิศย์ ประจงแต่ง 2548)

อัลพอร์ท (Allport 1973, pp. 181-184 อ้างถึงใน สุภา สกุลเงิน 2545, น. 15-16) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. บทบาทที่สังคมคาดหวัง (Role Expectation) หมายถึง บทบาทที่สังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามความคาดหวังที่กำหนดโดยกลุ่มสังคม และโดยสถานภาพที่บุคคลนั้นๆ ครอบงำอยู่

2. การรับรู้บทบาท (Role Conception) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ในบทบาทของตนเองว่าจะมีบทบาทอย่างไรและจะสามารถมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความต้องการของบุคคลนั้นเอง โดยการรับรู้ในบทบาทและความต้องการของ

บุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

3. การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role Acceptation) หมายถึง การรับบทบาท จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อความสอดคล้องของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ตนรับอยู่ การยอมรับบทบาทเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบทบาทและการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้ก็เพราะว่าบุคคลอาจไม่ได้ยินยอมรับบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้การคัดเลือกจากสังคมให้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติตาม เพราะถ้าหากบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหายหรือเสียผลประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดแย้งกับความต้องการ (Role Conflict) หรือค่านิยมของบุคคลนั้นครองตำแหน่งอยู่ ก็พยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้น

4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role Performance) หมายถึง บทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง (Actual Role) ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมได้คาดหวังหรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และตามความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลใดจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้เพียงใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้นๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งนั้นอยู่เนื่องจากความสอดคล้องกับบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง

ระเบียบ คำเขียน (2546, น. 12) กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้แสดงบทบาทได้ดี ได้แก่

1. ความเข้าใจของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อตำแหน่งหรือบทบาทในตำแหน่งว่าปฏิบัติอย่างไร
2. ความเป็นเหตุเป็นผลของลักษณะงาน หน้าที่ และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถบรรยายในแบบพรรณนาลักษณะงานได้ และ
3. บุคลิกภาพของบุคคลที่ดำรงตำแหน่ง โดยมีบุคลิกภาพและคุณสมบัติที่เหมาะสมกับบทบาทในตำแหน่ง

4.2.2 ลักษณะของบทบาท

เบอร์โล (Berlo 1966, pp. 153 อ้างใน ชุมพร แสงมณี 2540, น. 17) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับลักษณะบทบาทไว้ ดังนี้

1. บทบาทที่ถูกกำหนดไว้ (Role Prescriptions) คือ บทบาทที่กำหนดไว้เป็นระเบียบอย่างชัดเจนว่าบุคคลที่อยู่ในบทบาทนั้นจะต้องทำอะไรบ้าง
2. บทบาทที่กระทำจริง (Role Descriptions) คือ บทบาทที่บุคคลได้กระทำจริงเมื่ออยู่ในบทบาทนั้นๆ

3. บทบาทที่ถูกระบุ (Role Expectations) คือ บทบาทที่ถูกระบุโดยผู้อื่นว่าบุคคลที่อยู่ในบทบาทนั้นๆ ควรกระทำอย่างไร

โคเฮน (Cohen 1979, pp. 35 อ้างใน ชุมพร แสงมณี 2540, น. 17-18) ได้เสนอเกี่ยวกับบทบาทไว้ดังนี้

3.1 บทบาทที่ถูกระบุ (Prescribed Role) เป็นบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ให้ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทใดบทบาทหนึ่ง แม้ว่าบุคคลบางคนจะไม่ได้ประพฤติตามบทบาทที่คาดหวัง โดยผู้อื่น เรายังคงยอมรับว่าบุคคลจะต้องปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมกำหนดให้

3.2 บทบาทที่ปฏิบัติจริง (Enacted Role) เป็นวิธีการที่บุคคลได้แสดงหรือปฏิบัติออกมาจริง ตามตำแหน่ง

3.3 บทบาทที่กระทำจริงเป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพได้กระทำจริง ซึ่งอาจเป็นบทบาทที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นบทบาทที่ตนเองคาดหวัง หรืออาจเป็นบทบาทตามที่สังคมคาดหวังและตนเองคาดหวังด้วย

วานิชรัตน์ รุ่งเกียรติกุล (2541, น. 34) ได้อธิบายลักษณะของบทบาท โดยแบ่งบทบาทไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. บทบาทอุดมคติ (Ideal Roles) คือ บทบาทของผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมจะต้องปฏิบัติซึ่งถูกกำหนดโดยการอบรม คำแนะนำ คำสั่งสอน หน้าที่และความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย

2. บทบาทที่เป็นจริง (Actual Roles) คือ บทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมซึ่งถูกกำหนดโดยดำรงตำแหน่งทางสังคมนำเอาบทบาททางอุดมคติไปแปลความเพื่อปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่นั้น อาจคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันไปเล็กน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการแปลความหมายโดยมีสภาพแวดล้อมเป็นทั้งข้อจำกัดและสิ่งเกื้อกูลเป็นสำคัญ

ระเบียบ คำเขียน (2546, น. 10-11) กล่าวว่า ในสังคมหนึ่งๆ บุคคลจะมีพฤติกรรมของบทบาท ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติจะแตกต่างกันถ้าตำแหน่งนั้นๆ ต่างกัน บทบาทตามตำแหน่งจึงมี 5 บทบาท คือ

1. บทบาทตามเพศและบทบาทตามวัย (age-sex role) เช่น บทบาทของผู้ชาย ผู้หญิง ผู้ใหญ่ เด็ก และหญิงชรา ซึ่งบทบาทเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเราทุกขณะตลอดชีวิต
2. บทบาททางอาชีพ (occupational role) บทบาทนี้เราสามารถเปลี่ยนบทบาทได้อย่างอิสระมากกว่าอย่างอื่น เช่น บทบาทแพทย์ บทบาทพยาบาล บทบาทครู เป็นต้น
3. บทบาททางเกียรติยศ (prestige role) เช่น บทบาทหัวหน้า บทบาทของประธาน บทบาทของคนรับใช้ และบทบาทของลูกน้อง เป็นต้น

4. บทบาททางครอบครัว (family role) บทบาทของแม่บ้าน บทบาทของพี่ และ
และบทบาทของพ่อ เป็นต้น และ

5. บทบาทในกลุ่มเพื่อนหรือบทบาทกลุ่มที่มีความสนใจคล้ายกัน (association group based on congeniality role) ได้แก่ บทบาทของสมาชิกหรือชมรมต่างๆ

จากความหมายของบทบาท แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท สรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ซึ่งอยู่ในฐานะ หรือตำแหน่ง หรือสถานภาพอย่างใด อย่างหนึ่งที่สังคมได้กำหนดให้มีหน้าที่ต้องปฏิบัติ และในการวิจัยในครั้งนี้ได้สรุปความหมายของ บทบาทว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งกำหนดให้มีหน้าที่ต้องปฏิบัติในฐานะหรือตำแหน่งที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเป็น โรคความดันโลหิตสูง

สำหรับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2557) มีดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นภาคีเครือข่ายปฏิบัติการ เป็นการนำนโยบาย หรือแผนงานสู่การปฏิบัติในชุมชน การคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเป็น โรคความดันโลหิตก็เป็นอีก หนึ่งงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานทุกปี เริ่มมาตั้งแต่ปี 2552 มากำหนดเป็น บทบาทการปฏิบัติงานการคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเป็น โรคความดันโลหิตของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งแบ่งออกเป็น 8 กิจกรรม ดังนี้

1. สำรวจ ค้นหาทะเบียนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป

อสม. ทำการสำรวจ ค้นหาผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปในละแวก ครั้วเรือนที่ตนเอง รับผิดชอบพร้อมจัดทำทะเบียนและจดบันทึกในสมุดปฏิบัติงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามการเข้ามา รับบริการ

2. การเตรียมชุมชนเพื่อรับการตรวจสุขภาพเชิงรุก

อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่แจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ ชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวก แก่ผู้มารับบริการ ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการ ให้ครบถ้วนตามทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ได้ จัดเมื่อได้รับการแจ้งหรือประสานงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงกำหนดวันที่จะมีหน่วยสุขภาพ เคลื่อนที่ตรวจสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดยเตรียมชุมชน และกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการเตรียม สถานที่และประสานงานกับองค์กรชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการและติดตามกลุ่ม เป้าหมายให้มารับบริการให้ครบถ้วนตามทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ได้จัดทำไว้

3. การจัดกิจกรรมเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น

3.1 ดำเนินการคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถามเพื่อคัดกรองด้วยวาจา หลังจากนั้นผู้ที่ได้รับการคัดกรองจะถูกจำแนกออกเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในการดูแลรักษาการส่งเสริมสุขภาพจะมีความแตกต่างกัน

3.2 ชักถามโอกาสเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองความดันโลหิตสูงเบื้องต้นพร้อมวัดความดันโลหิตซึ่งถ้าพบข้อบ่งชี้ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ให้แจ้งกลุ่มเป้าหมายทราบ และส่งต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อวัดความดันโลหิตซ้ำ

3.3 การประเมินสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก (หน่วยเป็นกิโลกรัม) วัดส่วนสูง (หน่วยเป็นเมตร) วัดรอบเอว (หน่วยเป็นนิ้ว) พร้อมจดบันทึกข้อมูลและคำนวณหาค่าดัชนีมวลกายโดยใช้ข้อมูลเรื่องน้ำหนัก (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วยความสูง (หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง)

3.4 หัวข้อคัดกรองความเสี่ยงความดันโลหิตด้วยวาจา

3.4.1 ประวัติพ่อ-แม่ หรือ พี่-น้อง เป็น HT

3.4.2 ไขมันในเลือดผิดปกติ

3.4.3 BMI \geq 23 หรือเส้นรอบเอว \geq 90 CM (สำหรับผู้ชาย) เส้นรอบเอว \geq 80 CM (สำหรับผู้หญิง)

3.4.4 สูบบุหรี่ มากกว่า 1 มวนต่อวัน หรือ 20 pack ต่อปี

3.4.5 ไม่ออกกำลังกาย หรือ ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

4. ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพกับเจ้าหน้าที่เพื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองเมื่อประชากรกลุ่มเป้าหมายผ่านการคัดกรองความดันโลหิตสูงแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ใช้ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองมาจำแนกเป็นกลุ่มต่างๆตามสถานะความเสี่ยง

5. การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานงานเพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้สำหรับกลุ่มต่างๆ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน รมณรงค์การกินอาหารที่เหมาะสมลดหวาน มัน เค็ม และรณรงค์ให้ทุกครัวเรือนปลูกผักสวนครัว กินผักวันละครั้ง กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ในชุมชน ฯลฯ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ และหลีกเลี่ยง สุรา บุหรี่เพื่อลดความดันโลหิตสูง

6. สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและมีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเอง

7. การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) เป็นการสร้าง

มาตรการเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนการประสานงานกับเทศบาลตำบล เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม

8. การติดตามและประเมินผลกิจกรรม และสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สรุปได้ว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. สำรวจ ค้นหาทะเบียนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป
2. การเตรียมชุมชนเพื่อรับการตรวจสุขภาพเชิงรุก
3. การจัดกิจกรรมเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น
4. ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพกับเจ้าหน้าที่เพื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง
5. การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองและชุมชนอย่างต่อเนื่อง
6. สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม กลุ่มเลี้ยง กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและมีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเอง
7. การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม
8. การติดตามและประเมินผลกิจกรรม และสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการสนใจเป็นอย่างมาก ในทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มีการศึกษากันมากทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย โดยศึกษาถึงผลการสนับสนุนทางสังคมต่อมนุษย์ไว้หลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เช่น การศึกษาถึงผลการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมอนามัย และคงไว้ซึ่งสุขภาพของมนุษย์ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่าย ที่ต้องการการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจ และช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของคนในด้านสรีรวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น

5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป คือ คอบบ์ (Cobb 1976, น. 300) อ้างใน อภิญา ศิริพิทยา 2553, น. 311-318) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et. al. 1981, pp. 386) อ้างอิงใน รุ่งชญาพร ใจยา 2558, น. 27) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลเผชิญความเครียดในชีวิต แคลปแลน คาสเซล และกอร์ (Kaplan, Cassel & Gore 1977, น. 50-51) อ้างอิงใน อภิญา ศิริพิทยา 2553, น. 311-318) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ 2 แนว โดยแนวแรก หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่อง นับถือ ยอมรับ การได้รับความเห็นใจและความช่วยเหลือ ซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ส่วนแนวที่ 2 หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น คาคัน (Kahn 1979, น. 85) อ้างอิงใน อภิญา ศิริพิทยา 2553, น. 311-318) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปอีกรคนหนึ่ง การยื่นยื่นรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่นๆ ทอยส์ (Thoits 1982, น. 147-148) อ้างอิงใน รุ่งชญาพร ใจยา 2558, น. 27) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เพนเดอร์ (Pander 1996, น. 257) อ้างอิงใน ศศิกานจน์ สุกุลปัญญาวัฒน์ 2557, น. 352) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับความรักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นแต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลต่างๆ ดังกล่าวสามารถสรุปความหมายในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่ง บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2535, น. 594) กล่าวถึงหลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในคนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่ลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของ ทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้ คือ การมีสุขภาพอนามัยดี

5.2 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb 1985, pp. 5-22 อ้างอิงใน จักรพงษ์ เกยีน 2554, น. 24) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

5.2.1 ระดับมหภาคหรือระดับกว้าง (macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมโดยดูจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

5.2.2 ระดับกลางหรือระดับกลุ่ม (mezzo level) เป็นความสัมพันธ์กันในระดับเฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกันเช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

5.2.3 ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (micro level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

5.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

นักทฤษฎี ที่อธิบายแนวคิดและให้ความหมายที่ชัดเจน รวมทั้งการแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ต่างๆ กัน มีดังนี้

ไวส์ (Weiss 1974, cited in Lazarus & Folkman 1984, pp. 249) อ้างใน อภิญาศิริพิทยา 2553, น. 311-318) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการให้ซึ่งกันและกัน (reciprocity) ทำให้บุคคลเกิดความอึดใจ พอใจต่อการได้รับตามความต้องการนั้น โดยแบ่งเป็นการให้ 6 ประเภท คือ

1. การให้ความรักใคร่ผูกพัน มีผลทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคง โดยบุคคลต่างต้องมีความสัมพันธ์ต่อกัน (dyadic relations) ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมประเภทนี้บุคคลจะรู้สึกโดดเดี่ยว

2. การให้ความรู้สึกว่าคุณคนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) ซึ่งจะพบในความสัมพันธ์แบบกลุ่ม โดยบุคคลจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นและความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าขาดในด้านนี้ ทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม

3. การให้โอกาสที่จะเลี้ยงดูอ้อมๆ (opportunity for nurturance) ซึ่งจะช่วยให้คุณมีข้อผูกพันที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อบุคคลอื่นที่คนผูกพันและรับผิดชอบอยู่ ทำให้มีความพยายามมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อมีชีวิตอยู่

4. การให้ความรู้สึกมีคุณค่า (reassurance of worth) การให้ชนิดนี้ บุคคลรู้สึกว่าบทบาทของตนเองมีคุณค่า ซึ่งจะพบการให้แบบนี้ในที่ทำงาน ในครอบครัว ก่อให้เกิดกำลังใจต่อบุคคลที่จะดำรงบทบาทนั้นๆ

5. การให้ความรู้สึกว่ามีบุคคลพึ่งพาได้ (sense of reliable alliance) ทำให้บุคคลคาดหวังว่า จะได้รับความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นการสนับสนุนระยะยาว ถ้าขาดการให้ในข้อนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่า ถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ (the obtaining of guidance) ซึ่งจะช่วยให้คุณรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่

แคปแลน (Caplan 1976) อ้างอิงใน อภิญา ศิริพิทยา 2553, น. 311-318) ได้พัฒนาแนวคิดโดยมีความเห็นเพิ่มเติมจากแนวคิดของไวส์ในส่วนที่เป็นการสนับสนุนด้านการเงิน วัตถุ สิ่งของ (tangible support) ทอยส์ (Thoits 1982, น. 147) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคม 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ (Socio-emotional Support) เป็นการให้ความรัก ความเข้าใจ การยอมรับ การยกย่องจากบุคคลสำคัญ

2. การช่วยเหลือด้านสิ่งของแรงงาน (Instrumental aid) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสารความช่วยเหลือสิ่งของ แรงงาน เงิน

เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer & Coyne and Lazarus 1981 cited in Lazarus & Folkman 1984, pp. 250) อ้างอิงใน รุ่งชฎาพร ใจยา 2558, น. 27) แบ่งแรงสนับสนุน เป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้บุคคลรับรู้ ความผูกพัน มั่นใจ ความรักใคร่ ความเอื้ออาทร

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล รวมคำแนะนำ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ

3. การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ รวมถึงการให้บริการความสะดวกสบาย

เฮาส์ (House 1980 Quoted in Pearson 1990, pp. 180) อ้างใน ดาราวรรณ รองเมือง 2561, น. 85) ได้พิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นโครงสร้างมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวคิดที่ครอบคลุม และแบบสอบถามมีคำถามที่เข้าใจง่าย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) คือ การให้ความรัก เอาใจใส่ ยกย่อง ให้ความไว้วางใจ ห่วงใย รับฟังความคิดเห็น การยอมรับ เห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือ การให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การให้คำแนะนำ ตักเตือน ปรีกษา
3. แรงสนับสนุนทางสังคมเครื่องมือหรือสิ่งของ (instrumental support) คือ การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เงิน เวลา
4. แรงสนับสนุนโดยการให้การประเมินผล (appraisal support) คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออก

สรุปได้ว่า จากแนวคิด ความหมาย และประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมา ข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House 1980) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของและด้านการประเมินผล ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง การติดตามสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในช่วยเหลือเพื่อให้การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจนประสบผลสำเร็จ

6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

องค์การจะบรรลุถึงความสำเร็จตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน การให้ความร่วมมือในการทำงานอย่างสมานฉันท์นั้น จะบังเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้บริหารองค์การเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์และสามารถเลือกใช้วิธีการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกที่จะอุทิศตนเพื่องาน ได้ถูกต้อง ซึ่งการจูงใจนี้มีผลอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์การ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของแรงจูงใจหลายท่าน ตลอดจนมีแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจหลากหลายแนวคิด ดังนี้

6.1 ความหมาย

เฮอริชเบิร์ก (Herzberg 1959 อ้างใน สร้อยตระกูล (ดิทยานนท์) อรรถมานะ 2545, น. 141-142) กล่าวว่า เหตุที่ทำให้คนทำงาน มีความสุข พอใจและไม่พอใจในงานก็คือ แรงจูงใจนั่นเอง

การ์ดี อนันต์นารี (2552, น. 113) ได้ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ หมายถึง สภาพการณ์ที่กระตุ้นให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมบางอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาในทิศทางที่ตนต้องการ ทั้งนี้เพื่อไปสู่เป้าหมายปลายทางที่กำหนด หรือหมายถึงกระบวนการที่มนุษย์กระทำการงานอย่างใดอย่างหนึ่ง

อย่างมีจุดมุ่งหมาย มีทิศทางและช่วยให้กิจการงานที่ทำนั้นคงสภาพต่อไปโดยที่มนุษย์ต้องมีเจตคติ ทักษะและความเข้าใจในกิจการนั้นอย่างแท้จริง

โรบบินส์และโควเตอร์ (Robbins and Couter 2005, pp. 392) กล่าวว่า การจูงใจ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดความเต็มใจที่จะเพิ่มความพยายามให้สูงขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ ขององค์การโดยที่ความสามารถในการพยายามต่อความต้องการของแต่ละบุคคลนั้นอย่างพึงพอใจ

เชอร์มาฮอร์น, ฮันท์ และออสบอร์น (Schermahorn, Hunt & Osborn, 1991:48 อ้าง ใน เพ็ญศรี หว่านล้อม 2558) กล่าวว่า ความพยายามในการทำงานของบุคคล อันได้แก่ ความตั้งใจ เต็มใจของบุคคลต่องานที่ปฏิบัติอยู่ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีที่จะปฏิบัติงาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ แรงจูงใจในการทำงาน หากบุคคลมีแรงจูงใจก็จะพยายามทำงานนั้นให้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง เหตุที่กระตุ้นให้มนุษย์แสดงพฤติกรรม อย่างใดอย่างหนึ่งออกมาในทิศทางที่ตนต้องการ ทั้งนี้เพื่อไปสู่เป้าหมายปลายทางที่กำหนด หรือ หมายถึงกระบวนการที่มนุษย์กระทำการงานอย่างใดอย่างหนึ่ง สิ่งที่ทำ กระบวนการที่ทำให้บุคคล เกิดความเต็มใจที่จะเพิ่มความพยายามให้สูงขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ขององค์การ และในการวิจัย ในครั้งนี้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง สิ่งที่ทำให้ การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม โรคความดัน โลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบความสำเร็จ

6.2 ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงาน

ความหลากหลายของทฤษฎีการจูงใจจะทำให้ยังลึกลงถึงกระบวนการจูงใจ ทฤษฎี แรงจูงใจในการทำงาน แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ (รังสรรค์ ประเสริฐศรี 2549, น.243)

6.2.1 ทฤษฎีเนื้อหาของทฤษฎีการจูงใจ (Content of theories of Motivation) จะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์และวิธีการตอบสนองความต้องการแตกต่างต่อสถานการณ์ การทำงานแบบต่างๆ ทฤษฎีเนื้อหาของทฤษฎีการจูงใจ ประกอบด้วย ทฤษฎีความต้องการตามลำดับ ขั้นของมาสโลว์ ทฤษฎีความต้องการอีอาร์จีของอัลเดอร์เฟอร์ ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอรัชเบอร์เกอร์ ทฤษฎีความต้องการความสำเร็จของแมคคลีแลนด์

6.2.2 ทฤษฎีกระบวนการจูงใจ (Process theories of motivation) จะอธิบายถึง วิธีการที่บุคคลให้ความสำคัญต่อการให้รางวัลและมีการตัดสินใจอย่างไรต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การทำงานต่างๆ ทฤษฎีกระบวนการจูงใจ ประกอบด้วย ทฤษฎีการกำหนดเป้าหมาย (Goal-Setting Theory) ทฤษฎีการคาดหวังของวรูม (The Vroom Expectancy Theory) ทฤษฎีความเป็นธรรม (Equity Theory)

6.2.3 ทฤษฎีการเสริมแรงของการจูงใจ (Reinforcement theory of motivation)

จะมุ่งสภาพแวดล้อมที่เป็นแหล่งสำคัญของการให้รางวัลที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ได้แก่ ทฤษฎีการเสริมแรงของ สกินเนอร์ (Skinner's Reinforcement theory)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจมีมากมาย ทั้งนี้เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการจูงใจให้บุคคล แสดงพฤติกรรมที่ต้องการแบบต่างๆ ไป หรือเป็นทฤษฎีซึ่งเป็นที่กล่าวถึงในงานด้านการบริหารงานบุคคลในหน่วยงานต่างๆ สำหรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแล้ว มีทฤษฎีที่น่าสนใจและเป็นที่ยอมรับนำมาใช้อยู่ 3 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม (The Vroom Expectancy Theory)

โดย วรูม (Vroom 1964, Quick 1978 อ้างใน พัทธนี นนทศักดิ์ และคณะ 2549, น. 243) เป็นแนวคิดด้านการจูงใจของวรูม นักจิตวิทยา โดยอาศัยความคาดหวังเป็นตัวกำหนดของการสร้างแรงจูงใจ โดยมีสมมติฐานว่าความคาดหวังหรือความต้องการของมนุษย์คือจุดเริ่มต้นของการแสดงพฤติกรรม ดังนั้นมนุษย์จึงอาศัยปัจจัยแรงจูงใจกระตุ้น ในระดับที่แตกต่างกันออกไป โดยที่ระดับความมากน้อยขึ้นอยู่กับระดับความคาดหวัง หรือระดับความต้องการในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นวรูมได้มุ่งเน้นให้ความสนใจต่อระดับความมากน้อยในการสร้างแรงจูงใจในตัวบุคคล และระดับความมากน้อยในการสร้างแรงจูงใจในตัวบุคคลยังขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงคุณค่าแห่งเป้าหมายในการแสดงพฤติกรรมตลอดจนโอกาสความเป็นไปได้ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นเขียนเป็นสูตร ได้ดังนี้

2. ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Need)

อับบราฮัม มาสโลว์ (Abraham H. Maslow 1954, pp. 388-389 อ้างใน พิภพ วงษ์เงิน 2547, น. 161-164) เป็นคนแรกที่ศึกษาพบว่า ความต้องการมีความสำคัญต่อพฤติกรรมองค์การ ซึ่งความต้องการทำให้เกิดพลังซึ่งเป็นสิ่งเร้าแรงจูงใจ โดยลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ กล่าวว่า ในกระบวนการจูงใจมีจุดเริ่มต้นอยู่ที่ความต้องการของมนุษย์ โดยมีข้อสังเกตว่ามนุษย์มีความต้องการไม่สิ้นสุด มนุษย์มีความต้องการสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งความต้องการระดับต้นจะเป็นพื้นฐานไปสู่ความต้องการในระดับที่สูงขึ้น และความต้องการของมนุษย์ที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา โดยทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ จัดได้ 5 ระดับ จากความต้องการระดับต่ำไปยังระดับสูง ดังนี้

ลำดับขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านร่างกายหรือกายภาพ (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นความต้องการเพื่อบำบัดความหิว ความกระหาย ความต้องการทางเพศ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคน เพื่อตอบสนองความต้องการนี้และเป็นการจูงใจ องค์การต้องดูแลพนักงานในเรื่องดังกล่าวด้วย เช่น อาหาร ที่พัก สวัสดิการ ฯลฯ เป็นต้น

ลำดับขั้นที่ 2 ความต้องการทางด้านความมั่นคงหรือความปลอดภัย (Security or safety needs) คือ ความปลอดภัยทั้งในด้านกายภาพและสภาพแวดล้อมทางอารมณ์ ความปลอดภัยในชีวิตร่างกาย ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน การคุกคาม เสี่ยงภัยอันตรายและต้องการหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล อีกทั้งจะต้องมีความปลอดภัยในมิติของความมั่นใจได้ว่าจะต้องไม่วิตกกังวลเรื่องรายได้และมีความมั่นคงในการทำงาน

ลำดับขั้นที่ 3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social needs) คือ ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคม การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ และมีความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม ความต้องการในขั้นนี้จะสร้างความพอใจให้บุคคลโดยตอบสนองจากครอบครัวและสัมพันธ์ภาพกับชุมชน รวมทั้งมิตรภาพที่เกิดขึ้นในการทำงาน ตัวอย่างได้แก่ ความอยากมีเพื่อนมีพวกพ้อง มีกลุ่ม มีครอบครัวและมีความรัก โดยบุคคลจะแสดงออกในรูปของการเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ช่วยเหลือผู้อื่น เอาใจใส่ต่อความรู้สึกผู้อื่น

ลำดับขั้นที่ 4 ความต้องการเป็นที่ยอมรับ ยกย่อง และเกียรติยศชื่อเสียง (Self-esteem needs) คือ ต้องการระดับสูงเกี่ยวกับความมั่นใจในตนเองเรื่องความรู้และความสามารถ เพื่อต้องการให้ผู้อื่นยกย่องนับถือ สรรเสริญ มีความต้องการทางสถานภาพ ความมีชื่อเสียง มีความต้องการที่จะสร้างภาพพจน์ในทางบวกเพื่อความเชื่อมั่นและรู้สึกภูมิใจในตนเอง

ลำดับขั้นที่ 5 ความต้องการความสำเร็จในชีวิตหรือความสมบูรณ์แบบในชีวิต (Self-actualization needs) ขั้นนี้ถือว่าเป็นความต้องการระดับสูงสุดของมนุษย์ที่ต้องการพัฒนาตนเองให้สูงสุด ต้องการให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดของตนเองที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตระหนักถึงความสำเร็จของตนเองที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดไป และเป็นทุกสิ่งทุกอย่างของมนุษย์ที่ต้องการไปให้ ได้ไกลที่สุด เป็นเรื่องยากมากที่ผู้บริหารจะตอบสนองได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ต้องปูพื้นฐานให้บุคคลได้รับตอบสนองความต้องการของตนในลำดับขั้นที่ 1 เป็นลำดับมาจนถึงระดับสูงหรือสร้างความรู้สึก “พอ” ในความเป็นเขาเสียก่อน ซึ่งบุคคลประเภทนี้ มักได้รับประสบการณ์สูงสุดคือได้รับประสบการณ์เข้มข้นบางประการด้วยตนเองจนตระหนักในสภาพความเป็นจริงแห่งชีวิต ซึ่งบางคนกล่าวว่าเข้าถึงปรัชญาชีวิตหรือสัจธรรมแห่งชีวิต

3. ทฤษฎีสองปัจจัยตามแนวคิดของเฮิร์ซเบิร์ก (Frederick K Herzberg and Others อ้างใน สร้อยตระกูล (ตีวานนท์) ธรรมมานะ 2545, น. 141-142) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงานของบุคคล พบว่าบุคคลต้องการความสุขจากการทำงานซึ่งความสุขนั้นเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในการทำงานโดยมีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) และปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขศาสตร์ (Maintenance or Hygiene Factors) มีรายละเอียดดังนี้ (สร้อยตระกูล (ตีวานนท์) ธรรมมานะ 2545, น. 141-142)

3.1 ปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานและความสำเร็จของงานโดยตรง ถ้ามีอยู่ก็จะเป็นสิ่งจูงใจหรือทำให้เกิดความพอใจในการทำงานอย่างมากแต่ถ้าไม่มีก็ไม่มี ความหมายว่าจะไม่มีความพอใจในงานที่ทำปัจจัยเหล่านี้มี 6 ชนิด คือ

3.1.1 ความสำเร็จของงาน (achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น และการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่จะส่งผลงานของบุคคล

3.1.2 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือ ไม่ว่าจะเป็นจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงาน บุคคลทั่วไป ซึ่งการยอมรับนี้อาจอยู่ในรูปการยกย่องชมเชย

3.1.3 ลักษณะของงาน (Work itself) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของตนเอง เช่น อาจจะเป็นงานประจำ งานที่ต้องอาศัยความริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นงานที่ง่ายหรือยากเกินไป

3.1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่

3.1.5 โอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (Advancement) หมายถึง การเปลี่ยนสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร โดยการเพิ่มงานในความรับผิดชอบมากขึ้น

3.1.6 การพัฒนาตนเอง (Growth) หมายถึง การที่แต่ละบุคคลในองค์กรมีโอกาสได้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ความชำนาญใหม่ให้กับตนเอง

3.2 ปัจจัยค้ำจุน หรือปัจจัยอนามัย เป็นปัจจัยที่ข้อกำหนดเบื้องต้นที่จะทำให้คนไม่พอใจในงานที่ทำ หากว่าสิ่งเหล่านี้มีอยู่ 7 ชนิด คือ

3.2.1 เงินเดือนค่าตอบแทน (Salary and compensation) หมายถึง ความพึงพอใจในเงินเดือน หรือไม่พึงพอใจต่อเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น

3.2.2 ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน (Interpersonal relation) ได้แก่ การพบปะติดต่อกัน ไม่ว่าจะเป็นทางกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน

3.2.3 สถานภาพในการทำงาน (Status) หมายถึง ลักษณะของสถานะที่เป็นองค์ประกอบให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องานเช่นการมีรถประจำตำแหน่งการมีอภิสิทธิ์ต่างๆ

3.2.4 นโยบายและการบริหารงาน (Policy and administration) หมายถึง การจัดการและการบริหารองค์การ เช่น การให้อำนาจแก่บุคคลในการดำเนินงานให้สำเร็จ รวมถึงการติดต่อภายในองค์กร นั่นคือนโยบายขององค์การจะต้องเด่นชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

3.2.5 สภาพการทำงาน (Working condition) หมายถึง สภาพทางกายภาพ ได้แก่ แสง การถ่ายเทอากาศ อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ สิ่งแวดล้อมอื่นรวมทั้งปริมาณงานตลอดจน เครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

3.2.6 ความมั่นคงในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึกของคนที่มีต่อ ความมั่นคงของงาน เช่น ระยะเวลาของการทำงาน (tenure) ความมั่นคงหรือไม่มั่นคงขององค์กร

3.2.7 วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Supervisor-technical) หมายถึง ความรู้ ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในงานดำเนินงาน หรือความยุติธรรมในการบริหาร

สรุปได้ว่า แรงจูงใจเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลต้องการทำงาน โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของเฮอ์เบอร์ก (Herzberg 1959 อ้างใน สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) ธรรมานะ 2545, น. 141-142) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่สรุปความต้องการของคน ในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในงาน โดยมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจเป็น สภาพแวดล้อมของการทำงานที่ทำให้เกิดความพอใจและการจูงใจในการทำงาน และปัจจัยค้ำจุนหรือ ปัจจัยอนามัยเป็นสภาพแวดล้อมของการทำงานที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในงานและรักษา ใ้บุคคลากรปฏิบัติงานในองค์กรต่อไป

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาธิติน ศิริสมบูรณ์เวช (2542) ได้ศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุข ด้านข้อมูลข่าวสารพบว่า มีปัญหาด้านขาดวัสดุ/อุปกรณ์ ที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร สาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 12.74) รองลงมาเป็นปัญหาเกี่ยวกับประชาชนส่วนใหญ่ไม่สนใจต่อ ข้อมูลข่าวสารที่ อสม.เผยแพร่ ร้อยละ 9.43 น้อยที่สุดคือปัญหาด้านขาดการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ที่ทันสมัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 4.25)

ปาริชาติ พุทธิไชย (2543) ได้ศึกษาวิจัยสถานีอนามัยกับผลการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าประชาชน ผู้นำชุมชน และ อสม. เกินครึ่งเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในเรื่องความสนใจของ ประชาชนที่จะเข้ามาเป็น อสม. เพื่อช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข พบว่าประชาชนมีความสนใจอยู่ใน ระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และความสนใจของผู้นำชุมชน และประชาชนในเรื่องการบริหาร เงินงบประมาณหมู่บ้าน 7,500 บาท พบว่า โดยส่วนมากเป็นภาระของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมากกว่า

ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ ส่วนกิจกรรมที่เกิดขึ้นจะเป็นกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดขึ้นมาจากภาครัฐ

นักจักษุ มธรส (2548) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในค่ายนวมินทรราชินีอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษา ด้านการฟื้นฟู โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์มีผลการปฏิบัติงานระดับปานกลาง โดยผลการปฏิบัติงานในรายด้าน ดังนี้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผลการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ด้านการป้องกันโรค ผลการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ด้านการรักษาพยาบาล ผลการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ด้านการฟื้นฟู ผลการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย ความร่วมมือในชุมชนระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขกับประชาชน กับอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกัน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้บังคับบัญชาและผู้นำชุมชน เวลาไม่ตรงกันของอาสาสมัครสาธารณสุขกับประชาชน การประชาสัมพันธ์และกระจายข่าวสารไม่ทั่วถึง ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ ควรพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เน้นการประชาสัมพันธ์ควรมีการชี้แจงให้ประชาชนได้รับทราบถึงความรู้ความสามารถควรมีการปฏิบัติงาน ในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องสนับสนุนให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ได้เข้ามาร่วมพัฒนาและสนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งด้านงบประมาณ ทรัพยากรวัสดุ อุปกรณ์และเสริมสร้างอาชีพ ควรมีการจดค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขจากส่วนกลาง

วิษณุกร อ่อนประสงค์ และสุวัฒนา อ่อนประสงค์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมาก (mean = 4.7 S.D. = 0.5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้แก่ ผลประโยชน์ตอบแทน ($r = 0.05$) การได้รับความรู้ด้านสาธารณสุข ($r = 0.49$) การได้รับการยอมรับนับถือ ($r = 0.47$) และความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. กับ อสม. ($r = 0.37$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ผลประโยชน์ตอบแทน การได้รับความรู้ด้านสาธารณสุข และการได้รับการยอมรับนับถือ สามารถอธิบายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 66.8 ดังนั้น การกระตุ้นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขความเสริมสร้างในเรื่องผลประโยชน์ตอบแทน และให้ความรู้ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) ได้ศึกษาเรื่อง อาสาสมัครสาธารณสุข : ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป พบว่า แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะไม่ได้รับ

ความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและยังดำเนินไปอย่างแข็งขัน อสม. ในปัจจุบันมากกว่าร้อยละ 35 เป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี ในขณะที่เดียวกันก็มี อสม. หญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ 70 อสม. เหล่านี้ทำงานได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การณรงค์ เรื่องโรคต่าง ๆ การกระจายข้อมูลข่าวสาร แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก จึงมีคำถามว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่สูงขึ้นและมีความพร้อมที่จะเสียสละได้ให้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปจากนโยบายการกระจายอำนาจ และการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองไทยในระยะหลังทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องเข้าไปมีส่วนพัวพันกับการเมืองไทยในลักษณะต่างๆ ได้แสดงให้เห็นวัฒนธรรมทางความคิด ปฏิบัติการ และรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาชุมชนที่มีหลากหลายมากขึ้น วัฏธรรมเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัคร ได้รับความยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการทางสังคมที่ควรได้รับการสนับสนุนให้มียุทธศาสตร์มากขึ้นในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต

ชินกร ไผ่เพชร (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 154 คน พบว่า อายุและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน

ไพฑูรย์ บัณฑิตสิงห์ (2551) ได้ศึกษาการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย การศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการแจ้งข่าวสาร การสำรวจข้อมูล การให้ความรู้ด้านบริการสุขภาพ การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การคุ้มครองผู้บริโภค และการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 32.5$, $SD = 2.5$) ปัจจัยที่ผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เช่น การได้รับเหรียญเชิดชูเกียรติหรือใบประกาศนียบัตรจากการปฏิบัติงาน และปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากชุมชนในการมองเห็นระดับความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ศุกฤดี ดวงคู่ย์ (2551) ได้ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 120 คน พบว่า การเข้ารับการอบรม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สาโรจน์ สมัยคำ (2551) ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในชุมชน อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 170 คน พบว่า การเข้ารับการอบรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในชุมชน

เอกรินทร์ โปตะเวช (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 240 คน พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับสูง และแรงจูงใจมีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชาติรี จันทร์ตา (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาพบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพึงพอใจในการดำรงตำแหน่ง อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง และมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง และปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. เช่น ปัญหาด้านงบประมาณ พบว่า ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคในหมู่บ้าน ปัญหาด้านความร่วมมือ พบว่า ชาวบ้านมักไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชน

ธวัชชัย วีระกิติกุล (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 251 คน พบว่า เพศ อายุ รายได้ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

พรวิมล พุฒซ้อน (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 390 คน พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและ แรงจูงใจภาพรวม ปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิโรจน์ ศรีสุคตผ่อง (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จำนวน 254 คน พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

คุณฤณี ไชยมาตย์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 376 คน พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเคยได้รับการอบรม เรื่องทักษะการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ยุพดี อานุภาพเสถียร (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโงย จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 259 คน พบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เรวดี ไตศักดิ์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครนายก ภายใต้โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก กลุ่มตัวอย่างเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 390 คน พบว่า สถานภาพ และแรงจูงใจภาพรวม ปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พีระพล ศิริไพบูลย์ (2553) ได้ศึกษา แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษา เขตพญาไท พบว่าระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทหน้าที่ปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทการปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุดคือ ด้านส่งเสริมและน้อยสุดคือการป้องกันแก้ไข ปัญหาหมอกภาวะสิ่งแวดล้อม

จำเนียร ก้อนด้วง (2554) ได้ศึกษาสภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 378 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข

สุดารัตน์ หล่อเพชร (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 353 คน พบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน

ประดิษฐ์ ธรรมคง และคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง 416 คน พบว่า สถานภาพสมรสและแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พัทธานันท์ คงทอง และคณะ (2555) ได้ศึกษาการดำเนินงานสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โชนะวันตก อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 210 คน พบว่า มีระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในระดับสูง ร้อยละ 73.2 และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสุขภาพชุมชน

ณัฐิน สุขเกษ (2556) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร ปี 2556 พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 68.93 ทำนองเดียวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ระดับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและ ระดับภาระงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.29 ร้อยละ 57.50 ร้อยละ 48.57 และร้อยละ 65.36 ตามลำดับ การสนับสนุนจากครอบครัว แรงจูงใจ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาระงาน มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุพจน์ พันสศ (2556) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร ปี 2556 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.75 และระดับปานกลาง ร้อยละ 15.25 ไม่พบระดับน้อย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติกิจกรรมในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การเป็นกรรมการในหมู่บ้าน การสนับสนุนจากครอบครัว และความเข้าใจ

ในเรื่องที่อบรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภูติท เตชาดิวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒินงษ์ (2557) ได้ศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 170 คน พบว่าการเข้ารับการอบรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นฤมล ราชเดิม (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายใหม่ โดยวิทยากรสาธารณสุขระดับอำเภอ พบว่า อสม. มีความรู้ก่อนการอบรม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.83, S.D.= 3.98) หลังการอบรมครั้งที่ 1 ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 11.40, S.D.= 5.53) และหลังอบรมครั้งที่ 2 (Mean = 10.73, S.D. = 7.30) ความแตกต่างของความรู้ในภาพรวม ก่อนและหลังการอบรม พบว่า อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 0.26; 95% CI: -0.06, 0.59) และจากการทดสอบทักษะในการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต พบว่า อสม.ปฏิบัติและแปลผลได้ถูกต้องเพียง ร้อยละ 30 เท่านั้น (prop. diff. = 0.30; 95% CI: 0.15, 0.44) การใช้วิทยากรสาธารณสุขระดับอำเภอทำการอบรม อสม. ใหม่ ยังขาดประสิทธิผลเชิงผลลัพธ์ ควรปรับปรุงให้มีการประชุมทีมวิทยากรก่อนดำเนินการอบรม และเพิ่มระยะเวลาอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทักษะการปฏิบัติ

กุลพิมิน เจริญดี และนิพา ศรีช้าง (2558) ได้ศึกษา สถานการณ์บริการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) : กรณีศึกษา 4 จังหวัด พบว่าการจัดบริการคัดกรองความดันโลหิตสูงใช้รูปแบบการคัดกรองในชุมชนและให้บริการโดย อสม. การจัดบริการลดเสียงส่วนใหญ่ใช้วิธีคำแนะนำระหว่างให้บริการ การตรวจวินิจฉัยยืนยันโดยทั่วไปใช้วิธีการติดตามในชุมชนและส่งตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ที่ รพ.สต. การควบคุมคุณภาพการคัดกรองทำโดยฝึกรอบรมให้กับ อสม. และการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องวัดความดันโลหิต ปัญหาที่พบ ได้แก่ การเข้าถึงประชากรบางกลุ่ม ความต่อเนื่องของบริการและการติดตามประเมินผล ในด้านการจัดบริการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รพ.สต. แทบทุกแห่งจัดเป็นคลินิกพิเศษและทำการตรวจรักษาโดยแพทย์ มีการให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง บางแห่งมีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และพบว่า CUP มีบทบาทของต่อการจัดบริการ ในด้านการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ การพัฒนาบุคลากร และด้านวิชาการต่างๆ ส่วนใหญ่ CUP และ รพ.สต. มีความร่วมมือที่ดี บางส่วนยังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ไม่พบความแตกต่างระหว่าง CUP ของ รพช. และ รพศ/รพท. ชัดเจน

เวหา เกษมสุข และรักษนก คชไกร (2558) ได้ศึกษาความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน พบว่า อสส. ขาดความรู้ และไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวาน อสส. ต้องการพัฒนาศักยภาพและความสามารถอย่างต่อเนื่อง ในการให้ความรู้เรื่องยาเบาหวาน การฉีดยาอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมอาหาร การใช้สมุนไพร อสส. มีความต้องการ และเสนอแนะรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ คือการจัดอบรมแก่ อสส. อย่างต่อเนื่อง จัดประชุม อสส. จากหลายๆ ชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดให้มีอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่บ้าน มีการสอนและทบทวนความรู้ และการใช้อยู่เสมอ

สิริญา ไผ่ป้อง และสมเดช พินิจสุนทร (2558) ได้ศึกษาความรู้ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า อสม. เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 อายุเฉลี่ย 48 ปีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.5 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสม. เฉลี่ย 12 ปี มีประสบการณ์ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในหมู่บ้าน ร้อยละ 84.0 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในขั้นตอนการสำรวจและเก็บข้อมูล ร้อยละ 74.8 น้อยที่สุดคือ การประเมินผล ร้อยละ 22.8 ความรู้ของ อสม. เรื่องการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 51 โดยตอบคำถามในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนได้มากที่สุด คือ การดำเนินงานตามแผนงานเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วต้องมีการประเมินผล ร้อยละ 97.6 ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ การจัดทำแผนงานโครงการควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้อาจจะมีความถูกต้อง ร้อยละ 53.7 บทบาทของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.5 บทบาทรายข้อพบว่า อสม. เขียนแผนงานโครงการด้วยตนเองน้อยที่สุด ร้อยละ 40.4 โดยส่วนใหญ่ทำ ร่วมกับกลุ่ม อสม. ร้อยละ 71.2 และกว่าครึ่งหนึ่งของ อสม. มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแผนงาน โครงการให้ทุกขั้นตอน ร้อยละ 63.5

อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ ชูสิทธิ์ เอกรัตน์ ชไมพร จินตคณาพันธ์ และอรวรรณ สัมภวานะ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สามารถพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

นิตา มีทิพย์ (2559) ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการ คัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลการวิจัย พบว่าหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม. มีระดับความรู้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิต การปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีผลทำให้ อสม. มีความรู้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยเสนอแนะว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถนำไปพัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านอื่นๆ ต่อไป

สิทธิพร เกษจ้อย (2560) ได้ศึกษา บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมทั้งหมดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านป้องกันโรคอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ด้านการฟื้นฟูสภาพ มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$) ด้านการรักษาพยาบาล มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84$) และด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จัดสวัสดิการให้กับครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการรักษาพยาบาลหรือบริการพิเศษจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นค่าตอบแทนความเสียสละ
2. สร้างความพึงพอใจโดยการยกย่องให้เกียรติให้รางวัลตอบแทนในความเสียสละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงกัน เพราะจะส่งผลให้ เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานเกิดขึ้น
3. ส่งเสริมสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพราะจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดทักษะความชำนาญและได้รับการยอมรับตลอดจนเชื่อถือจากชุมชน
4. ให้มีการสนับสนุนงบประมาณให้กับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้านครุภัณฑ์ การแพทย์วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และยาให้เพียงพอในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สุไวยา สาเอียด และสุรศักดิ์ จันทร์เชาวลิตร์ (2561) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ในชุมชนอำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 44.96 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อวิเคราะห์ แยกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยด้านที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ เท่ากับ 3.48 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับ ไม่ถูกต้อง ส่วนด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 6.76 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านที่ 3 การสื่อสารสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 9.04 ถือว่าอยู่ในระดับพอใช้ และด้านที่ 4 การจัดการตนเอง ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.70 ถือว่าอยู่ในระดับพอใช้ สำหรับ ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.86 อยู่ในระดับพอใช้ และด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 9.12 อยู่ในระดับดี ซึ่งจากการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่ 6 เท่านั้น ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับภาคประชาชน หรือเครือข่ายในชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ควรมีแผนที่จะเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้องให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ เนื่องจากหาก อสม. ขาดความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว ก็จะเกิดผลกระทบ ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพให้กับชุมชนเขตรับผิดชอบของ อสม. และควรมีมาตรการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ชั่ว หลังจากประเมินครั้งแรก เพื่อให้มั่นใจว่า กลุ่ม อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

สรุป

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ตัวแปรต้น ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ความรู้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การเป็นแบบอย่าง การจัดทำแผน การจัดหางบประมาณ การจัดกิจกรรมและประเมินผล ในการ

ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 3) การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 ด้านตามแนวคิดของเฮาส์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ และการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล และ 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ และ ปัจจัยค้ำจุน ซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริชเบิร์ก (Herzberg 1959 อ้างใน สร้อยตระกูล (ตีทยานนท์) อรรถมานะ 2545, น. 141-142) มาเป็นตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเป็นแบบอย่าง การจัดทำแผน การจัดหางบประมาณ การจัดกิจกรรม และการติดตามประเมินผล

ซึ่งผลการศึกษจะเป็นประโยชน์ต่องานประโยชน์ต่อผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องในการนำข้อมูลจากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยงานต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร และเคยได้รับการประชุมหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 980 คน

1.1.1 *เกณฑ์คัดเข้า* ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และเคยได้รับการประชุมหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงทุกคน การศึกษาชั้นประถมศึกษาขึ้นไป

1.1.2 *เกณฑ์คัดออก* ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี ไม่เคยได้รับการประชุมหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ หรือไม่สามารถอ่านออกเขียนได้

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อสม. ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรและเคยได้รับการประชุมหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 280 คน ได้จากตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Eayrle W. Morgan 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล 2543) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

1.3 การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ดังนี้

1.3.1 เลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 7 ตำบล คือ ตำบลโพธิ์ประทับช้าง ตำบลวังจิก ตำบลไผ่รอบ ตำบลทุ่งใหญ่ ตำบลเนินสว่าง ตำบลดงเสือเหลืองและตำบลไผ่ท่าโพ

1.3.2 คำนวณสัดส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลต่างๆ จากสูตร (วันเพ็ญ สันธิ์ทิม 2553, น. 66)

จำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบล = $\frac{\text{จำนวน อสม. ในตำบลนั้น} \times \text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการในอำเภอนั้น}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด (รวมทุกตำบล)}}$

แทนค่าสูตรดังนี้ จำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบล = $\frac{\text{จำนวน อสม. ในตำบลนั้น} \times 280}{980}$

ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบล ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากร จำนวนกลุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร จำแนกรายตำบล

ชื่อตำบล	ประชากรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
ตำบลโพธิ์ประทับช้าง	122	37
ตำบลวังจิก	124	38
ตำบลไผ่รอบ	154	47
ตำบลทุ่งใหญ่	175	54
ตำบลเนินสว่าง	135	42
ตำบลดงเสือเหลือง	100	31
ตำบลไผ่ท่าโพ	100	31
รวม	980	280

1.3.3 ในแต่ละตำบล มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลากรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบลให้ครบตามเป้าหมาย มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) นำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล รวมจำนวน 980 คน มาจัดทำเป็นฉลาก

2) การเลือกตัวอย่างแบบไม่คืนที่ (Sampling with Replacement) โดยดำเนินการจับรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้นมาทีละรายชื่อในแต่ละตำบล จนกระทั่งได้ครบจำนวน 280 คน โดยฉลากที่จับมาแล้วจะไม่ใส่คืนอีก ก่อนที่จะเลือกฉลากครั้งต่อไป เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไม่ถูกเลือกซ้ำรายชื่อเดิม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ลักษณะแบบสอบถาม แบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีข้อความ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว การประกอบอาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพทางสังคม และโรคประจำตัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด ให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีข้อความ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ นิยามของโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การป้องกัน การจัดทำแผน การจัดหางบประมาณ การจัดกิจกรรมในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และประเมินผล รวมทั้ง เป็นแบบอย่างในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแก่คนในครอบครัว และชุมชน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ

เกณฑ์ที่ได้ ตอบถูก ได้เท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้เท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การจัดระดับความรู้ในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Ware (2000, pp. 79 อ้างใน ยุพาภรณ์ จันทรมล 2550, น. 43) ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$

ความรู้อยู่ในระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ $\bar{X} - S.D.$ ถึง $\bar{X} + S.D.$

ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$

ความรู้อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของงบประมาณ และ บุคลากร และการสนับสนุนด้านการประเมินผล มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert 1967) มีคำถามเป็นทางเลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน เห็นด้วย = 4 คะแนน ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ ได้วิเคราะห์เป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประภาพรรณเส็งวงศ์ 2550, น. 263)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด

เกณฑ์การจัดระดับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Ware (2000, pp. 79 อ้างใน ยุพาภรณ์ จันทพิมล 2550, น. 43) ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ $\bar{X} - S.D.$ ถึง $\bar{X} + S.D.$ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ด้าน ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุน ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert 1967) มีคำถามเป็นทางเลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน เห็นด้วย = 4 คะแนน ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ ได้วิเคราะห์เป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประภาพรรณ เส็งวงศ์ 2550, น. 263)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง แรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายถึง แรงจูงใจอยู่ในระดับมากที่สุด

เกณฑ์การจัดระดับแรงจูงใจในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Ware (2000, pp.79 อ้างใน ยุพาภรณ์ จันทรพิมล 2550, น. 43) ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$	แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย
คะแนนตั้งแต่ $\bar{X} - S.D.$ ถึง $\bar{X} + S.D.$	แรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$	แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเป็นแบบอย่าง ด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดหางบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรม และด้านการติดตามประเมินผล ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert 1967) มีคำถามเป็นทางเลือก 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด = 5 คะแนน ปฏิบัติมาก = 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง = 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย = 2 คะแนน ปฏิบัติน้อยที่สุด = 1 คะแนน มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ ได้วิเคราะห์เป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประภาพรรณ เส็งวงศ์ 2550, น. 263)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง	ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง	ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง	ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง	ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายถึง	ปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

เกณฑ์การจัดระดับแรงจูงใจในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Ware (2000, pp. 79 อ้างใน ยูพากรณ์ จันทรพิมล 2550, น. 43) ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$	ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย
คะแนนตั้งแต่ $\bar{X} - S.D.$ ถึง $\bar{X} + S.D.$	ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า $\bar{X} + S.D.$	ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.2.1 การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญเฉพาะด้านเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งในการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ IOC (Index of item objective congruence) มีเกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

- ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องฯ โดยใช้สูตรของโรวินลลีและแฮมเบิลตัน มีสูตรการคำนวณ (Rovinelli and Hambleton 1977, pp. 49-60)

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

IOC คือ ดัชนีความสอดคล้อง

R คือ คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญ

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ถ้าข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้ แต่ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้ ผลการหาค่าความสอดคล้องของแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 0.87

2.2.2 การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 ชุด และนำมาหาค่าความยากง่ายสำหรับคำถามความรู้โดยใช้สูตรของคูเดอร์ และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) (ประกาย จิโรจน์กุล 2548) ได้ค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.759 และความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจและการปฏิบัติงาน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบรัค (Conbrach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามในภาพรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.875 และแยกรายแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.901 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.874 และแบบสอบถามการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.857

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 หนังสือจากสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

3.2 ประธานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและขอชี้แจงแบบสอบถามแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละตำบล ตอบแบบสอบถามและส่งคืนผู้วิจัยภายใน 15 วัน ระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึง 30 สิงหาคม 2561

3.3 ประธานประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละตำบลในการติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ส่งคืนตามเวลาที่กำหนด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถามที่ส่งคืนกลับมา ลงรหัส (Code) เพื่อนำมาคำนวณหาค่าสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป และมีการนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์โดยตารางพรรณนาในรูปแบบตารางกิ่งข้อความ

4.2 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

4.2.1 สถิติเชิงพรรณนา (*Descriptive Statistics*) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของตัวแปรที่นำมาศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว การประกอบอาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพทางสังคม และโรคประจำตัว นำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสูงสุดต่ำสุด

2) ข้อมูลความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำเสนอในรูปของ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2.2 สถิติเชิงอนุมาน (*Inferential Statistics*) เพื่อทดสอบสมมุติฐานตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา สถิติที่ใช้ไค-สแควร์ (χ^2) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส กับ การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.2.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (*Pearson's Correlation Coefficient*) หรือสหสัมพันธ์อย่างง่าย (*Simple Correlation*) ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 280 ฉบับ นำข้อมูล มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	24.29
หญิง	212	75.51
รวม	280	100.00
อายุ		
40 ปีลงมา	65	23.21
41 - 60 ปี	175	62.50
61 ปีขึ้นไป	40	14.29
$\bar{X} = 48.79$ ปี S.D = 10.32 ปี Min = 20 ปี Max = 71ปี		
รวม	280	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	146	52.14
มัธยมศึกษา	115	41.07
อนุปริญญาขึ้นไป	19	6.79
รวม	280	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	26	9.29
คู่	234	83.57
หม้าย / หย่า / แยก	20	7.14
รวม	280	100.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
5,000 บาท ลงมา	117	41.79
5,001 – 15,000 บาท	150	53.57
15,001 บาทขึ้นไป	13	4.64
รวม	280	100.00
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	15	5.40
เกษตรกรกรรม	184	65.70
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	16	5.70
รับจ้าง / ลูกจ้าง	59	21.10
ประกอบอาชีพอื่นๆ	6	2.10
รวม	280	100.00
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข		
ประจำหมู่บ้านของ อสม.		
10 ปี ลงมา	166	59.29
11 – 20 ปี	81	28.93
21 ปีขึ้นไป	33	11.78
$\bar{X} = 11$ ปี S.D = 8.47 ปี Min. = 1 ปี Max. = 40 ปี □		
รวม	280	100.00
สถานภาพทางสังคม นอกจากการเป็น อสม.		
กรรมการหมู่บ้าน	119	
กรรมการกองทุนต่างๆ	131	42.50
ผู้นำชุมชน	18	46.70
สมาชิก อบต. / เทศบาล	9	6.40
กรรมการอื่นๆ ในชุมชน	5	3.20
รวม	280	1.80

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัวของอสม.		
ไม่มีโรคประจำตัว	181	64.64
โรคความดันโลหิตสูง	60	21.43
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย	19	6.79
โรคเบาหวาน	13	4.64
โรคหัวใจและหลอดเลือด	7	2.50
รวม	280	100.00

จากตารางที่ 4.1 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.51 มีอายุเฉลี่ย 48.79 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62.50 มีระดับการศึกษาสูงสุด จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.14 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.57 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 53.57 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 65.70 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 8.47 ปี โดยส่วนใหญ่ 10 ปี ลงมา ร้อยละ 59.29 สถานภาพทางสังคม นอกจากการเป็น อสม. นั้น ส่วนใหญ่เป็นกรรมการกองทุนต่างๆ ร้อยละ 46.70 รองลงมา คือ กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 42.50 อาสาสมัครสาธารณสุขการที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.43

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	64	22.86
ปานกลาง	137	48.93
มาก	79	28.21
รวม	280	100.00

$$\bar{X} = 14.82 \quad S.D = 2.53$$

จากตารางที่ 4.2 เมื่อจัดระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ในภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.93 รองลงมาในระดับมาก ร้อยละ 28.21 และระดับน้อย ร้อยละ 22.86 โดยมีค่า $\bar{X} = 14.82$ และ $S.D = 2.53$

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามความรู้
เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง รายข้อ

ข้อความ	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. กระบวนการสำคัญในการนำแผนงาน/โครงการ ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไปสู่ การปฏิบัติ คือ การสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติ พร้อมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนทราบ อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนิน กิจกรรมในแผนงาน/โครงการ	274	97.86

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อความ	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค	
	ความดันโลหิตสูง	
	จำนวน	ร้อยละ
2. การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ระหว่างการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สำเร็จต่อไป	267	95.36
3. ความเครียด ความวิตกกังวลมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้	265	94.64
4. ถ้าไม่ควบคุมความดันโลหิตสูง อาจพบโรคแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวาย ไตวายได้	265	94.64
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ในการสำรวจ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	265	94.64
6. การจัดทำแผน/โครงการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงที่ดีต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน อสม. ผู้แทนกลุ่ม/ชมรม และประชาชนกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	263	93.93
7. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ประเมินสถานการณ์ชุมชน วางแผน จัดกิจกรรม และประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	256	91.43
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของหมู่บ้าน	253	90.36

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อความ	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง	
	จำนวน	ร้อยละ
9. โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการมีพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสม	251	89.64
10. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือสารปรุงรส เป็นประจำ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็น ความดันโลหิตสูง	248	88.57
11. การรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ และ ออกกำลังกาย ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้	247	88.21
12. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีค่า ความดันโลหิตที่มีค่าตั้งแต่ 150/ 80 มิลลิเมตร ปรอทขึ้นไป	240	85.71
13. อาการปวดศีรษะ วิงเวียน ความเครียด นอนไม่หลับ มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง	240	85.71
14. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ให้ความรู้และ จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไม่เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	167	59.64
15. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาจเป็น หรือไม่เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงก็ได้	167	59.64
16. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต	140	50.00

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อความ	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค	
	ความดันโลหิตสูง	
	จำนวน	ร้อยละ
17. การจัดการงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถหาได้จากหน่วยงานสาธารณสุขก็เพียงพอแล้วไม่จำเป็นต้องหาจากแหล่งทุนอื่นๆ	140	50.00
18. ไม่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง	125	44.64
19. การวัดความดันโลหิต ควรวัดต่อเมื่อมีอาการปวดศีรษะ	122	43.57
20. การออกกำลังกายมากๆ ยิ่งทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง	83	26.64

จากตารางที่ 4.3 เมื่อวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ตอบถูกมาก 3 ลำดับ ได้แก่

2.1 กระบวนการสำคัญในการนำแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไปสู่การปฏิบัติ คือ การสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติพร้อมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนทราบอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินกิจกรรมในแผนงาน/โครงการ (ร้อยละ 97.86)

2.2 การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ (ร้อยละ 95.36)

2.3 ความเครียด ความวิตกกังวล มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ (ร้อยละ 94.64) ถ้าไม่ควบคุมความดันโลหิตสูง อาจพบโรคแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวาย ไตวายได้ (ร้อยละ 94.64) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ในการสำรวจ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 94.64)

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	30	10.71
ปานกลาง	194	69.29
มาก	56	20.00
รวม	280	100.00

$$\bar{X} = 83.78 \quad S.D = 8.68$$

จากตารางที่ 4.4 เมื่อจัดระดับการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ในภาพรวม ส่วนใหญ่ มีระดับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.29 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 20.00 และระดับน้อย ร้อยละ 10.71 โดยมีค่า $\bar{X} = 83.78$ และ $S.D = 8.68$

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง รายด้าน

ด้าน	ระดับการสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D	ระดับ
1	ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	4.23	0.48	มาก
2	ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์	4.21	0.61	มาก
3	ด้านการสนับสนุนด้านการประเมินผล	4.19	0.58	มาก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ด้าน	ระดับการสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D	ระดับ
4	ด้านการสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือ สิ่งของงบประมาณ และ บุคลากร	4.11	0.60	มาก
รวมเฉลี่ย		4.19	0.55	มาก

จากตารางที่ 4.5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 4.23$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 4.21$) และด้านการสนับสนุนด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 4.19$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของงบประมาณ และบุคลากร ($\bar{X} = 4.11$)

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม

ระดับแรงจูงใจ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	49	17.50
ปานกลาง	180	64.29
มาก	51	18.21
รวม	280	100.00

$\bar{X} = 81.60$ S.D = 9.35

จากตารางที่ 4.6 เมื่อจัดระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ในภาพรวม ส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.29 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 18.21 และระดับน้อย ร้อยละ 17.50 โดยมีค่า $\bar{X} = 81.60$ และ $S.D = 9.35$

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง รายด้าน

ด้าน	ระดับ แรงจูงใจ	\bar{X}	S.D	ระดับ
1	ด้านปัจจัยด้าน	4.20	0.60	มาก
2	ด้านปัจจัยจูงใจ	3.96	0.59	มาก
รวมเฉลี่ย		4.08	0.60	มาก

จากตารางที่ 4.7 พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านปัจจัยด้าน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านปัจจัยจูงใจ ($\bar{X} = 4.20$ และ $\bar{X} = 3.96$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม

ระดับการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	45	16.07
ปานกลาง	183	65.36
มาก	52	18.57
รวม	280	100.00

$\bar{X} = 80.49$ $S.D = 8.97$

จากตารางที่ 4.8 เมื่อจัดระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ในภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.36 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 18.57 และระดับน้อย ร้อยละ 16.07 โดยมี $\bar{X} = 80.49$ และ $S.D = 8.97$

ตารางที่ 4.9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง รายด้าน

ด้าน	\bar{X}	S.D	ระดับ
1 ด้านการเป็นแบบอย่าง	4.18	0.65	มาก
2 ด้านการจัดกิจกรรม	4.10	0.55	มาก
3 ด้านการจัดทำแผน	4.05	0.62	มาก
4 ด้านการติดตามประเมินผล	3.97	0.65	มาก
5 ด้านการจัดหางบประมาณ	3.83	0.59	มาก
รวม	4.02	0.78	มาก

จากตาราง 4.9 พบว่า การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านการเป็นแบบอย่าง ($\bar{X} = 4.18$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ด้านการจัดกิจกรรม ($\bar{X} = 4.10$) และด้านการจัดทำแผน ($\bar{X} = 4.05$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านการจัดหางบประมาณ ($\bar{X} = 3.83$) และด้านการติดตามประเมินผล ($\bar{X} = 3.97$)

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุม
โรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ตารางที่ 4.10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับการปฏิบัติงาน
ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค			รวม	χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ						
ชาย	12(17.64)	45(66.17)	11(16.17)	68(100.00)	.425	0.808
หญิง	33(15.56)	138(65.09)	41(19.33)	212(100.00)		
รวม	45(16.07)	1831(65.36)	52(18.57)	280(100.00)		
ระดับการศึกษา					11.216	0.024*
ประถมศึกษา	17(11.64)	93(63.70)	36(24.66)	146(100.00)		(fisher's
มัธยมศึกษา	24(20.87)	79(68.70)	12(10.43)	115(100.00)		exact test)
อนุปริญญา ขึ้นไป	4(21.05)	11(57.90)	4(21.05)	19(100.00)		
รวม	45(16.07)	1831(65.36)	52(18.57)	280(100.00)		
สถานภาพสมรส					.766	0.943
โสด	4(15.38)	18(69.23)	4(15.38)	26(100.00)		(fisher's
คู่	38(16.24)	153(65.38)	43(18.38)	234(100.00)		exact test)
หม้าย/หย่า/แยก	3(15.00)	12(60.00)	5(7.69)	20(100.00)		
รวม	45(16.07)	1831(65.36)	52(18.57)	280(100.00)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.10 เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
- อายุ	.040	0.503
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม.	.154*	.0010
- ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	.603*	0.000
- การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	.626*	0.000
- แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	.741*	0.000

จากตาราง 4.11 เมื่อหาความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ความรู้ การสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ($r = .154$) ความรู้ ($r = .603$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .626$) และแรงจูงใจ ($r = .741$) มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยแรงจูงใจ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และเคยได้รับการประชุม หรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 280 คน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย ไค-สแควร์ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

1. สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.1 ผลการศึกษาการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในภาพรวม ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.36 รองลงมาในระดับมาก ร้อยละ 18.57 และระดับน้อย ร้อยละ 16.07 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านการเป็นแบบอย่าง ($\bar{X} = 4.18$) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาด้านการจัดกิจกรรม ($\bar{X} = 4.10$) และด้านการจัดทำแผน ($\bar{X} = 4.05$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ได้แก่ ด้านการจัดหางบประมาณ ($\bar{X} = 3.83$) และด้านการติดตามประเมินผล

($\bar{X} = 3.97$) เมื่อพิจารณาในรายประเด็น อยู่ในระดับมากทุกประเด็น ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ อสม.รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ไขมันสูง และหวานจัด ($\bar{X} = 4.27$) อสม.สามารถหาวิธีจัดการความเครียดได้ และทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ หรือพูดคุยเพื่อปรับทุกข์กับผู้อื่น เป็นต้น ($\bar{X} = 4.22$) และ อสม. มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ 3๐2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา) ($\bar{X} = 4.20$)

1.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ

1.2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.51 มีอายุเฉลี่ย 48.79 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62.50 มีระดับการศึกษาสูงสุด จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.14 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.57 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 53.57 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 8.47 ปี โดยส่วนใหญ่ 10 ปี ลงมาร้อยละ 59.29 อาสาสมัครสาธารณสุขการที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.43

1.2.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.93 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 28.21 และระดับน้อย ร้อยละ 22.86 เมื่อวิเคราะห์ความรู้ในรายประเด็นพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง 3 ลำดับ ได้แก่ 1) กระบวนการสำคัญในการนำแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไปสู่การปฏิบัติ คือ การสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติ พร้อมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนทราบอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินกิจกรรมในแผนงาน/โครงการ (ร้อยละ 97.86) 2) การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ (ร้อยละ 95.36) และ 3) ความเครียด ความวิตกกังวลมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ (ร้อยละ 94.64) ถ้าไม่ควบคุมความดันโลหิตสูง อาจพบโรคแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวาย ไตวายได้ (ร้อยละ 94.64) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ในการสำรวจ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1.2.3 การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในภาพรวมส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.29 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 20.00 และระดับน้อย ร้อยละ 10.71 เมื่อพิจารณารายด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านการสนับสนุน

ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 4.23$) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาด้านการสนับสนุน ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 4.21$) และด้านการสนับสนุนด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 4.19$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของงบประมาณ และบุคลากร ($\bar{X} = 4.11$) เมื่อวิเคราะห์ในรายประเด็นอยู่ในระดับมากทุกประเด็น ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามให้ข้อมูลในการทำงานกับ อสม.อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.31$) รองลงมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความใกล้ชิดและสนิทสนมกับ อสม. ($\bar{X} = 4.27$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับ อสม. ($\bar{X} = 4.26$)

1.2.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.29 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 18.21 และระดับน้อย ร้อยละ 17.50 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านปัจจัยค้ำจุน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.20$) รองลงมา ด้านปัจจัยจูงใจ ($\bar{X} = 3.96$)

เมื่อพิจารณาในรายประเด็น อยู่ในระดับมากทุกประเด็น ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ อสม. และบุคคลในครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.31$) ($\bar{X} = 4.31$) รองลงมาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ อสม. ได้รับการอบรม/ประชุมเพื่อพัฒนาความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น ($\bar{X} = 4.29$) และค่าตอบแทนต่างๆ ที่จ่ายให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความเหมาะสมแล้ว ($\bar{X} = 4.28$)

1.3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า

ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ($r = .154$) มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ อายุ และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์

ความรู้ ($r = .603$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .626$) และแรงจูงใจ ($r = .741$) มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ดังนี้

2.1 ผลการศึกษาการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนักจักษุ มธรส (2548) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในค่ายนวมินทราชินีอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาด้านการฟื้นฟู โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์มีผลการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ทำนองเดียวกับการศึกษาของไพฑูรย์ บัณฑิตสังข์ (2551) ที่ศึกษาการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย การศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการแจ้งข่าวสาร การสำรวจข้อมูล การให้ความรู้ด้านบริการสุขภาพ การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การคุ้มครองผู้บริโภค และการส่งต่อผู้ป่วย ในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 32.5$, $SD = 2.5$) สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ พุทธิไชย (2543) ที่ศึกษาวิจัยสถานีอนามัยกับผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าประชาชน ผู้นำชุมชน และ อสม. เกินครึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพีระพล ศิริไพบูลย์ (2553) ที่ศึกษาแนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษา เขตพญาไท พบว่าระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทหน้าที่ปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทการปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุดคือด้านสร้างเสริมและน้อยสุดคือการป้องกันแก้ไขปัญหาภาวะสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐิน สุขเกษ (2556) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร ปี 2556 พบว่า ระดับ

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.93 ทำนองเดียวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ระดับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและระดับภาระงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.29 ร้อยละ 57.50 ร้อยละ 48.57 และร้อยละ 65.36 ตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของพัชรัตน์ คงทอง และคณะ (2555) ที่ศึกษาการดำเนินงานสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โชนตะวันต อําเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนในระดับสูง แตกต่างจากการศึกษาของเอกรินทร์ โปตะเวช (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับสูง แตกต่างจากการศึกษาของสุพจน์ พันสดี (2556) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ปี 2556 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.75 และระดับปานกลาง ร้อยละ 15.25 ไม่พบระดับน้อย และแตกต่างจากการศึกษาของสิทธิพร เกษจ้อย (2560) ได้ศึกษาบทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมทั้งหมดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ส่วนในรายด้านๆ ที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ ด้านการจัดหางบประมาณ และด้านการติดตามประเมินผล ในรายประเด็นที่ปฏิบัติได้น้อยกว่าประเด็นอื่นๆ ได้แก่

- 1) การเป็นแกนนำสำรวจแหล่งทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นทั้งในและนอกชุมชน
- 2) การเป็นแกนนำจัดทำข้อมูล นำเสนอแผนฯ เขียน โครงการของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ
- 3) การมีส่วนร่วมในการสรุปผล และนำผลจากการประเมินมานำเสนอแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
- 4) การมีส่วนร่วมในการจัดเวทีเสนอผลป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนให้ชุมชนทราบ
- 5) การได้ร่วมประชุมทีมงาน/แกนนำเพื่อจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ
- 6) การเป็นแกนนำจัดทำประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สมควรที่จะสนับสนุนและส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ปฏิบัติงานในด้านและประเด็นดังกล่าวเพิ่มขึ้น

2.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ

2.2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า สอดคล้องกับลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิจิตร กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 48.79 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี มากที่สุดมีระดับการศึกษาสูงสุด จบชั้นประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ มีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 15,000 บาท ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 65.70 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 8.47 ปี โดยส่วนใหญ่ 10 ปี ลงมา ร้อยละ 59.29 สถานภาพทางสังคม นอกจากการเป็น อสม. นั้น ส่วนใหญ่เป็นกรรมการกองทุนต่างๆ ร้อยละ 46.70 รองลงมา คือ กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 42.50 ส่วนหนึ่งจะมีโรคประจำตัวบ้าง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปกติของประชาชนทั่วไป แต่การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรจะต้องปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) ที่ศึกษาเรื่อง อาสาสมัครสาธารณสุข : ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทย ที่เปลี่ยนไป พบว่า ในปัจจุบันมากกว่าร้อยละ 35 เป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี ในขณะที่เดียวกันก็มี อสม.หญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ 70 และทำนองเดียวกับการศึกษาของสิริญา ไผ่ป้อง และสมเดช พินิจสุนทร (2558) ที่ศึกษาความรู้ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า อสม. เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 อายุเฉลี่ย 48 ปีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสม. เฉลี่ย 12 ปี

2.2.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในภาพรวมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ทำนองเดียวกับการศึกษาของ นฤมล ราชเดิม (2557) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของกระบวนการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายใหม่ โดยวิทยากรสาธารณสุขระดับอำเภอ พบว่า อสม.มีความรู้ก่อนการอบรม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.83, S.D.= 3.98) หลังการอบรมครั้งที่ 1 ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 11.40, S.D.= 5.53) และหลังอบรมครั้งที่ 2 (Mean = 10.73, S.D.=7.30) ความแตกต่างของความรู้ในภาพรวม ก่อนและหลังการอบรม พบว่า อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 0.26; 95% CI: -0.06, 0.59) และจากการทดสอบทักษะในการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต พบว่า อสม. ปฏิบัติและแปลผลได้ถูกต้องเพียง ร้อยละ 30 เท่านั้น

(prop. diff. = 0.30; 95% CI: 0.15, 0.44) การใช้วิทยากรสาธารณสุขระดับอำเภอทำการอบรม อสม. ใหม่ ยังขาดประสิทธิภาพเชิงผลลัพธ์ ควรปรับปรุงให้มีการประชุมทีมวิทยากรก่อนดำเนินการอบรม และเพิ่มระยะเวลาอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทักษะการปฏิบัติ และในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ในบางประเด็นที่ยังมีความรู้ไม่ถูกต้องตั้งแต่ร้อยละ 50.00 ขึ้นไป ได้แก่ ประเด็น 1) การออกกำลังกายมากๆ ยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูง 2) การวัดความดันโลหิตควรวัดต่อเมื่อมีอาการปวดศีรษะ 3) ไม่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง 4) การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต และ 5) การจัดการงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถหาได้จากหน่วยงานสาธารณสุขก็เพียงพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องหาจากแหล่งทุนอื่นๆ สมควรที่จะอบรมหรือพัฒนาความรู้ที่ถูกต้องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเด็นดังกล่าว ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ดียิ่งขึ้น

2.2.3 การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดัน

โลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในภาพรวม มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในรายด้านๆ ที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของงบประมาณ และบุคลากร ในรายประเด็นที่ได้รับการสนับสนุนน้อยกว่าประเด็นอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในด้านการสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของงบประมาณ และบุคลากร ได้แก่ 1) ประเด็น การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างเพียงพอ 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลเอาใจใส่ อสม. เป็นอย่างดี ทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดหาหนังสือหรือคู่มือในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามที่ อสม. ต้องการ 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ประสาน อสม. จากหมู่บ้านอื่นหรือตำบลอื่นๆ ในการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับ อสม. 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างเพียงพอ และ 6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจกเอกสารศึกษาเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมหลังการอบรม สมควรที่จะให้การสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านและประเด็นดังกล่าวเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสาธิติน ศิริสมบุญเวช (2542) ที่ศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านข้อมูลข่าวสารพบว่า มีปัญหาด้านขาดวัสดุ/อุปกรณ์ ที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 12.74) รองลงมาเป็นปัญหาเกี่ยวกับ

ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สนใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ อสม. เผยแพร่ ร้อยละ 9.43 น้อยที่สุดคือ ปัญหา ด้านขาดการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 4.25)

2.2.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในภาพรวมแรงจูงใจ อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาของวิญญูกร อ่อนประสงค์ และสุวัฒนา อ่อนประสงค์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับมาก (mean=4.7 S.D.= 0.5) ส่วนใน รายด้านๆ ที่มีแรงจูงใจน้อยที่สุดได้แก่ ด้านปัจจัยจูงใจ ในรายประเด็นที่มีแรงจูงใจน้อยกว่าประเด็น อื่นๆ และอยู่ในด้านปัจจัยจูงใจ ได้แก่ 1) การได้รับการยกย่องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบหรือ ดีเด่นในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2) การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ อสม. มีโอกาสเป็นกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล อำเภอและระดับ จังหวัด 3) ความสามารถปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจนบรรลุเป้าหมายสูงสุด ที่ตั้งไว้ 4) ความสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จนความสำเร็จ และ 5) ประชาชนในหมู่บ้านของ อสม. ให้การยอมรับ หรือยกย่องชมเชย ในการ ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. เป็นอย่างดี สมควรที่จะสร้างแรงจูงใจ แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านและประเด็นดังกล่าวเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการ ปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ดียิ่งขึ้น

2.3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติงานในการป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า

ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความสัมพันธ์ กับระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้แก่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นไปตามมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ หล่อเพชร (2554) บางส่วน ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน พบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพและรายได้ มีความสัมพันธ์

กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชัย วีระกิติกุล (2552) บางส่วน ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง พบว่า เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของยุพดี อานุกาฬเสถียร (2553) บางส่วน ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง พบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพจน์ พันสศ (2556) บางส่วนที่ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ปี 2556 พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของพรวิมล พุฒซ้อน (2552) บางส่วน ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ สิริภัทร พงศ์ปิยะไพบูลย์ (2549, น. 28 อ้างอิงจาก เอกชัย กี่วิชัย 2538, น. 100-101) กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติงานได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสมการ ดังนี้ $P = K \cdot S \cdot O \cdot M \cdot E$ เมื่อ P = การปฏิบัติงาน (Performance) K = ความรู้ (Knowledge) S = ทักษะในการทำงาน (Skills) O = โอกาส (Opportunity) M = การจูงใจ (Motivation) E = สภาพแวดล้อม (Environment) ทำนองเดียวกับ เซอร์เมอฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (2008, น. 151) (อ้างอิงใน เพ็ญศรี หว่านล้อม 2558) ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานบุคคลว่าการปฏิบัติงานของแต่ละคนจะถูกกำหนดโดย 3 ส่วน ดังนี้ คือ 1) คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล (Individual Attributes) ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล (Demographic Characteristics) ความรู้ความสามารถ (Competency Characteristics) เป็นสิ่งที่สำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อเข้ามาปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถให้เกิดความพยายามในการทำงาน ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological Characteristics) ได้แก่ ทักษะ การรับรู้ ความต้องการ และ

บุคลิกภาพ เป็นต้น 2) ความพยายามในการทำงาน (work effort) ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงสิ่งที่ปรารถนาที่จะปฏิบัติงาน คือแรงจูงใจที่จะทำงาน (Motivation to work) เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีผลโดยตรงและคงไว้ซึ่งความพยายามในการทำงาน คนที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะทำงานอย่างจริงจัง แรงจูงใจเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงาน และ 3) แรงสนับสนุนจากองค์การ (Organizational support) ได้แก่ ค่าตอบแทน ความยุติธรรม การติดต่อสื่อสาร ความใจกว้างของผู้บริหาร และวิธีการมอบหมายงาน หากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน หรือที่เรียกว่า “ข้อจำกัดด้านสถานการณ์” เช่น ขาดงบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน ระดับความคาดหวังของผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับงาน ขาดการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องและขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของชินกร ไผ่เพชร (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของพรวิมล พุฒซ้อน (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัด พบว่า แรงจูงใจภาพรวม ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของเอกรินทร์ โปตะเวช (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย พบว่า แรงจูงใจมีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของเรวดี โตศักดิ์ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครนายก ภายใต้โครงการส่งเสริม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก พบว่า แรงจูงใจภาพรวม ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของไพฑูรย์ บัณฑิตสิงห์ (2551) ที่ศึกษาการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เช่น การได้รับเหรียญเชิดชูเกียรติ หรือใบประกาศนียบัตรจากการปฏิบัติงาน และปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากชุมชนในการมองเห็นระดับความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสอดคล้อง

กับการศึกษาของประดิษฐ์ ธรรมคง และคณะ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สอดคล้องกับการศึกษาของชาติรี จันทร์ตา (2552) ที่ศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลหางดง พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะต้องการช่วยเหลือชาวบ้าน เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของวิโรจน์ ศรีศุคผ่อง (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาของจำเนียร ก้อนด้วง (2554) ที่ศึกษาสภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 378 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชิน สุขเกษ (2556) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร ปี 2556 พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว แรงจูงใจ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาระงาน มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของกัม รัชชัย วีระกิติกุล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นจะต้องสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษาอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สร้างแรงจูงใจและให้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและในด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผลมีการสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของงบประมาณ และบุคลากร และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อ

การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังผลการศึกษาของ นิดา มีทิพย์ (2559) ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติ การคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลการวิจัยพบว่า หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม. มีระดับความรู้ ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติคัดกรองโรคความดันโลหิต การปฏิบัติให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีผลทำให้ อสม. มีความรู้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยเสนอแนะว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถนำไปพัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านอื่นๆ ต่อไป ทำนองเดียวกับภูดิท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ (2557) ที่ศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 170 คน พบว่า การเข้ารับการอบรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับเวหา เกษมสุข และ รักชนก คชไกร (2558) ที่ศึกษาความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน พบว่า อสส. ขาดความรู้ และไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวาน อสส. ต้องการพัฒนาศักยภาพและความสามารถอย่างต่อเนื่องในการให้ความรู้เรื่องยาเบาหวาน การฉีดยาอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมอาหาร การใช้สมุนไพร อสส. มีความต้องการ และเสนอแนะรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ คือการจัดอบรมแก่ อสส. อย่างต่อเนื่อง จัดประชุม อสส. จากหลายๆ ชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดให้มีอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่บ้าน มีการสอนและทบทวนความรู้และการใช้ยู่เสมอ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น ดังนี้

3.1.1 ควรนำผลจากการวิจัยไปกำหนดเป็นนโยบายและแผนงาน/โครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้างและอำเภออื่นๆ ในจังหวัดพิจิตร

3.1.2 ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ โปธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้ปฏิบัติงานในด้านและรายประเด็นที่มีการปฏิบัติน้อยกว่าด้านและประเด็นอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ด้านการจัดหางบประมาณ ด้านการติดตามประเมินผล และในรายประเด็น ได้แก่ 1) การเป็นแกนนำสำรวจแหล่งทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นทั้งในและนอกชุมชน 2) การเป็นแกนนำจัดทำข้อมูล นำเสนอแผนฯ เขียน โครงการของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ 3) การมีส่วนร่วมในการสรุปผล และนำผลจากการประเมินมานำเสนอแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 4) การมีส่วนร่วมในการจัดเวทีเสนอผลป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนให้ชุมชนทราบ 5) การได้ร่วมประชุมทีมงาน/แกนนำเพื่อจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ 6) การเป็นแกนนำจัดทำประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

3.1.3 ในด้านลักษณะส่วนบุคคลควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ โปธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการปฏิบัติอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของโรค เนื่องจากพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางส่วนมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

3.1.4 ควรสนับสนุนและพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่ยังคงดำเนินการสนับสนุนน้อยอยู่ให้มีการสนับสนุนและพัฒนาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ โปธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้แก่

1) อบรมหรือพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในประเด็นต่างๆ เพิ่มมากขึ้น คือ 1) ผลของการออกกำลังกายต่อความดันโลหิต 2) ความรู้เรื่องการวัดความดันโลหิต 3) การใช้ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง 4) ผลของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ต่อระดับความดันโลหิต และ 5) การจัดการงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องการหาทุนจากแหล่งทุนอื่นๆ

2) ให้การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน และรายประเด็นที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของงบประมาณ และบุคลากร ในรายประเด็น ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างเพียงพอ 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลเอาใจใส่ อสม. เป็นอย่างดีทั้งเรื่องงาน

และเรื่องส่วนตัว 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดหาหนังสือหรือคู่มือในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามที่ อสม. ต้องการ 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ประสาน อสม. จากหมู่บ้านอื่นหรือตำบลอื่นๆ ในการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับ อสม. 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างเพียงพอ และ 6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจกเอกสารศึกษาเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมหลังการอบรม

3) สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายด้านๆ ที่มีแรงจูงใจน้อยที่สุด เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ด้านปัจจัยจูงใจ ในรายประเด็นที่มีแรงจูงใจน้อยกว่าประเด็นอื่นๆ ได้แก่ 1) การได้รับการยกย่องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบหรือดีเด่นในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2) การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ อสม. มีโอกาสเป็นกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล อำเภอและระดับจังหวัด 3) ความสามารถปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจนบรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ตั้งไว้ 4) ความสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจนความสำเร็จ และ 5) ประชาชนในหมู่บ้านของท่านให้การยอมรับ หรือยกย่องชมเชยในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. เป็นอย่างดี

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาเชิงคุณภาพเจาะลึกถึงการทำงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร และปัญหาอุปสรรคต่างๆ

3.2.2 ควรวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ในด้านอื่นๆ เช่น การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน หรือ การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

3.2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบการทำงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรกับอำเภออื่นๆ ในจังหวัดพิจิตร



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*.
กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2555). *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ:
องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- _____. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง*.
กรุงเทพฯ: ทหารผ่านศึก.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โรคความดัน
โลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). *คู่มือการใช้หลักสูตรพื้นฐาน การอบรม เพื่อเป็น อผส.
ฉบับใหม่ ปี2552*. นครสวรรค์: สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3
จังหวัดนครสวรรค์.
- _____. (2556). *คู่มือ อสม. มืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
ปีพุทธศักราช 2550*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
ของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ร้าไทย เพรส.
- _____. (2552). *แนวทางการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) เชียงรุ๊ก*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2556). *คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลพิมณ เจริญดี, นิพา ศรีช้าง และนฤมล ราชเดิม. (2557). *สถานการณ์บริการป้องกันและควบคุม
ความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) : กรณีศึกษา 4 จังหวัด*.
สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4413?locale-attribute=th>
- เกรียงศักดิ์ กำเนิดกาญจน์. (2540). *รายงานการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์*. (ม.ป.ท.)

- เกษมธิดา สพลมัย. (2536). การปฏิบัติตามบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ระดับตำบล
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสากับสุข ภาวะไทย.
สงขลานครินทร์เวชสาร, 27(1).
- คำรพ พงษ์อาทิตย์ และจिरพงษ์ แสงทอง. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง.
วารสาร สุขภาพภาคประชาชน, 21(4), 14 -19.
- จักรพงษ์ เกะเย็น .(2554). คุณภาพชีวิตผู้อยู่อาศัยในชุมชนของการเคหะแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร:
ศึกษากรณี โครงการเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง อาคารแฟลตเช่า. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2546). โรคความดันโลหิตสูง 4. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข .
- คาราวรรณ ร่องเมือง. (2561). การทบทวนทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล
พระปกเกล้าจันทบุรี, 35(1), 85.
- คุษฎี ไชยมาตย์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัคร
สาธารณสุข จังหวัดอานาจเจริญ. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- ชาติรี จันทร์ตา. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสน
ศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชุมพร แสงมณี. (2540). บทบาทสตรีในการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล กรณีศึกษา อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชวลีพร เอกรัตน์ ชไมพร จินตคณาพันธ์ และอรวรรณ สัมภวานะ. (2558). การพัฒนาศักยภาพ
ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.
วารสารรามาชิปิทยาสาน, 21(1), 110-121 .

- พรรณพันธ์ ไหมสมบุญ. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในพื้นที่ตรวจราชการสาธารณสุขเขต 4. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธวัชชัย วีระกิตติกุล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ณัฐน สุขเกษ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร. (อัดสำเนา).
- ณัฐรินทร์ หนูเทพ และสกาเดือน ขาวล้วน. (2553). การศึกษาความรู้ พฤติกรรมทัศนคติ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เส้นเลือดในสมองและภาวะอ้วน หมู่ที่ 4, 5, 7 ตำบลบ่อหิน อำเภอสีเกา จังหวัดตรัง. (รายงานผลการวิจัย). ตรัง: สถานีอนามัยไร่ออก.
- นฤมล ราชเดิม. (2557). ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของกระบวนการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายใหม่ โดยวิทยากรสาธารณสุขระดับอำเภอ. สืบค้นจาก <http://203.157.182.17/k9/expcpho/wp-content/uploads/2014/06/g1.pdf>
- นิตา มีทิพย์. (2559). การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในประชาชน เขต อ.เมือง จ.พิษณุโลก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ จังหวัดสงขลา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 4(พิเศษ), 131-146.
- นิตย์ ประจงแต่ง. (2548). บทบาทการนิเทศภายในของผู้บริหาร โรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาลพบุรี เขต 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี, ลพบุรี.
- ณัฐกัศ มธุรส. (2548). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในค่ายนวมินทรราชินี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ. (2539). ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory). สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/115753>

- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543). *รวมบทความการวิจัยการวัดผลและประเมินผล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). *จิตวิทยาสงคมกับการสาธารณสุข*. ใน *เอกสารการสอนภาควิชา
สังคมวิทยาการแพทย์คณะพยาบาลศาสตร์*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ประดิษฐ์ ธรรมคง และคณะ. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดศรีสะเกษ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, กาญจนบุรี.
- ประภาพรรณ เล็งวงศ์. (2550). *การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ด้วยวิธีวิจัยในชั้นเรียน*. กรุงเทพฯ:
อี.เค.บุ๊คส์..
- ปาริชาติ พุทธิสง. (2543). *สถานีอนามัยกับผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน*. กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ เกษรานนท์ และคณะ. (2558). *สถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Statistics
and Research in Health Sciences)*. (ปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2558 พิมพ์ครั้งที่ 1).
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรวิมล พุฒซ้อน. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกาญจนบุรี*. (วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช.
- พิภพ วังเงิน. (2547). *พฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- พีระพล ศิริไพบูลย์. (2553). *แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุข
มูลฐาน กรณีศึกษาเขตพญาไท*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพฑูรย์ บัณฑิตสังข์. (2551). *การศึกษาการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย*. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคอีสาน*, 88-95.
- ไพศาล เข้มวงศ์. (2555). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต
ของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- พัชรียา ไชยลังกา, ทิพมาส ชินวงศ์ และนวลจันทร์ รมณารักษ์. (2545). *พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร
โรงพยาบาลราชวิถี*. *บทคัดย่อ ฉบับประจำเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2558*, 109-115.
สืบค้นจาก [http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpage
JDMS_30/demo/data/2558/2558-04/original%20article%202558-4-7.pdf](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpage
JDMS_30/demo/data/2558/2558-04/original%20article%202558-4-7.pdf)

- เพ็ญศรี หว่านล้อม. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสาธารณสุขด้านนา*, 11(1), 30-38.
- พัทธนี นนทศักดิ์ และคณะ. (2549). *การจัดการสมัยใหม่*. กรุงเทพฯ: เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น อินโดไชน่า.
- พัทธนันท์ คงทอง และคณะ. (2555). การดำเนินงานสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โชนตะวันตกอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ขอนแก่น*, 5(1), 69-76.
- ภารดี อนันต์นาวี. (2552). *หลักการ แนวคิด ทฤษฎีทางการบริหารการศึกษา*. (ฉบับปรับปรุง). ชลบุรี: มนตรี.
- ภูคิท เตชาดิวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 140-49.
- ภัทรนันท์ สิริไทย และจิตพล ชัยมะดัน. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรวิทยาลัยชุมชนสระแก้ว. *วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง*, 5(1), 161-171.
- มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปั้นดี. (2542). *อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด: การทบทวนความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์.
- ยุพดี อานุกาฬเสถียร. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, นนทบุรี.
- ยุพาภรณ์ จันทระพิมพ์. (2550). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพผลิตยางพารา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ระเบียบ คำเขียน. (2546). *การปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำโรงพยาบาลพิจิตร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- เรวดี โตศักดิ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครนายก ภายใต้โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2549). การจัดการสมัยใหม่. กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร.
- โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. (2561). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี. (อัคราณา).
- ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล. (2538). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรจิตร หนองแก. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วาณิชรัตน์ รุ่งเกียรติกุล. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเอง และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- เวหา เกษมสุข และรักชนก คชไกร. (2558). ความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/39707/0>
- วิโรจน์ ศรีผดู่. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. สงขลา: ชานเมือง.
- วิษณุกร อ่อนประสงค์ และสุวัฒนา อ่อนประสงค์. (2006). ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 16(3), 463-470.
- วันเผด็จ สานธิทิม. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ม.ป.ท.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ศักดิ์. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. รายงานการสัมมนาในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. ม.ป.ท.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ศักดิ์. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธิตมน ศิริสมบูรณ์เวช . (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาโรจน์ สมัยคำ. (2550). *การศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเลย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, เลย.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. (2014). *เพศฆาตเงียบ “ความดันโลหิตสูง” กั๊กใกล้ตัวกว่าชีวิตก่อนวัยอันควร*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/12/16621>
- สุภา สกุลเงิน. (2545). *ประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของกำนันผู้ใหญ่บ้านหลังการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล ในที่สนะของกำนันผู้ใหญ่บ้าน : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร*. สืบค้นจาก <http://graduate.hu.ac.th/thesis/2558/mpa/supanee.pdf>
- สิริวัฒน์ आयुวัฒน์, อภิเชษฐ์ พูลทรัพย์ และนิตา มีทิพย์. (2560). *การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในประชาชน เขต อ.เมือง จ.พิษณุโลก*. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/84867>
- สิริกัทร พงศ์ปิยะไพบูลย์. (2549). *การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- สิริญา ไผ่ป้อง และสมเดช พิณจิสุนทร. (2558). *ความรู้และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี*. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2), 291-305.

- ลิทธิพร เกษจ้อย. (2560). บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น . วารสารสถาบันวิจัยพัฒนธรรมมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น, 4(1), 163-173.
- สุดารัตน์ หล่อเพชร. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 6(2), 140-149.
- สุธิดา ไชยชาวงษ์. (2543). วิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของชาวบ้านโรงวัว ตำบลแม่แก้ว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง: ทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. กรุงเทพฯ: ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2551). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุพจน์ พันสด. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. (อัคราณา).
- สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) และอรธมานะ. (2545). พฤติกรรมองค์การ: ทฤษฎีและการประยุกต์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2540). การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2542). คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ร.ส.พ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2549). แนวทางการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (2559). ใน เอกสารนำเสนอผู้ตรวจราชการ. (อัคราณา) .
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น. (2555). หน้าที่ความรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.esanphc.net/online/vhv/vhv07.htm>

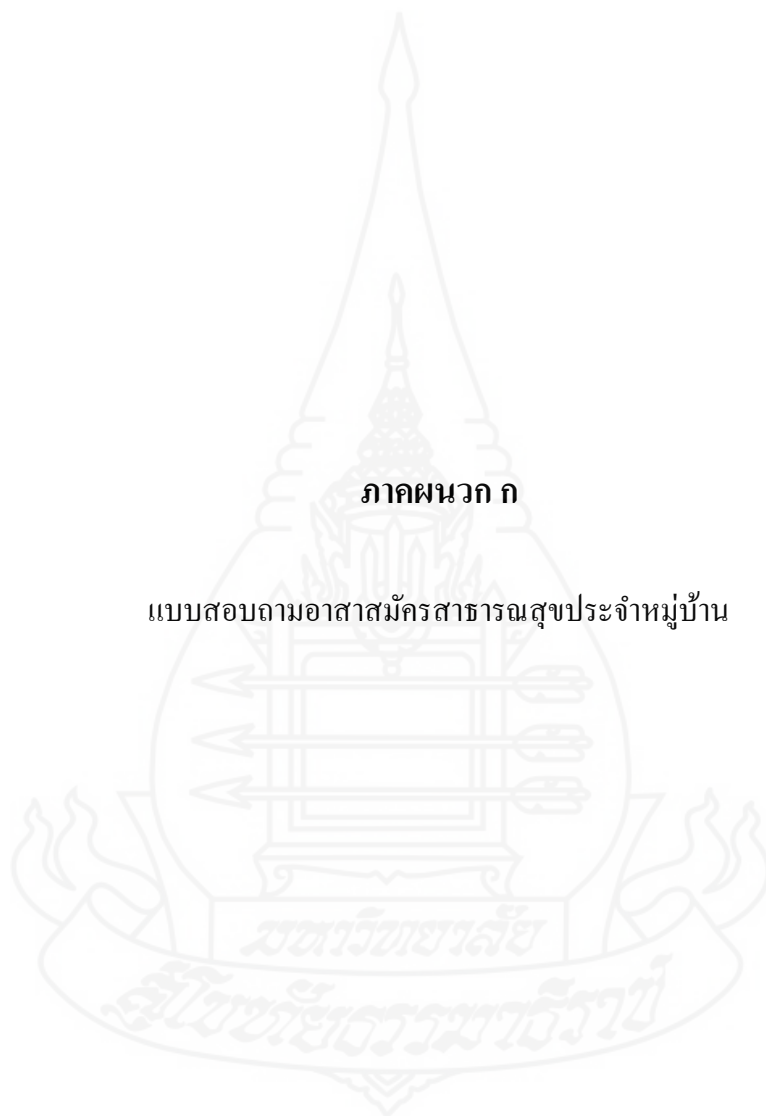
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. (2561). *กรมควบคุมโรค รมรงค์ประชาชนทราบค่าความดันโลหิต ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ย้อนหลัง 5 ปีมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นสูง*. สืบค้นจาก <https://www.riskcomthai.org/en/2017/detail.php?id=37454 m=media&gid=1-001-002>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553). *รายงานประจำปี 2553*. กรุงเทพฯ: ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (2562). ใน *เอกสารนำเสนอผู้ตรวจราชการ*. (อัคราณา).
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. (2562). ใน *เอกสารนำเสนอรับนิเทศน์งานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*. (อัคราณา).
- ศิริวิชญ์ เวชกิจ. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของกองช่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. สืบค้นจาก <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/5267/1/Fulltext.pdf>
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริน, ชุติพร เอกรัตน์, ชไมพร จินตคณาพันธ์ และอรวรรณ สัมภวานะ. (2558). *การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี*. สืบค้นจาก https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2558/issue_01/21_9.pdf
- เอกชัย กี่สูงพันธ์. (2538). *การบริหาร : ทักษะและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ.
- เอกรินทร์ โปตะเวช. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอศรี เชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สืบค้นจาก https://www.file:///C:/Users/Windows7/Downloads/j2_3_023.pdf
- อภิญา ศิริพิทยา. (2553). *แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน*. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 16(2), 311.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- อรวิรินทร์ โททกี. (2537). *รสเค็มในอาหารกับโรค*. กรุงเทพฯ: สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์.
- Shermerhorn, J.R., Hunt, J.G., & Osborn, R.N. (1994). *Managing organizational behavior*. (5th Ed.). NY: John Wiley & Sons.
- The World Health Organisation. (2017). *A Global Brief on Hypertension*. Silent Killer: Global.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () 1. ประถมศึกษา
 - () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น/ ปวช.
 - () 3. อนุปริญญาขึ้นไป
4. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย / หย่า / แยก
5. รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวของท่านรวมกัน โดยไม่หักค่าใช้จ่ายต่อเดือน
โดยเฉลี่ยประมาณ () 1. 5,000 บาท ลงมา
() 2. 5,001 – 15,000 บาท
() 3. 15,001 บาทขึ้นไป
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของท่าน ปี
7. ท่านมีโรคประจำตัว ได้แก่
 - () 1. โรคความดันโลหิตสูง
 - () 2. โรคเบาหวาน
 - () 3. โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - () 4. โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ ตามความเป็นจริง เพียงคำตอบเดียว
ที่ตรงกับความรู้ ความเข้าใจ หรือความเชื่อ ตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม		
2.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือผู้ที่มีค่าความดันโลหิตที่มีค่าตั้งแต่ 150/ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป		
3.	ความเครียด ความวิตกกังวลมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้		
4.	อาการปวดศีรษะ วิงเวียน ความเครียด นอนไม่หลับ มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง		
5.	การวัดความดันโลหิต ควรวัดต่อเมื่อมีอาการปวดศีรษะ		
6.	ถ้าไม่ควบคุมความดันโลหิตสูง อาจพบโรคแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวาย ไตวายได้		
7.	การออกกำลังกายมากๆ ยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูง		
8.	การรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ และออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้		
9.	การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต		
10.	การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือสารปรุงรสเป็นประจำ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง		
11.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ประเมินสถานการณ์ชุมชน วางแผน จัดกิจกรรมและประเมินผล การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง		
12.	ไม่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
13.	การจัดทำแผน/โครงการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงที่ดีต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน อสม. ผู้แทนกลุ่ม/ชมรม และประชาชนกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย		
14.	กระบวนการสำคัญในการนำแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไปสู่การปฏิบัติ คือ การสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติพร้อมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนทราบอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินกิจกรรมในแผนงาน/โครงการ		
15.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของหมู่บ้าน		
16.	การจัดการงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถหาได้จากหน่วยงานสาธารณสุขก็เพียงพอแล้วไม่จำเป็นต้องหาจากแหล่งทุนอื่นๆ		
17.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ในการสำรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง		
18.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ให้ความรู้และจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไม่เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
19.	การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ระหว่างการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สำเร็จต่อไป		
20.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาจเป็นหรือไม่เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงก็ได้		

**ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงตามความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยโดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเกือบทั้งหมด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเกือบทั้งหมด
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	การสนับสนุนด้านอารมณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี ทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว					
2.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความใกล้ชิดและ สนิทสนมกับท่าน					
3.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใย และเปิดโอกาสให้ท่านระบายความวิตกกังวล					
4.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญ กับท่าน					
5.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไว้วางใจในการทำงาน ของท่าน					
6.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับฟังความคิดเห็นของท่าน ในการทำงาน					

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
7.	<u>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</u> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามให้ข้อมูลในการทำงานกับท่านอย่างสม่ำเสมอ					
8.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เรียกประชุม เพื่อหา แนวทางแก้ไขบทบาทของท่านอยู่เสมอ					
9.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดอบรมให้ความรู้ โรคความดันโลหิตสูงแก่ท่านเป็นประจำ					
10.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจกเอกสารศึกษาเรื่อง โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมหลังการอบรม					
11.	ท่านได้รับข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
12.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดประชุม เพื่อแจ้ง ข่าวสารความเคลื่อนไหวในการปฏิบัติงานควบคุม และป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแก่ท่าน เป็นประจำทุกเดือน					
	<u>การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ</u> <u>งบประมาณและ บุคลากร</u>					
13.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดหาหนังสือหรือคู่มือ ในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงตามที่ท่านต้องการ					
14.	ท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างเพียงพอ					

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
15.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างเพียงพอ					
16.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ประสาน อสม. จากหมู่บ้านอื่นหรือตำบลอื่นๆ ในการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับท่าน					
17.	<u>การสนับสนุนด้านการประเมินผล</u> ท่านได้รับการนิเทศติดตามในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำสม่ำเสมอ					
18.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ประเมินผลในการปฏิบัติงานการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแก่ท่านอย่างสม่ำเสมอ					
19.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจ้งผลการปฏิบัติงานแก่ท่านเป็นระยะๆ					
20.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง					

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือให้ตรงตามความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเกือบทั้งหมด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเกือบทั้งหมด
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ด้านปัจจัยจูงใจ ท่านมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชนในหมู่บ้าน					
2.	ท่านสามารถแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจนความสำเร็จ					
3.	ท่านได้รับการยกย่องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบหรือดีเด่นในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง					
4.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การยอมรับนับถือ ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของท่านเป็นอย่างดี					
5.	ประชาชนในหมู่บ้านของท่านให้การยอมรับหรือยกย่องชมเชย ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของท่านเป็นอย่างดี					

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	ด้านปัจจัยจูงใจ (ต่อ)					
6.	ท่านสามารถปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจนบรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ตั้งไว้					
7.	การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ท่านมีโอกาสศึกษาหรือได้รับความรู้เพิ่มขึ้น					
8.	การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ท่านมีโอกาสเป็นกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด					
9.	การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ท่านมีโอกาสเป็นกรรมการชุมชน/ท้องถิ่น หรือผู้นำกลุ่มต่างๆ มากขึ้น					
10.	การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ท่านได้รับการอบรม/ประชุมเพื่อพัฒนาความรู้/ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น					
	ด้านปัจจัยค้ำจุน					
11.	ท่านคิดว่า ค่าตอบแทนต่างๆที่ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความเหมาะสมแล้ว					
12.	ท่านมีการความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อน อสม. ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง					

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
13.	ด้านปัจจัยคำจูง (ต่อ) ท่านมีการความสัมพันธ์อันดีกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูง					
14.	ท่านและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับ สวัสดิการ ช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสาธารณสุข					
15.	ท่านรู้สึกพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการทุนการศึกษา ของบุตร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการให้สิทธิพิเศษในการศึกษาต่อ ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ บุตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
16	กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ไว้ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติงาน					
17	ท่านมีทีมงาน วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อมในป้องกันและควบคุมโรคความดัน โลหิตสูง					
18	ท่านมีความรู้สึกมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน					

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อ	แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	ด้านปัจจัยคำจูง (ต่อ)					
19	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ความสามารถ เป็นที่ปรึกษาและให้การดูแลแก่ท่านในการ ปฏิบัติงานเป็นอย่างดี					
20	ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีประธาน และคณะกรรมการที่ช่วยเหลือให้ท่าน ได้รับความมั่นใจในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติงานโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือให้ตรงตามการปฏิบัติของท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติงานโรคความดันโลหิตสูงของท่านในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด
 เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเกือบทั้งหมด
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติด้วยและไม่เห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติไม่ตรงกับข้อความนั้นเกือบทั้งหมด
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติไม่ตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อ	การปฏิบัติงานโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ระดับการปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	<u>การเป็นแบบอย่าง</u> อสม. รับประทานอาหารผักผลไม้เป็นประจำ หลีกเลียง อาหารรสเค็ม ไขมันสูง และหวานจัด					
2.	อสม. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วันๆ ละ 20-30 นาที					
3.	อสม. สามารถหาวิธีจัดการความเครียดได้ และทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ หรือพูดคุย เพื่อปรับทุกข์กับผู้อื่น เป็นต้น					
4.	ท่านไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม ประเภทแอลกอฮอล์					
5.	<u>การจัดทำแผน</u> อสม. สำรวจและประเมินสถานการณ์โรคความดัน โลหิตสูงชุมชน					
6.	อสม. สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติงานโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(ต่อ)

ข้อ	การปฏิบัติงานโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ระดับการปฏิบัติ				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	การจัดทำแผน (ต่อ)					
7.	อสม. เป็นแกนนำจัดทำประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน					
8.	อสม. ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการ ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน					
	การจัดหางบประมาณ					
9.	อสม. เป็นแกนนำสำรวจแหล่งทุนด้านงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นทั้งในและนอกชุมชน					
10.	อสม. เป็นแกนนำจัดทำข้อมูล นำเสนอแผนฯ เขียนโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ					
11.	อสม. มีส่วนร่วมทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้สนับสนุนกับทีมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิต					
12.	อสม. ได้ร่วมประชุมทีมงาน/แกนนำเพื่อจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง					
	การจัดกิจกรรม					
13.	อสม. มีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ของประชาชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติงานโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(ต่อ)

ข้อ	การปฏิบัติงานโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ระดับการปฏิบัติ				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	การจัดกิจกรรม (ต่อ)					
14.	อสม. มีส่วนร่วมค้นหาปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง การให้คำแนะนำและการส่งต่อกลุ่มเสี่ยง/ เป็นโรคโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน					
15.	อสม. มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ 3๐2๕ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา)					
16.	อสม. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม หรือชมรมเพื่อป้องกันและควบคุม โรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน					
	การติดตามประเมินผล					
17.	อสม. มีส่วนร่วม ในการจัดระบบ และจัดทีม ติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน					
18.	อสม. มีส่วนร่วมกำหนดหัวข้อการประเมิน และ ออกติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน					
19.	อสม. มีส่วนร่วมในการสรุปผล และนำผลจากการ ประเมินมานำเสนอแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน					

ภาคผนวก ข

ข้อมูลรายประเด็นและรายชื่อ



ตารางที่ ผ.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ภาพรวม		ระดับ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	
การสนับสนุนด้านอารมณ์								
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความใกล้ชิดและสนิทสนมกับ อสม.	95 (33.93)	167 (59.65)	16 (5.71)	2 (0.71)	0 (0.0)	4.27	0.59	มาก
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นคุณค่า และให้ความสำคัญกับ อสม.	105 (37.50)	150 (53.57)	19 (6.79)	6 (2.14)	0 (0.0)	4.26	0.68	มาก
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาสให้ อสม. ระบายความวิตกกังวล	93 (33.21)	162 (57.86)	21 (7.50)	4 (1.43)	0 (0.0)	4.23	0.64	มาก
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับฟังความคิดเห็นของ อสม. ในการทำงาน	88 (31.43)	164 (58.57)	22 (7.86)	6 (2.14)	0 (0.0)	4.19	0.67	มาก
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไว้วางใจในการทำงานของ อสม.	84 (30.00)	164 (58.57)	27 (9.64)	2 (0.72)	3 (1.07)	4.16	0.70	มาก
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลเอาใจใส่ อสม. เป็นอย่างดี ทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว	87 (31.08)	156 (55.71)	20 (7.14)	17 (6.07)	0 (0.0)	4.12	0.78	มาก
รวมเฉลี่ยด้านอารมณ์	-	-	-	-	-	4.21	0.61	มาก
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร								
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ชักถามให้ข้อมูลในการทำงานกับ อสม. อย่างสม่ำเสมอ	97 (34.64)	174 (62.14)	8 (2.86)	1 (0.36)	0 (0.0)	4.31	0.54	มาก
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เรียกประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขบทบาทของ อสม. อยู่เสมอ	91 (32.50)	169 (60.36)	18 (6.43)	2 (0.71)	0 (0.0)	4.25	0.60	มาก

ตารางที่ ผ.1 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ภาพรวม		ระดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร								
(ต่อ)								
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัด อบรมให้ความรู้โรคความดัน โลหิตสูงแก่ อสม. เป็นประจำ	93 (33.21)	169 (60.36)	15 (5.36)	2 (0.71)	1 (0.36)	4.25	0.62	มาก
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัด ประชุมเพื่อแจ้งข่าวสาร ความเคลื่อนไหวในการ ปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงแก่ อสม. เป็นประจำ ทุกเดือน	101 (36.07)	147 (52.50)	27 (9.64)	5 (1.79)	0 (0.0)	4.23	0.69	มาก
5. อสม.ได้รับข้อมูลสถานการณ์ โรคความดันโลหิตสูงของ ประชาชนในชุมชนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	82 (29.29)	173 (61.79)	20 (7.14)	2 (0.71)	3 (10.71)	4.18	0.68	มาก
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจก เอกสารศึกษาเรื่องโรคความดัน โลหิตสูงเพิ่มเติมหลังการอบรม	75 (26.79)	181 (64.64)	16 (5.71)	8 (2.86)	0 (0.0)	4.15	0.65	มาก
รวมเฉลี่ยการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร	-	-	-	-	-	4.23	0.48	มาก
การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือ สิ่งของงบประมาณ และ บุคลากร								
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การ สนับสนุนงบประมาณที่ใช้ ในการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงอย่างเพียงพอ	73 (26.07)	176 (62.86)	28 (10.0)	3 (1.07)	0 (0.0)	4.15	0.61	มาก

ตารางที่ ผ.1 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ภาพรวม		ระดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	
การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือ สิ่งของงบประมาณ และ บุคลากร (ต่อ)								
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ประสาน อสม. จากหมู่บ้านอื่น หรือตำบลอื่นๆ ในการจัด กิจกรรมรณรงค์ป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับท่าน	71 (25.36)	181 (64.64)	25 (8.93)	3 (1.07)	0 (0.0)	4.14	0.60	มาก
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดหา หนังสือหรือคู่มือในการ ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามที่ อสม. ต้องการ	74 (26.43)	173 (61.79)	29 (10.36)	4 (1.42)	0 (0.0)	4.13	0.64	มาก
4. อสม. ได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างเพียงพอ	61 (21.79)	172 (61.42)	42 (15.0)	4 (1.43)	1 (0.36)	4.03	0.67	มาก
รวมเฉลี่ยด้านการสนับสนุน ด้านเครื่องมือหรือสิ่งของ งบประมาณ และ บุคลากร	-	-	-	-	-	4.11	0.60	มาก
การสนับสนุนด้านการประเมินผล								
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง การปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	87 (31.07)	178 (63.57)	12 (4.29)	1 (0.36)	2 (0.71)	4.24	0.61	มาก

ตารางที่ ผ.1 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ภาพรวม		ระดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	
การสนับสนุนด้านการประเมินผล								
(ต่อ)								
2. อสม.ได้รับการนิเทศติดตาม ในการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นประจำสม่ำเสมอ	74 (26.43)	184 (65.71)	22 (7.86)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.19	0.56	มาก
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ประเมินผลในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง แก่ อสม.อย่างสม่ำเสมอ	73 (26.07)	183 (65.36)	22 (7.86)	2 (0.71)	0 (0.0)	4.17	0.58	มาก
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจ้งผล การปฏิบัติงานแก่ อสม. เป็นระยะๆ	74 (26.43)	180 (64.29)	22 (7.86)	4 (1.42)	0 (0.0)	4.16	0.61	มาก
รวมเฉลี่ยด้านการสนับสนุน	-	-	-	-	-	4.19	0.58	มาก
ด้านการประเมินผล								
รวมเฉลี่ยทุกด้าน	-	-	-	-	-	4.19	0.55	มาก

จากตารางที่ ผ.1 เมื่อวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.23$) รองลงมา ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 4.21$) การสนับสนุนด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 4.19$) และการสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของงบประมาณและบุคลากร ($\bar{X} = 4.11$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ อยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามให้ข้อมูลในการทำงานกับ อสม. อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.31$) รองลงมา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความใกล้ชิดและสนิทสนมกับ อสม. ($\bar{X} = 4.27$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นคุณค่า และให้ความสำคัญกับ อสม. ($\bar{X} = 4.26$)

ตารางที่ ผ.2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน รายข้อ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ภาพรวม		
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านปัจจัยจูงใจ								
1. การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ อสม. ได้รับความรอบรรม/ประชุมเพื่อพัฒนาความรู้/ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น	94 (33.57)	173 (61.79)	13 (4.69)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.29	0.55	มาก
2. การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ อสม. มีโอกาสศึกษาหรือได้รับความรู้เพิ่มขึ้น	86 (30.71)	165 (58.93)	23 (8.21)	5 (1.79)	1 (0.36)	4.18	0.68	มาก
3. อสม. มีความเชื่อมั่นในความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชนในหมู่บ้าน	62 (22.14)	171 (61.07)	45 (16.07)	2 (0.72)	0 (0.0)	4.05	0.64	มาก
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การยอมรับนับถือ ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. เป็นอย่างดี	62 (22.14)	152 (54.29)	59 (21.07)	7 (2.50)	0 (0.0)	3.96	0.73	มาก

ตารางที่ ผ.2 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ภาพรวม		
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านปัจจัยจูงใจ (ต่อ)								
5. การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านทำให้ อสม. มีโอกาสเป็นกรรมการชุมชน ท้องถิ่นหรือผู้นำกลุ่มต่างๆ มากขึ้น	54 (19.29)	168 (60.00)	51 (18.22)	6 (2.13)	1 (0.36)	3.96	0.70	มาก
6. ประชาชนในหมู่บ้านของ อสม. ให้การยอมรับ หรือยกย่องชมเชย ในการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของท่านเป็นอย่างดี	51 (18.21)	151 (53.93)	72 (25.72)	4 (1.43)	2 (0.71)	3.88	0.74	มาก
7. อสม. สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จนความสำเร็จ	49 (17.50)	142 (50.72)	86 (30.71)	3 (1.07)	0 (0.0)	3.85	0.71	มาก
8. อสม. สามารถปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จนบรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ตั้งไว้	49 (17.50)	144 (51.43)	81 (28.93)	4 (1.43)	2 (0.71)	3.84	0.75	มาก
9. การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านทำให้ อสม. มีโอกาสเป็นกรรมการอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับ ตำบล อำเภอและระดับจังหวัด	51 (18.21)	146 (52.14)	71 (25.36)	12 (4.29)	0 (0.0)	3.84	0.76	มาก
10. อสม. ได้รับการยกย่องเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบ หรือดีเด่นในการป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	41 (14.64)	138 (49.29)	94 (33.57)	7 (2.50)	0 (0.0)	3.76	0.72	มาก
รวมค่าเฉลี่ยด้านปัจจัยจูงใจ	-	-	-	-	-	3.96	0.59	มาก

ตารางที่ ผ.2 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ภาพรวม		ระดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	
ด้านปัจจัยคำจูน								
1. อสม. และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการ ช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารจาก โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ สาธารณสุข	122 (43.57)	128 (45.72)	27 (9.69)	2 (0.71)	1 (0.36)	4.31	0.70	มาก
2. อสม. คิดว่า ค่าตอบแทนต่างๆ ที่ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความเหมาะสมแล้ว	105 (37.50)	152 (54.29)	20 (7.14)	3 (1.07)	0 (0.0)	4.28	0.64	มาก
3. อสม. มีการความสัมพันธ์อันดี กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูง	97 (34.64)	163 (58.22)	17 (6.07)	3 (1.07)	0 (0.0)	4.26	0.62	มาก
4. อสม. มีการความสัมพันธ์อันดี กับเพื่อนอสม. ในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดัน โลหิตสูง	91 (32.50)	170 (60.71)	17 (6.08)	2 (0.71)	0 (0.0)	4.25	0.59	มาก
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ ความสามารถเป็นที่ปรึกษา และให้การดูแลแก่ อสม. ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี	94 (33.57)	163 (58.21)	18 (6.43)	5 (1.79)	0 (0.0)	4.24	0.65	มาก
6. กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด บทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ป้องกันและควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงไว้ชัดเจน ง่ายต่อการ ปฏิบัติงาน	88 (31.43)	169 (60.36)	17 (6.07)	6 (2.14)	0 (0.0)	4.21	0.65	มาก

ตารางที่ ผ.2 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ภาพรวม		ระดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	
ด้านปัจจัยด้าน								
7. อสม.รู้สึกพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการ ทุนการศึกษาของบุตร อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ การให้สิทธิพิเศษในการศึกษาต่อ ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและบุตรอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	91 (32.50)	151 (53.93)	33 (11.79)	4 (1.42)	1 (0.36)	4.17	0.71	มาก
8. ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน มีประธาน และคณะกรรมการที่ช่วยเหลือ ให้ อสม.ได้รับความมั่นใจในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	81 (28.93)	165 (58.93)	32 (11.43)	2 (0.71)	0 (0.0)	4.16	0.64	มาก
9. อสม. มีความรู้สึกมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน	66 (23.57)	173 (61.79)	38 (13.57)	3 (1.07)	0 (0.0)	4.08	0.64	มาก
10. อสม.มีทีมงาน วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก พร้อมในป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูง	63 (22.50)	168 (60.00)	46 (16.43)	3 (1.07)	0 (0.0)	4.04	0.66	มาก
รวมค่าเฉลี่ยด้านปัจจัยด้าน	-	-	-	-	-	4.20	0.61	มาก
รวมค่าเฉลี่ยทุกด้าน	-	-	-	-	-	4.08	0.60	มาก

จากตารางที่ ผ.2 เมื่อวิเคราะห์ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านปัจจัยด้าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.20$) รองลงมา ด้านปัจจัยจูงใจ ($\bar{X} = 3.96$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ อยู่ในระดับมากทุกข้อ

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ อสม. และบุคคลในครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.31$) ($\bar{X} = 4.31$) รองลงมา การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ อสม. ได้รับการอบรม/ประชุม เพื่อพัฒนาความรู้/ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชน ป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น ($\bar{X} = 4.29$) และค่าตอบแทนต่างๆ ที่จ่ายให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความเหมาะสมแล้ว ($\bar{X} = 4.28$)

ตารางที่ ผ.3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับ การปฏิบัติงาน ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายชื่อ

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					ภาพรวม		ระดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	
การเป็นแบบอย่าง								
1. อสม. รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ไขมันสูง และหวานจัด	104 (37.14)	156 (55.71)	12 (4.29)	8 (2.86)	0 (0.0)	4.27	0.67	มาก
2. อสม. สามารถหาวิธีจัดการความเครียดได้ และทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ หรือพูดคุยเพื่อปรับทุกข์กับผู้อื่นเป็นต้น	86 (29.29)	179 (63.93)	17 (6.07)	2 (0.71)	0 (0.0)	4.22	0.58	มาก
3. อสม. ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์	117 (41.79)	116 (41.43)	24 (8.57)	13 (4.64)	10 (3.57)	4.13	0.99	มาก
4. อสม. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วันๆ ละ 20-30 นาที	74 (26.43)	160 (57.14)	41 (14.64)	4 (1.43)	1 (0.36)	4.08	0.70	มาก
รวมค่าเฉลี่ยด้านการเป็นแบบอย่าง						4.18	0.65	มาก

ตารางที่ ผ.3 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					ภาพรวม		
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การจัดทำแผน								
1. อสม. สำรวจพฤติกรรมเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงของ ประชาชน	65 (23.21)	179 (63.93)	32 (11.43)	4 (1.43)	0 (0.0)	4.09	0.63	มาก
2. อสม. ร่วมจัดทำแผนงาน/ โครงการ ป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงของ ชุมชน	63 (22.50)	175 (62.50)	39 (13.93)	3 (1.07)	0 (0.0)	4.06	0.63	มาก
3. อสม. เป็นแกนนำจัดทำ ประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดกิจกรรมในการ ป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงในชุมชน	51 (18.22)	171 (61.07)	52 (18.57)	6 (2.14)	0 (0.0)	3.95	0.67	มาก
4. อสม. สำรวจและประเมิน สถานการณ์โรคความดันโลหิต สูงชุมชน	68 (24.29)	179 (63.93)	28 (10.00)	3 (1.07)	2 (0.71)	4.10	0.66	มาก
รวมค่าเฉลี่ยด้านการจัดทำแผน						4.05	0.62	มาก
การจัดหางบประมาณ								
1. อสม. มีส่วนร่วมทำข้อตกลง ร่วมกันระหว่างผู้สนับสนุน กับทีมดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิต	52 (18.57)	180 (64.29)	36 (12.85)	8 (2.86)	4 (1.43)	3.96	0.74	มาก
2. อสม. ได้ร่วมประชุมทีมงาน/ แกนนำเพื่อจัดสรรงบประมาณ ที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรม การป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูง	53 (18.93)	167 (59.64)	53 (18.93)	7 (2.50)	0 (0.0)	3.95	0.69	มาก

ตารางที่ ผ.3 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					ภาพรวม		ระดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	
การจัดหางบประมาณ (ต่อ)								
3. อสม. เป็นแกนนำสำรวจ แหล่งทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นทั้งใน และนอกชุมชน	45 (16.07)	135 (48.22)	76 (27.14)	20 (7.14)	4 (1.43)	3.70	0.87	มาก
4. อสม. เป็นแกนนำจัดทำข้อมูล นำเสนอแผนฯ เขียนโครงการ ของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ	39 (13.93)	142 (50.71)	81 (28.93)	13 (4.64)	5 (1.79)	3.70	0.83	มาก
รวมค่าเฉลี่ยด้านการจัด หางบประมาณ						3.83	0.59	มาก
การจัดกิจกรรม								
1. อสม. มีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ได้แก่ 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี สุรา)	86 (30.71)	170 (60.71)	19 (6.79)	4 (1.43)	1 (0.36)	4.20	0.65	มาก
2. อสม. มีส่วนร่วมในการรวบรวม ข้อมูลประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของ ประชาชนเพื่อป้องกันและ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	69 (24.64)	175 (62.50)	33 (11.79)	3 (1.07)	0 (0.0)	4.11	0.63	มาก
3. อสม. มีส่วนร่วมค้นหา ปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง การให้คำแนะนำและการส่งต่อ กลุ่มเสี่ยง/เป็นโรคโรคความดัน โลหิตสูงของประชาชน	64 (22.85)	178 (63.57)	33 (11.79)	4 (1.43)	1 (0.36)	4.07	0.66	มาก

ตารางที่ ผ.3 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ					ภาพรวม		
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การจัดหางบประมาณ (ต่อ)								
4. อสม. มีส่วนร่วมในการ สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มหรือ ชมรมเพื่อป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	55 (19.64)	184 (65.72)	34 (12.14)	7 (2.50)	0 (0.0)	4.03	0.65	มาก
รวมค่าเฉลี่ยด้านการจัดกิจกรรม						4.10	0.55	มาก
การติดตามประเมินผล								
1. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดระบบ และจัดทีมติดตามการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน	49 (17.50)	188 (67.14)	37 (13.21)	5 (1.79)	1 (0.36)	4.00	0.64	มาก
2. อสม. มีส่วนร่วมกำหนดหัวข้อ การประเมิน และออกติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน	56 (20.00)	171 (61.07)	49 (17.50)	4 (1.43)	0 (0.0)	4.00	0.66	มาก
3. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดเวที เสนอผลป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงในชุมชน ให้ชุมชนทราบ	55 (19.64)	163 (58.21)	54 (19.29)	7 (2.50)	1 (0.36)	3.94	0.72	มาก
4. อสม. มีส่วนร่วมในการสรุปผล และนำผลจากการประเมิน มา นำเสนอแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน	49 (17.50)	169 (60.35)	57 (20.36)	4 (1.43)	1 (0.36)	3.93	0.68	มาก
รวมค่าเฉลี่ยด้านการติดตาม ประเมินผล						3.97	0.65	มาก
รวมเฉลี่ยทุกด้าน	-	-	-	-	-	4.02	0.78	มาก

จากตารางที่ ผ.3 เมื่อวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านการเป็นแบบอย่าง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.18$) รองลงมา ด้านการจัดกิจกรรม ($\bar{X} = 4.10$) และด้านการจัดทำแผน ($\bar{X} = 4.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ อยู่ในระดับมากทุกข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ อสม. รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ไขมันสูง และหวานจัด ($\bar{X} = 4.27$) อสม. สามารถหาวิธีจัดการความเครียดได้ และทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ หรือพูดคุยเพื่อปรับทุกข์กับผู้อื่น เป็นต้น ($\bar{X} = 4.22$) และ อสม. มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ได้แก่ 3๖2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา) ($\bar{X} = 4.20$)



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางฉันทภา คัชมาตย์
วัน เดือน ปีเกิด	16 กุมภาพันธ์ 2512
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา พ.ศ. 2541
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่รอบใต้ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

