

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการจัดบริการ  
สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด  
ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

นางนันทน์ภัส สิริสราญลักษณ์



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2553

**The Hypertension Patient's Care by Using the Primary Health Care Model  
of Tambon Hadkruad Health Promotion Hospital, Ampur Muang  
Uttaradit Province**

**Mrs. Nananpus Sirisaranlak**

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2010

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการจัด  
บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด  
ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี  
ชื่อและนามสกุล นางนันทน์ภัส ศิริสรณลักษณ์  
แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์  
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. พาณี สีตกะลิน

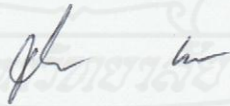
การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2554

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



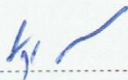
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พาณี สีตกะลิน)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์)



(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์และความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ได้ให้คำแนะนำและการจัดทำกรวิจัยและสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ รองศาสตราจารย์ ดร. พานิช สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และติดตามการศึกษาค้นคว้าอิสระอย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ กรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่ดีสำหรับการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณชาญชัย เหล็กคำ สาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ ที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ จักรกฤษณ์ พิณญาพนธ์ รองศาสตราจารย์คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์ อาจารย์ศรีบุญเรือนจันทร์ อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ อาจารย์แพทย์หญิงกนกวรรณ สิริวิรัชธรรม อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อาจารย์ศุภราภรณ์ ทองสุขแก้ว อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ ที่ได้ให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมวิจัยที่เสียสละเวลาในการทำงานของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

นันท์นภัส ศิริสรณลักษณ์

พฤษภาคม 2554

**ชื่อการศึกษา** คั่นคว้ออิสระ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

**ผู้ศึกษา** นางนันทน์ภัส ศิริสรานุกฤษณ์ **รหัสนักศึกษา** 2525000457 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์ ดร. พานิช สีตกะลิน **ปีการศึกษา** 2553

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพ (2) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังการใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพ และ (3) เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 102 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันมากกว่า 140/190 มิลลิเมตรปรอท 2) ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 3) ผู้ป่วยที่มารับยาไม่สม่ำเสมอ และ 4) ผู้ป่วยที่ผิคนัด จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติดังนี้ มีระดับความดันมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และไม่มารับยาสม่ำเสมอ และที่ผิคนัดการตรวจมากกว่า 3 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม และรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.78 ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2554 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า (1) ก่อนใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และด้านการใช้ยารักษาโรค อยู่ในระดับปานกลาง (2) หลังการใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยตนเองด้านการควบคุมอาหาร ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และการใช้ยารักษาโรค อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (3) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และด้านการใช้ยารักษาโรคเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ส่วนด้านการออกกำลังกายไม่มีการเปลี่ยนแปลง คือ อยู่ในระดับปานกลาง

**คำสำคัญ** การดูแลสุขภาพ รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
กิตติกรรมประกาศ .....	จ
สารบัญตาราง .....	ซ
สารบัญภาพ .....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์ของการศึกษา .....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	6
สมมุติฐานของการศึกษา .....	7
ประโยชน์ที่ได้รับ .....	7
นิยามศัพท์ .....	7
บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
โรคความดันโลหิตสูง .....	10
ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล .....	22
ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ .....	29
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ .....	36
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม .....	41
หน่วยบริการปฐมภูมิ .....	61
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	74
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	78
รูปแบบการศึกษา .....	78
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	79
การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการเข้าร่วมการวิจัย .....	80
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา .....	80
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	89
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	91

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	92
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการวิเคราะห์	
ผลการตรวจทางร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง .....	92
ผลการวิเคราะห์ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	
ก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	
ตำบลหาดกรวด .....	96
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการรับบริการ	
ในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด	
ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ .....	98
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	104
สรุปการวิจัย .....	104
อภิปรายผล .....	107
ข้อเสนอแนะ .....	108
บรรณานุกรม .....	110
ภาคผนวก .....	115
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	116
ข แบบสอบถาม .....	118
ประวัติผู้ศึกษา .....	128

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	ชนิดความดันโลหิตสูงตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ..... 12
ตารางที่ 3.1	ข้อคำถามทางบวก และข้อคำถามทางลบของแบบสอบถามก่อน และหลังการใช้ โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ..... 82
ตารางที่ 3.2	การจัดโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด ..... 83
ตารางที่ 3.3	แบบประเมินพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ..... 87
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ..... 93
ตารางที่ 4.2	การวิเคราะห์ผลการตรวจทางร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ..... 95
ตารางที่ 4.3	ผลการวิเคราะห์ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด ..... 97
ตารางที่ 4.4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการ รับบริการ ในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ..... 98
ตารางที่ 4.5	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการ สุขภาพ ในด้านการควบคุมอาหาร ..... 99
ตารางที่ 4.6	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการ สุขภาพ ในด้านการออกกำลังกาย ..... 100
ตารางที่ 4.7	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการ สุขภาพ ในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ..... 101
ตารางที่ 4.8	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดัน โลหิตสูง ในด้านการใช้ยารักษาโรค ..... 102



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	6
ภาพที่ 2.1 รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม .....	59



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีต อาชีพของคนไทยส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร ซึ่งมีการดำรงชีวิตแบบเรียบง่าย กินอยู่อย่างไทย ทำให้สถิติการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำ แต่ในสภาวะปัจจุบันความเจริญทางด้าน เศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนไทยเกิดความเครียดส่งผลให้สถิติการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคในกลุ่มโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกในอันดับต้น ๆ และนับวันโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (World Health Organization, 2008) จากรายงานความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกในปี ค.ศ. 2000 พบความชุกร้อยละ 26.4 ของประชากรโลก ในปี ค.ศ. 2007 พบความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 29 (Kotchen, 2007) และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็นร้อยละ 60 (Kearney, Whelton, Reynolds, Muntner, & He, 2005) สำหรับประเทศไทย สถิติของจำนวนและอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน พบว่าโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองนั้น ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่สูงเป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและเนื้องอก อุบัติเหตุและการเป็นพิษ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุด้วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมักมีความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีภาวะทางสุขภาพด้อยกว่าคนปกติคนอื่น ๆ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อลดและป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้น มีหลายวิธีด้วยกัน แต่วิธีที่ถือว่าเป็นมาตรฐานสากลและได้รับการยอมรับทั่วโลก ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) ร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท วิธีนี้เกิดจากข้อสรุปของคณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นสรุปรายงานฉบับที่ 7 (The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure [JNC VII]) (Chobanian

et al., 2003) เช่นเดียวกับประเทศทางยุโรป ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แล้วพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการกับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2001) ได้แก่ 1) การรับประทานยาตามแผนการรักษา 2) การลดปริมาณโซเดียมคลอไรด์ลงให้เหลือน้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน 3) การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ ไขมันที่ไม่อิ่มตัว และการลดการรับประทานไขมันที่อิ่มตัว (Diet Approach Stop Hypertension [DASH]) 4) การลดน้ำหนัก 5) การงดเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ และ 6) การออกกำลังกาย วิธีการต่าง ๆ วิธีต่าง ๆ เหล่านี้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในประเทศไทย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) ได้บูรณาการวิธีการควบคุมความดันโลหิตดังกล่าวลงไปในแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อให้แพทย์และพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการควบคุมโรค อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการนำแนวทางการควบคุมโรคทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ก็ยังมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากรโรคนี้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (personal factor) เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care ability) และปัจจัยด้านการจัดการของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์และ ดวงกมล จันทร์นิมิตร, 2542, อ้างใน มยุรี มูลสวัสดิ์, 2548)

ดังนั้น สาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลกร้อยละ 60 นั้น พบว่าเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง (องค์การอนามัยโลก, ค.ศ.2005) นอกจากนี้ยังพบโรคที่มีอัตราป่วย อัตราการเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความพิการ ได้แก่ โรคผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 : 2549 - 2554) จากการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีจำนวนไม่ถึงร้อยละ 20 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2545) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่น ๆ เช่น หลอดเลือดแดง หัวใจ สมอและจอตา ทำให้เกิดความพิการตามมา โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (JNC, 1993 อ้างใน ปรานี มหาศักดิ์พันธ์, 2538) นอกจากการรับประทานยา เพื่อลดความดันโลหิต และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง สามารถทำโดยตนเองซึ่งการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง (Orem, 1995 : 106)

คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มว่า เป็นปัญหาของงานสาธารณสุขสุข จังหวัดอุดรดิศด้น ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 469,389 คน ส่วนประชากรที่อาศัย

อยู่อำเภอเมือง มีจำนวน 153,544 คน พบว่าปัญหาโรคไม่ติดต่อโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาของจังหวัดอุดรดิตถ์ เมื่อพิจารณาย้อนไปในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2552 ของจังหวัดอุดรดิตถ์นั้น พบผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจมากเป็นอันดับ 1 มีอัตราผู้ป่วย 43,227.79 คน ต่อแสนประชากร โรคที่พบรองลงมา ได้แก่ โรกระบบไหลเวียนเลือด และโรกระบบย่อยอาหาร มีอัตราผู้ป่วย 37,325.66 และ 23,421.22 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง พบร้อยละ 59.67 ต่อประชากร 100,000 คน สาเหตุการเสียชีวิตลำดับรองลงมา ได้แก่ เบาหวานและหัวใจล้มเหลว (อัตราร้อยละ 45.93) และโรกระบบหายใจ (อัตราร้อยละ 38.14) ตามลำดับ ในจังหวัดอุดรดิตถ์นั้น ประชากรมีความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันทั้งการบริโภค และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนในเขตอำเภอเมืองนั้น ประชากรมีพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลตำบล การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวดภายใต้กระทรวงสาธารณสุขรูปแบบบริการตามแนวทางจากส่วนกลาง ซึ่งยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปี 2553 ตำบลหาคกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประชากรที่รับผิดชอบดูแลทั้งหมด จำนวน 7,852 คน และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวดนั้น มีประชากรที่รับผิดชอบดูแลทั้งหมด จำนวน 4,500 คน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งฝึกงานให้กับนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และยังมีแพทย์จาก โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดอุดรดิตถ์ ให้บริการตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ในวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ มีบริการตรวจ และเยี่ยมบ้านกรณีพบปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวดได้ ซึ่งให้บริการทั้งพื้นที่ในเขตให้บริการและนอกเขตให้บริการที่ใกล้เคียง ซึ่งในเขตพื้นที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวดรับผิดชอบนั้น พบว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป็นสาเหตุของการป่วยโรกระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งพบเป็นอันดับ 2 ของอัตราการป่วย (รง.504) และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากสถิติของงานเวชระเบียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวด พบอัตราการการป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 9,111 คน ต่อแสน ประชากร ซึ่งมีจำนวนของการรับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 5.67 ปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการการป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9,256 คนต่อแสนประชากร ซึ่งมีจำนวนของการรับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 6.11 และปี พ.ศ. 2552 พบอัตราการการป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9,325 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีจำนวนของการรับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในคลินิก

โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 7.00 ต่อมลำดับ (งานเวชระเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด, 30 กันยายน พ.ศ. 2552) นอกจากนี้ยังพบปัญหาของผู้ป่วย ร้อยละ 25 ต่อผู้ป่วยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2552 ที่ไม่มารับยาตามนัด ผู้ป่วยขาดยา เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความแออัดของวันรับบริการในคลินิก

จากสภาพปัญหาที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบปัญหาความแออัดของผู้ป่วยที่ต้องรอรับบริการนาน ปัญหาการขาดยา ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ ทั้งนี้จึงต้องดำเนินงานโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำเขตมาร่วมมาช่วยในวันงานคลินิกเรื้อรัง แต่ยังคงพบปัญหาอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความเชี่ยวชาญ จึงต้องมีการจัดอบรมให้กับอาสาสมัคร เพื่อพัฒนาทักษะให้เกิดความเชี่ยวชาญในการควบคุมโรคเรื้อรัง โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนปีละ 1 ครั้ง และการฝึกปฏิบัติงานในหน่วยบริการจนอาสาสมัครเกิดความชำนาญ และการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน และได้ศึกษารูปแบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่เคยดำเนินการมาก่อนที่ประสบผลสำเร็จ คือ การใช้โปรแกรมการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของสามีภรรยาต่อความผูกพันครอบครัว โปรแกรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันใช้ทฤษฎีการสื่อสารทางบวกและลบ และโปรแกรมการติดตามสังเกตพฤติกรรมที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพ และวิเคราะห์ปัญหาครอบครัว มาแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาคอรัว และได้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมครอบครัวขึ้นจนทำให้ปัญหาในเรื่องคอรัวลดลง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้วิธีการบริการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผู้รับบริการมีส่วนในการจัดบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่บ้านและบริการเตือนก่อนนัด การส่งข้อความ หรือผ่านเครือข่ายผู้ดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด และมีชมรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อมีเพื่อนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นรูปแบบแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้มีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้น โดยระดับความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 130 -140 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 60-80 มิลลิเมตรปรอท เพื่อให้การใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงลดลง จำนวนครั้งพบแพทย์ลดลง ลดต้นทุนในการบริการ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งรูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบเดิม ผู้ป่วยจะมารับบริการจากโรงพยาบาลจังหวัด และได้มีการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท กลับมารับบริการต่อที่สถานบริการใกล้บ้าน และเมื่อมีข้อบ่งชี้

กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีการส่งกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งรูปแบบเดิมนี้อาจตั้งรับที่สถานบริการเน้นการให้บริการในสถานบริการเป็นหลัก จึงพบปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดยา ไม่มารับบริการตามนัด เกิดความแออัด ควบคุมปริมาณผู้ป่วยในแต่ละวันไม่ได้ และปัญหาที่สำคัญพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นทำให้แพทย์ต้องเพิ่มปริมาณการใช้ยา ระยะเวลาการนัดเร็วขึ้น

จากปัญหารูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเดิมดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยคิดและจัดโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งประยุกต์รูปแบบดังกล่าว และรูปแบบการให้บริการปฐมภูมิที่ให้ผู้รับบริการ เน้นการเยี่ยมบ้าน และการสร้างเครือข่ายดูแล จึงเป็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวดนั้น จะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม บริการเยี่ยมบ้าน และการบริการเตือนก่อนนัด การส่งข้อความ หรือผ่านเครือข่ายดูแลชมรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

## 2. คำถามการวิจัย

การจัด โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูงตำบลหาดกรวด หรือไม่ อย่างไร

## 3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

3.1 เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด

3.2 เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด

3.3 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด

#### 4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 5. สมมุติฐานของการศึกษา

5.1 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน

5.2 หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแต่ละด้านสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ

## 6. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการรับบริการในโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 40 คนที่มารับบริการ

## 7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในคลินิกความดันโลหิตสูง

7.2 ให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้ความสามารถวิเคราะห์ตนเองต่อการรับรู้และปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยได้ถูกต้อง

7.3 ส่งเสริมทักษะพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองสามารถอยู่ได้อย่างมีความสุข

## 8. นิยามศัพท์

8.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด

8.2 ความรู้โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแรงดันในหลอดเลือดขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันเลือดของหัวใจขณะคลายตัว (diastolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท



**8.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง** หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อลดภาวะความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การดูแลได้แก่

- ด้านการควบคุมอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป
- ด้านการให้ยารักษาโรค

**8.4 โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง** หมายถึง การบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดย ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม วิธีสอนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning : PL) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health care) สังเกตพฤติกรรมขณะอยู่ที่บ้านของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ ของผู้ป่วยนอก และระบบเตือนก่อนนัดส่งข้อความหรือส่งหนังสือ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผ่านเครือข่ายดูแล เป็นต้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุข

- จัดตั้งชมรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- ศูนย์กลางติดตามในชุมชน โดยอสม.
- กิจกรรมของชมรม

**8.5 โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อเนื้อที่บ้าน** หมายถึง การจัดโปรแกรมการบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดูแลสุขภาพที่บ้านได้ด้วยตนเอง โดยจัดให้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง และมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะอยู่บ้าน โดยทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ

**8.6 เครือข่ายและการดำเนินงาน** หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดำเนินการจัดตั้งศูนย์ จัดตั้งชมรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ศูนย์กลางติดตามในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และกิจกรรมของชมรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

**8.7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม** หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้นำประสบการณ์ หรือความรู้เดิมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองมาแลกเปลี่ยนโดยวิธีการพูดคุยและเขียน การใช้ตัวแบบชักจูง กระตุ้นอารมณ์ ให้การเกิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกิดความคิดรวบยอด สรุปเป็นข้อคิดเห็นของกลุ่มและนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมที่ได้ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้และการปฏิบัติได้ดี

**8.8 โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางบวก โดยวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มใหญ่เป็นเวลา 3 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมแบบรายบุคคลที่บ้านเพื่อติดตามและสังเกตการปฏิบัติของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านคนละ 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกแบบกลุ่มย่อยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยาและการตรวจตามนัด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ด้วยวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการแสดงบทบาทสมมุติ เป็นเวลา 3 ชั่วโมง



## บทที่ 2

### ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บริการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บริการเยี่ยมบ้าน และบริการเตือนก่อนนัด ส่งข้อความ หรือส่งหนังสือผ่านเครือข่ายดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหาคกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยได้ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
  - มาตรฐานการเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน
  - การสร้างเครือข่ายสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
6. หน่วยบริการปฐมภูมิ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคความดันโลหิตสูง

##### 1.1 ความหมาย

ความดันโลหิตสูง เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังและโรคนี้สามารถดำเนินไปสู่ภาวะวิกฤตได้ องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูงว่าหมายถึง การที่มีค่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (WHO-ISH, 1999; chobanian et al., 2003) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะใช้ค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นเกณฑ์บ่งชี้การป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินเพื่อจำแนกตามระดับความดันโลหิตโดยคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee –VII [JNC VII], 2003) ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อระบุการป่วยและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้ คือการจำแนกตามระดับความดันโลหิตและจำแนกตามความรุนแรงความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะสำคัญ

### 1.1.1 จำแนกตามระดับความดันโลหิต แบ่งได้ 4 ระดับคือ

- 1) ความดันโลหิตปกติ (*normal*) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท
- 2) ระยะเวลาความดันโลหิตสูง (*pre-hypertension*) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท
- 3) ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (*stage 1 hypertension*) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท
- 4) ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (*stage 2 hypertension*) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

1.1.2 จำแนกตามความรุนแรงความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และตา (Joint National Committee [JNC] as cited in Chobabian et al., 2003) แบ่งได้ เป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ
- 2) ความรุนแรงระดับที่ 2 เมื่อพบความเสื่อมของอวัยวะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้
  - (1) หัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) โต โดยการตรวจร่างกายเอกซเรย์ทรวงอกหรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น
  - (2) หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินา (retina) มีการตีบ โดยทั่วไปหรือบางส่วน
  - (3) ระดับไข่ขาวในปัสสาวะหรือครีอะตินิน (creatinine) ในเลือดสูงผิดปกติ

3) ความรุนแรงระดับที่ 3 พบว่ามีอาการและอาการแสดงการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ สำคัญ ได้แก่

- (1) ภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure: CHF)
- (2) อัมพาตจากเลือดออกในเนื้อสมอง หรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (hypertensive encephalopathy)
- (3) ความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตาในระดับ 3 หรือ 4 (hypertensive retinopathy grad 3 หรือ grad 4)
- (4) ภาวะไตวาย ตรวจพบ ครีเอตินิน มากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ความดันโลหิตสูงแบ่งตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ชนิดความดันโลหิตสูงตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (มิลลิเมตร ปรอท)

ชนิดของความดันโลหิต	ซิสโตลิก	ไดแอสโตลิก
ค่าปกติ	น้อยกว่า 130	น้อยกว่า 85
ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ	130 – 139	85 – 89
ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย	140 – 159	90 – 99
ความดันโลหิตสูงปานกลาง	160 – 179	100 – 109
ความดันโลหิตสูงรุนแรง	มากกว่า หรือเท่ากับ 180	มากกว่าหรือเท่ากับ 110

ที่มา : องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999)

## 1.2 สาเหตุของความโลหิตสูง

ศูนย์ควบคุมการทำงานของหลอดเลือดในส่วนเมดูลลา (medulla) ของสมองควบคุมการทำงานระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ซึ่งมีกระแสประสาทอยู่ในไขสันหลังระดับอกและท้อง มีระบบฮอร์โมนที่ควบคุมโดยต่อมพิทูอิแทรี (pituitary gland) และการควบคุมน้ำเกลือแร่โดยไต เมื่อมีสิ่งมากระทบต่อระบบหลอดเลือดจากสาเหตุใดก็ตาม ส่วนของพิทูอิแทรีด้านหน้า (anterior pituitary gland) จะหลั่งฮอร์โมน ACTH (adrenocorticotrophic hormone) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนคอร์เท็กซ์ (cortex) หลั่งสารคอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) มีผล

ต่อการหดตัวของหลอดเลือดและอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ทำให้หลอดเลือดที่ไตมีการไหลเวียนลดลงส่งผลให้มีการกรองของเสียในหน่วยกรองไตลดลง ซึ่งภาวะดังกล่าวจะกระตุ้นการทำงานของเรนิน (renin) ให้เปลี่ยนแปลงแองจิโอเทนซิน (angiotensin) มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดโดยตรง และส่งผลให้ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนคอร์เท็กซ์ (cortex) ให้หลั่งสารแอลโดสเตอโรน เพื่อช่วยดูดกลับโซเดียมและน้ำพร้อมหลั่งสารคอร์ติโคสเตอโรยด์ (corticosteroid) ส่วนต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary gland) หลั่งแอนติไดยูเรติกฮอร์โมน (antidiuratic hormone) ไปไตเพื่อกระตุ้นให้มีการกักเก็บน้ำไว้ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ปริมาตรการไหลเวียนเพิ่มขึ้น เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดี ส่งผลให้มีการบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น เกิดเป็นความดันโลหิตสูงขึ้น (สาธิตา เมธนาวิน และสุภาวดี คำนธำรงกุล, 2536 อ้างใน มะลิ อิ่มเอิบ, 2547) ซึ่งกลไกการเกิดความดันโลหิตสูง

### 1.3 ประเภทความดันโลหิตสูง

ประเภทความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุได้ 2 ประเภท คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

**1.3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension หรือ essential hypertension)** ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด แต่เชื่อว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ พันธุกรรม ปริมาณเกลือที่ร่างกายได้รับเข้าไป เพศ อายุ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียด การรับประทานอาหารไขมันสูง และวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

**1.3.2 ความดันโลหิตชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension)** เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุแน่นอน พบได้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด โดยมีสาเหตุหลายอย่าง เช่น การได้รับยาบางประเภท เช่น ภาวะการตั้งครรภ์ โรคไต โรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ความผิดปกติทางระบบประสาท อารมณ์เครียด และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันหรือรั่ว เป็นต้น เมื่อทราบสาเหตุและได้รับการรักษาที่ถูกต้องแล้วความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติหรือหายขาดได้

### 1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

**1.4.1 กรรมพันธุ์** พบว่า ความดันโลหิตสูงจะพบในครอบครัวเดียวกัน แต่ไม่ชัดเจนว่าเป็นสาเหตุโดยตรงและยังไม่ทราบแน่ชัดว่าเกี่ยวกับยีนจำเพาะที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรมจะยังไม่ชัดเจน แต่ญาติพี่น้องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจ

คัดกรอง รวมทั้งคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

**1.4.2 เพศ** พบว่า อัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงของเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอายุน้อยกว่าเพศหญิง จนกระทั่งอายุ 60 ปี ขึ้นไป เนื่องจากเพศชายจะมีอัตราการตายหรือความพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) แต่จะตอบสนองต่อยาได้ดีกว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในเพศหญิงได้แก่ การอยู่คนเดียว การเผชิญภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ฯลฯ

**1.4.3 อายุ** พบว่าปัจจัยเสี่ยงในแต่ละช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงได้แก่ การรับประทานยาคุมกำเนิดในช่วงวัยเจริญพันธุ์ หรือผู้สูงอายุจะมีการเกร็งของหลอดเลือดที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมของเซลล์ หรือความดันโลหิตสูงจากการเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงของเพศชายอายุระหว่าง 45 – 54 ปี เพศหญิงอายุ 55 – 65 ปี และจะเริ่มลดลง กล่าวคือ ชายที่อายุต่ำกว่า 50 ปี จะมีความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงกว่าเพศหญิง (สมชาย โลจายะ บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2536 อ้างใน มะลิ อัมเอิบ, 2547)

**1.4.4 เชื้อชาติ** พบว่า ชาวตะวันออกจะมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตตามอายุเฉลี่ยและเพศไม่เท่ากับชาวตะวันตกและชาวอเมริกา แต่ชาวญี่ปุ่นจะมีความดันโลหิตต่ำกว่าชาวออร์เวย์ และชาวอเมริกัน

#### 1.4.5 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่

1) ความอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท (สมชาย โลจายะ บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2536 อ้างใน มะลิ อัมเอิบ, 2547)

2) ภาวะความเครียด เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงดันของหลอดเลือด เพื่อปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ซึ่งความเครียดจะมีความสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจและบุคลิกภาพของบุคคลด้วย

3) การรับประทานอาหาร เช่น การขาดแคลเซียม โปแตสเซียม วิตามินเอ และซี ซึ่งเกลือโซเดียมมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีความดันโลหิตสูงตามปริมาณเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ ผู้รับประทานเกลือโซเดียมมากขึ้นจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลดปริมาณเกลือโซเดียมเพียง 2 – 3 กรัม ต่อวัน จะช่วยลดความดัน

โลหิตลงได้ (สมชาย โลจายะ บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2536 อ้างใน มะลิ อิ่มเอิบ, 2547)

4) การสูบบุหรี่ พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยซ้ำเติมที่ทำให้อันตรายจากความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เพราะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ เพิ่มขึ้นหลายเท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

5) การดื่มสุรา พบว่า การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการดื่มสุราปริมาณมากจะเพิ่มความดันโลหิตสูงได้จริง โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ประมาณ 2 ออนซ์ ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท และร้อยละ 10 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีสาเหตุมาจากสุรา

6) การดื่มกาแฟ พบว่า ถ้าดื่มกาแฟมากกว่า 10 ถ้วยต่อวัน อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ

7) การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตได้ จากการศึกษาของสมาคมฮาร์วาร์ด พบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ผลดีของการออกกำลังกาย คือ การหลั่งสารเอนโดฟิน (endorphins) ซึ่งทำให้บุคคลมีความสุข และเพิ่มสาร high density lipoprotein (HDL) ซึ่งช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

8) บุคลิกภาพ พบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ A หมายถึงบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงทะเยอทะยานมักจะไม่ว่างใจสิ่งต่าง ๆ จะมีความเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีระดับความโกรธสูงกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ

### 1.5 อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อยหรือปานกลางจะไม่แสดงอาการ แต่จะพบอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรง (สมชาย โลจายะ บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2536) ดังนี้

1.5.1 **ปวดศีรษะ** ส่วนใหญ่จะปวดบริเวณท้ายทอย ร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว อาการดังกล่าวพบมากในช่วงเช้า และอาการเหล่านี้จะพบบ่อยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงวิกฤติ หรือความดันโลหิตสูงที่แสดงอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

1.5.2 **ไมเกรน** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีอาการไมเกรนมากกว่าคนปกติและผู้ที่มีไมเกรนจะมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการไมเกรน



**1.5.3 เลือดกำเดาออก** อาการดังกล่าวพบไม่บ่อย แต่ในผู้ป่วยที่เลือดกำเดาออก โดยไม่มีอาการเจ็บป่วยของโรคในโพรงจมูก จะพบความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และอาการจะหายไป เมื่อควบคุมความดันโลหิตให้ปกติ

## 1.6 การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง ต้องมีการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

**1.6.1 การซักประวัติ** ต้องซักถามสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือดหรือไม่ มีอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เจ็บหน้าอก บวมที่เท้าหรือไม่

**1.6.2 การตรวจร่างกาย** เมื่อต้องการค้นหาสาเหตุของความดันโลหิตสูงและประเมินค่าความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย มีผลทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสียหน้าที่ หรือเสื่อมไปหรือไม่ ซึ่งมักพบในระบบสมอง ไต หัวใจและหลอดเลือด การตรวจร่างกายมีขั้นตอนดังนี้

1) **การวัดความดันโลหิต** โดยปฏิบัติดังนี้ คือ ก่อนวัดความดันโลหิต ควรให้ผู้ปวยนั่งพักไม่น้อยกว่า 5 นาที ให้หายใจเหยื่อย เพราะ ถ้าเดินทางมาเหนื่อยหรือหยุดทำงานมา ถ้าวัดขณะนั้นจะได้ค่าความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ เนื่องจากหัวใจเต้นแรงและเร็วกว่าในขณะที่ร่างกายอยู่ในระยะพัก

2) **การวัดความดันโลหิตสูง** จะได้ค่าที่เชื่อถือได้ ต้องวัดไม่น้อยกว่า 5 ครั้ง ขึ้นไปในวันและเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้การวินิจฉัยที่แท้จริงว่าเป็นความดันโลหิตสูง การวัดความดันโลหิตสูงขณะนั่งหรืออนก็ได้ แต่การวัดความดันโลหิตในท่านั่ง จะได้ค่าความดันโลหิตแตกต่างจากการวัดในท่านอนเล็กน้อย ขณะวัดควรให้แขนนิ่ง ไม่เคลื่อนไหว หากสวมเสื้อแขนยาว ควรพับแขนเสื้อให้ซิครักแร้ แต่อย่าให้รัดต้นแขน จะทำให้ค่าความดันโลหิตผิดพลาดได้

**1.6.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** เพื่อช่วยสนับสนุนหรือคัดค้านในสิ่งที่แพทย์วินิจฉัยแยกได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ซึ่งบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เป็นผลมาจากความดันโลหิตสูงหรือชี้แนะถึงสาเหตุของความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ จะต้องตรวจถึงภาวะอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมด้วยและเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว เช่น เบาหวาน หรือคลอเลสเตอรอลสูง โดยที่ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุมีเพียงร้อยละ 5 – 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น

## 1.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่าง ๆ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องมีการควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิต หากรักษาไม่ต่อเนื่อง

ตามแผนการรักษาจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา จากการดำเนินของโรคซึ่งมีการทำลายอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดในร่างกาย หัวใจ สมอง จอประสาทตา ไต ดังนี้

**1.7.1 หลอดเลือดในร่างกาย** เมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากแรงดัน หลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาตัว จากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้นหรืออาจเกิดจากมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดหนาและตีบ การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมอง ไต และตา ลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะดังกล่าวตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือด สมอง และไตวายเป็นต้น (บังอร ชมเดช, 2544)

**1.7.2 หัวใจ** ระดับความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดหัวใจหนาขึ้น การไหลเวียน เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวแรงขึ้น เพื่อต้านแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดง ที่เพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) หากเกิดการบีบตัวให้ต้านแรงดัน ที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมากขึ้นเรื่อย ๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยายตัว ได้อีก ทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและ เสียชีวิตได้ (พิกุล บุญช่วง, 2541)

**1.7.3 สมอง** ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัว หลอดเลือด หนาขึ้น รูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะสมอง ขาดเลือดไปเลี้ยง (transient ischemic attacks) และเมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือด ก็จะเกิดหลอดเลือด ตีบตันหรือแตก (thrombotic stroke) จากการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จากสาเหตุข้างต้นจะมีการ เปลี่ยนแปลงที่ผนังเซลล์สมอง ทำให้เซลล์สมองบวม ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของระบบประสาท การรับรู้ ความทรงจำลดลง และอาจรุนแรงเสียชีวิตได้ (Hickey, 2003)

**1.7.4 จอประสาทตา** ผลความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในจอตา (retina) คือ หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ตีบแคบอย่างรวดเร็ว มีการหดเกร็งเฉพาะที่ เลือดออกในจอตาและหัว ประสาทตาบวม (papilledema) ซึ่งทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (scotoma) ตามัวและอาจถึง ตาบอดได้ (สุภาวดี ด่านธีรวงศ์, 2543)

**1.7.5 ไต** จากภาวะความดันโลหิตสูงมากและนาน ทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไต มีผนังภายในที่หนาแข็ง รูหลอดเลือดตีบหรือแคบลง ขรุขระ จึงมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของ หลอดเลือด มีการทำลายของโกลเมอรูลัส ท่อของหน่วยไตมีการฝ่อลีบและมีการตายของหน่วยไต เกิดขึ้น มีผลต่ออัตราการกรองของเสียของไตลดลงแล้วไตเสื่อมสภาพ ทำให้ไตวายได้ (สมจิต หนู

เจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) และร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

### 1.8 การดูแลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

จุดมุ่งหมายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือการลดความดันโลหิต โดยควบคุมให้ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ให้พิจารณาลดความดันโลหิตให้อยู่ที่ระดับต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะเป้าหมายอื่นๆ มิให้เสียหายอย่างกลับคืนไม่ได้ ซึ่งสามารถควบคุมได้ โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และควบคุมโดยการให้ยา ดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

**1.8.1 การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification)** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นต้นเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเสื่อมของอวัยวะเป้าหมาย ซึ่งได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และจอประสาทตา ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค และการปฏิบัติตัว มีเจตคติที่ดี มีความอดทนและมีความสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้นเหตุและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) โดยการปฏิบัติตัว ดังนี้

1) **การควบคุมอาหาร** โดยหลักการควบคุมอาหารตามแนวทางของ Joint National Committee ในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การลดการรับประทานเกลือโซเดียมในอาหาร น้อยกว่า 6 กรัมต่อวันจะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตร ในทางปฏิบัติควรแนะนำให้เพิ่มรสเค็ม พยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น ของดอง ของเค็ม ของตากแห้ง หรือที่มีปริมาณเกลือสูงอยู่แล้ว เช่น กะปิ น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น และระมัดระวังการให้ยาหรือสารอาหารที่มีจำนวนโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง มักมีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อหมูดกมัน หรือปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันหมูเป็นประจำทุกวัน เป็นเวลานานกว่า 20-30 ปี และมีการบริโภคอาหารประเภท น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกปลา ซึ่งเป็นอาหารที่ปรุงขึ้นเอง ซึ่งมีรสเค็มโดยปรุงจากน้ำปลา กะปิ ปลาร้า ซึ่งการบริโภคอาหารดังกล่าวมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นควรลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันที่มาจากสัตว์ (ไขมันอิ่มตัว) และรับประทาน ผัก ผลไม้ ให้มาก จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท

(Chobanian et al., 2003) โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ฟูปลาหมึก เป็นต้นและอาหารที่ไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมูหมูสามชั้น แคนหมู แองฮังเล ขนมหที่มีเนยครีมหรือไขมันมาก เช่น ขนมหเล็ก โคนัท ฯลฯ และควรเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543)

2) การลดน้ำหนัก เพื่อให้ดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) เท่ากับ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม (Chobanian et al., 2003)

3) การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (isotonic exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายชนิดที่กล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาวและมีการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เคลื่อนไหว เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เนื่องจากการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนจำนวนมาก โดยสม่ำเสมอและติดต่อกัน พบว่าสามารถลดความดันโลหิตได้ แต่ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่แต่มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เพราะอาจจะทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; ดวงเดือน พันธุโยธี, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตราภรณ์ ฐรี (2547)

4) การงดสูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่มีสารนิโคตินเมื่อได้รับควันเข้าไป สารนิโคตินจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก หลั่งฮอร์โมนอดรีนาลีน และทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Harrison, 1997) และยังทำให้มีการเพิ่มของความดันโลหิตใน 15-30 นาทีภายหลังจากการสูบบุหรี่ (Klaplan, 1998)

5) งดหรือลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงขึ้น และถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเป็นประจำ จะทำให้ยาลดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวัน ในผู้ชายและไม่เกิน 1 ออนซ์ต่อวัน ในผู้หญิง มีผลทำให้สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

6) การลดการคั่ง ซา กาแฟ เพราะคาเฟอีนมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตอย่างเฉียบพลัน (National Institutes of Health, 1997, อ้างใน ทรัพย์ทรวง จอมพงษ์, 2546) โดยจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

7) การจัดการกับภาวะเครียด เพราะความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาท ซิมพาเทติก โดยกระตุ้นการหลั่ง อิพิเนพรีน จากต่อมหมวกไตและ นอร์อิพิเนพรีน จากปลายประสาท ซิมพาเทติก ทำให้มีการบีบตัวของหลอดเลือด ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัว เพิ่มแรงต้านทานในหลอดเลือด หัวใจต้องทำงานโดยบีบตัวมากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

### 1.9 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological therapies)

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้ยาจะเริ่มเมื่อระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท หรือ 90-94 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้วมีการติดตามดูจนแน่ใจแล้วว่าความดันโลหิตสูงแน่นอนจึงใช้ยาในการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากการติดตามพบว่า ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ถึงครึ่งหนึ่ง ระดับความดันไดแอสโตลิกจะลดลงต่ำกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีใด ๆ การลดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยในระดับใด จึงจะเหมาะสมนั้น ควรมีการพิจารณาอย่างรอบครอบถ้าหากความดันโลหิตต่ำเกินไป อาจจะมีปัญหากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษาไว้มากมาย เกี่ยวกับระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมและเสนอว่า ระดับความดันไดแอสโตลิกหลังการรักษาควรจะ ต่ำกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท และความดันซิสโตลิกนั้นควรจะต่ำกว่า 125 มิลลิเมตรปรอท และการเลือกใช้นิยามลดความดันโลหิตเหมาะสมกับผู้ป่วย เพราะมีหลายชนิดแบ่งออกเป็นกลุ่มได้ดังนี้ (พึงใจ งามอุโฆษ, 2541)

**1.9.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretic)** เป็นยาลดความดันโลหิตที่ได้รับความนิยมสูงถือว่าเป็นยาตัวแรกที่ใช้ในการรักษา

**1.9.2 ยากันเบต้า (beta adrenergic receptor blocker)** ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยรวมกับเบต้าอะดีเนอจิกรีเซพเตอร์ (beta adrenergic receptor) เพื่อยับยั้งการตอบสนองต่อประสาทซิมพาเทติก

**1.9.3 ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators)** ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบๆเส้นเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและลดแรงต้านทานในผนังหลอดเลือดส่วนปลาย

**1.9.4 ยากลุ่มปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม (calcium channel blocker)** ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นแคลเซียมไม่ให้เข้าไปในเซลล์กล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือด

**1.9.5 ยาปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitors)** เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยยับยั้งแองจิโอเทนซินคอนเวอร์ตติ้งเอนไซม์ (angiotensin

converting enzyme) เป็นแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II)

**1.9.6 ยาปิดกั้นอัลฟาวัน อะดีเนอจิก (alpha 1 adrenergic blocker)** เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยการกระตุ้นอัลฟา รีเซพเตอร์ (alpha receptor) การใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิสองแคว้นนั้น เป็นการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเกาะคา โดยมีการใช้ยาจำนวน 5 กลุ่ม จากจำนวน 6 กลุ่ม ดังกล่าว คือ 1) ยาขับปัสสาวะ 2) ยากันเบต้า 3) ยากลุ่มปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม 4) ยาปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู 5) ยาปิดกั้นอัลฟาวัน อะดีเนอจิก ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญได้แก่ หลอดเลือด หัวใจ สมอง ตาและไต ผลที่เกิดจากอาการและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจดังนี้

1) *ผลกระทบด้านร่างกาย* เป็นผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่ สมอง หัวใจ ไต หลอดเลือด และตา ดังได้กล่าวมาแล้ว ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2) *ผลกระทบทางด้านจิตใจ* การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ส่งผลทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการประกอบอาชีพลดลง ทำให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความเครียดได้ และความเครียดมีผลทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลังสารนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) มีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัวเพิ่มแรงต้านภายในหลอดเลือด หัวใจต้องทำงาน โดยบีบตัวเพิ่มมากขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

3) *ผลกระทบทางด้านสังคม* ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา และผลจากภาวะแทรกซ้อนทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว และรู้สึกตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวการเข้าสังคมลดลง และกระทบต่อการทำงานตามมา (อรพิน กายโรจน์, 2542)

4) *ผลกระทบทางเศรษฐกิจ* จากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำ เมื่อมาติดตามการรักษาและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2540) จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วย ที่มานอนพักรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด

ในปี 2540 พบว่า ค่ารักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 1,670.09 ต่อคนต่อครั้ง และเมื่อเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่ารักษาจะเพิ่มเป็น 15,283.22 บาทต่อคนต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญชูประภาวรณ, 2543)

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติสามารถควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และควบคุมโดยการใช้ยา ดังนั้นถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการปฐมภูมิสองแควได้ตามแนวปฏิบัติของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้ก็จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

## 2. ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### 2.1 มาตรฐานการเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง

#### 2.1.1 การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) *กรณีฉุกเฉิน* การเยี่ยมบ้านประเภทนี้มักเป็นการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยในครอบครัว เช่น หมดสติ หอบมาก เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์เหล่านี้มักต้องอาศัยการช่วยเหลือที่บ้านหรือที่เกิดเหตุทันที ต้องมีระบบการติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ ทีมที่ช่วยเหลือควรมีความรู้และทักษะเป็นอย่างดีในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ ในประเทศไทยการช่วยเหลือลักษณะนี้มักพบในอุบัติเหตุตามท้องถนน ผู้ช่วยเหลือควรมีความรู้ในการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายมากขึ้นกว่าเดิมและช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้อย่างดี ก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น

2) *โรคฉับพลัน* เช่น โรคหัวใจ ท้องร่วง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

3) *โรคเรื้อรัง* เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต เป็นต้น การเยี่ยมบ้านทำเพื่อประเมินและวางแผนในการช่วยเหลือให้กับผู้ป่วยญาติหรือหน่วยงานใดในการช่วยเหลือผู้ป่วย

### 2.1.2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

2.1.3 การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพกายต้องประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งมักจะมีการใช้ยามาก ประเมินการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพมาก ผู้ป่วยบางคนอาจนิยมไปหาหมอตามที่ต่าง ๆ ประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในบ้านที่อาจจะถูกละเลยหรือถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุหรือเด็ก เป็นต้น ประเมินผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ประเมินร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกินความสามารถของสมาชิกในครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยได้

2.1.4 การเยี่ยมบ้านหลังออกจากโรงพยาบาล ประเภทของการเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล จากการนอนโรงพยาบาลหรือมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่

1) นอนโรงพยาบาลโดยโรคฉับพลัน อุบัติเหตุ หรือการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาล โดยโรคต่างๆ หลังจากที่อยู่ออกจากโรงพยาบาล สามารถที่จะติดตามเยี่ยมบ้านต่อได้ เช่น ในผู้ป่วยโรคฉับพลันเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้ แพทย์ประจำครอบครัวสามารถติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูอาการหรือปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อโรคผู้ป่วย อาทิ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกการติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินแหล่งวางใจของญาติ เป็นต้น กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผ่าตัด การติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินบาดแผล ทำแผลผู้ป่วย ตัดไหมหรือประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2) ครอบครัวและบุตรที่เกิดใหม่ การเยี่ยมบ้านครอบครัวที่มีบุตรเกิดใหม่เพื่อช่วยเหลือพ่อแม่ที่มีบุตรใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลลูก รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมในครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลเด็กเกิดใหม่อย่างดี

3) ไม่มาตามนัด ผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือไม่มาตามนัด การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินสาเหตุหรือเหตุผลของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หรือมีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาได้ เพื่อทำให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

2.1.5 การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อทำความรู้จัก สร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการประเมินสภาพโดยรวมของครอบครัว จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

## 2.2 การสร้างเครือข่ายสุขภาพ

### 2.2.1 รูปแบบเครือข่ายและประโยชน์จากการสร้างเครือข่าย

#### 1) ทฤษฎีเครือข่าย

บ่อยครั้งขึ้นในหมู่นักพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะเมื่ออ้างถึงการดำเนินงาน ศูนย์ประสานงานองค์กรชุมชน ขณะเดียวกันในสังคมทั่วไป คำว่า “เครือข่าย” ก็มีความสำคัญมากขึ้น



ไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติผู้คนพูดถึงเครือข่ายของหน่วยงานการพัฒนา วิจัย ธุรกิจ เครือข่ายประชาสังคม เครือข่ายประชารัฐ และในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ คนบางกลุ่มมอง"เครือข่าย" ว่าเป็นเพียงคำที่รู้จักเฉพาะในวงการหนึ่ง แต่ปัจจุบันมีองค์กรจำนวนมากตระหนักว่า “เครือข่าย” เป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันขององค์กรที่มีวัตถุประสงค์ คล้ายคลึงกัน หรือเกี่ยวข้องกันให้ได้ประโยชน์สูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด

เครือข่ายคืออะไร เครือข่ายทำงานอย่างไร ทำไมบางเครือข่ายประสบความสำเร็จ แต่บางเครือข่ายไม่ประสบความสำเร็จ ในขณะที่จำนวนเครือข่ายมีเพิ่มขึ้นมากมาย แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังถึงความแตกต่างในการดำเนินงานของเครือข่ายองค์ประกอบของความสำเร็จและปัญหาของเครือข่าย

เอกสารนี้แปลมาจากหนังสือของ IFRTD (The International Forum for Rural Transport and Development) เรื่อง Networking for Development เขียนโดย Paul Starkey โดยเฉพาะส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีที่ Starkey สรุปลงจากประสบการณ์การทำงานในฐานะที่ปรึกษาทางวิชาการ ด้านการสร้างเครือข่ายในแอฟริกา และการประชุมเชิงปฏิบัติการกับเครือข่ายองค์กรการพัฒนา 40 แห่งทั่วโลก มานำเสนอ

## 2) ความหมาย

เครือข่าย คือ กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดรูปหรือจัดระเบียบ โครงสร้างที่คนหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระ

ในความหมายนี้ สาระสำคัญ คือ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดยสมัครใจกิจกรรมที่ทำในเครือข่ายต้องมีลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และการเป็นสมาชิกเครือข่ายไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวของตัวเองของคนหรือองค์กรนั้น ๆ

## 3) รูปแบบของเครือข่าย

เครือข่ายมีรูปแบบมากมายและมีบางคนพยายามจำแนกโดยใช้คุณลักษณะของสมาชิก พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ กิจกรรมหลัก วัตถุประสงค์ และ โครงสร้างของเครือข่าย เป็นเกณฑ์คุณลักษณะของสมาชิก

เครือข่ายอาจจำแนกตามประเภทของสมาชิก เช่น ชาวานา นักวิจัย หรือวิศวกร บางคนรวมคนที่ทำงานในระดับเดียวกันเป็นประเภทเดียวกันหรือเน้นเครือข่ายแนวราบ เช่น เครือข่ายชาวานา (ประกอบด้วยคนที่ป็นชาวานาเท่านั้น)บางคนก็รวมคนที่ทำงานสาขาเดียวกันแต่ต่างระดับกันเข้าด้วยกัน หรือเน้นเครือข่ายแนวตั้ง เช่น ชาวานา นักวิจัยด้านการเกษตร หน่วยงาน

กำหนดนโยบายการเกษตร และหน่วยงานระหว่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเกษตร เป็นต้น บางเครือข่ายมีสมาชิกแบบบุคคล แต่บางแห่งก็มีสมาชิกเป็นองค์กรหรือสถาบัน และบางแห่งมีปะปนกัน

#### 4) วัตถุประสงค์ของเครือข่าย

การจัดตั้งเครือข่ายต้องมีวัตถุประสงค์ชัดเจน ซึ่งสามารถกำหนดทิศทางของเครือข่าย กิจกรรมหลัก และประเภทของบุคคลและองค์กรที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกที่แข็งแกร่งของเครือข่าย การกำหนดวัตถุประสงค์ควรให้สมาชิกจำนวนมากมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดด้วย เพื่อป้องกันการครอบงำจากกลุ่มคนบางกลุ่ม

วัตถุประสงค์ของเครือข่ายควรมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการทำงานของเครือข่ายว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด วัตถุประสงค์จะยังคงมีความสำคัญและเหมาะสมสำหรับการทำงานของเครือข่ายในอนาคตอีกหรือไม่ เครือข่ายควรเตรียมตัวสำหรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพัฒนาไปตามเวลา ควรมีการปรับวัตถุประสงค์เมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อเป้าหมายแรกบรรลุผลแล้ว เครือข่ายอาจมีการจัดแจงอะไรบางอย่างขึ้นมาเป็นการชั่วคราว เพื่อสนองความต้องการบางอย่างของสมาชิก และเมื่อประสบความสำเร็จแล้วก็ต้องเปลี่ยนตัวเองอย่างรวดเร็ว เพื่อจัดการกับวัตถุประสงค์ใหม่ ๆ อีก หรืออาจสลายตัวเองก็ได้

การเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายมีความจำเป็น เพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกลุ่มส่งเสริมความร่วมมือที่เสริมซึ่งกันและกันให้เรื่องที่ทำนั้นมีความสมบูรณ์ หลีกเลี่ยงการแข่งขันลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการทำให้ผลประโยชน์ของเครือข่ายมีมากขึ้น ใช้ข้อได้เปรียบหรือจุดแข็งขององค์กรต่าง ๆ มาทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดการเชื่อมเครือข่ายอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้เกิดขึ้นและรักษาไว้ได้ด้วยกรณี กิจกรรมร่วมกัน หรือเป็นตัวแทนร่วมกันในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง และการร่วมกันประสานงานการประชุม

เครือข่ายจำนวนมากตั้งขึ้นเพื่อปรับปรุงการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก และการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเป็นวัตถุประสงค์หลักของเครือข่าย บางเครือข่ายตั้งขึ้นเพื่อความร่วมมือในการวิจัยศึกษา ฝึกอบรม หรือตลาด บางเครือข่ายมุ่ง เพื่อแลกเปลี่ยนเครื่องมือในการประกอบอาชีพ (เช่น เครือข่ายเครื่องจักรกลทางการเกษตร) บางเครือข่ายมุ่งเป็นกลุ่มพลังกระตุ้นความตระหนักของสังคม และเข้าไปมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายของรัฐ เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของสมาชิก เครือข่ายหลายแห่งมีวัตถุประสงค์หลายด้าน ทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทั้งร่วมมือกันในการจัดการฝึกอบรมและวิจัย รวมทั้งผลักดันนโยบาย

### 5) การสร้างเครือข่าย และการจัดการเครือข่าย

การสร้างเครือข่าย หมายถึง การทำให้มีการติดต่อและการสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ ในทัศนะของ Starkey การสร้างเครือข่าย ควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระ มากกว่าทำให้เกิดการคับค้ำสมาคมแบบฟุ้งฟิง นอกจากนี้การสร้างเครือข่าย ต้องไม่ใช่การสร้างระบบติดต่อเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว เช่น การถ่ายทอดข่าวสารทางสื่อสารมวลชน การส่งนิตยสารจดหมายข่าวให้กับสมาชิก เหล่านี้ไม่ใช่เครือข่าย เครื่องมือของการสื่อสารมวลชนอาจนำมาใช้ในเครือข่ายได้ แต่การใช้เครื่องมือเหล่านี้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเรียกได้ว่าเป็นการสร้างเครือข่าย

ดังนั้น เครือข่ายจึงไม่ใช่การส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อเท่านั้น แต่ต้องมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน

การจัดการเครือข่ายเป็นเรื่องซับซ้อนและมีคนน้อยคนนักที่ได้รับการฝึกฝนมาในสายนี้ ความสำเร็จของเครือข่ายหลายแห่งชี้ให้เห็นว่า เครือข่ายจำนวนมากสามารถดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จ ได้ด้วยกลุ่มของผู้จัดการมือสมัครเล่นที่มีความกระตือรือร้น ซึ่งไม่เคยผ่านการฝึกอบรมด้านการจัดการมาก่อนเลย อย่างไรก็ตาม ไม่จำเป็นที่เครือข่ายทั้งหมดต้องเรียนรู้ผ่านประสบการณ์หรือลองผิดลองถูก การจัดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับการทำงานหรือการจัดการเครือข่ายในระดับภูมิภาคจะเป็นประโยชน์มาก

บางเครือข่ายมีรูปแบบเป็นทางการและรวบอำนาจ โดยมีการส่งข่าวถึงกันผ่านองค์กรแกนที่เป็นศูนย์กลาง เครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง แต่บางแห่งก็รวมเป็นเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการ และกระจายอำนาจ โดยเน้นการติดต่อกันโดยตรงระหว่างสมาชิก เครือข่ายไม่เป็นทางการมักจะเกิดขึ้นจากระดับรากหญ้า หรือในองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจขององค์กรระดับล่าง แต่ก็มีแนวโน้มที่พัฒนาเป็นเครือข่ายที่รวมศูนย์มากขึ้น

### 6) ความจำเป็นที่ต้องมีเครือข่าย

เครือข่ายในการพัฒนาจะไม่จำเป็นถ้าคนหรือองค์กรมีการติดต่อสัมพันธ์กันกับคนหรือองค์กรในสาขาเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอนอยู่แล้วเป็นอย่างดี (เช่น มีการติดต่อกันระหว่างหน่วยงานวิจัย หน่วยงานพัฒนา หน่วยงานฝึกอบรม หน่วยงานส่งเสริม และหน่วยงานสนับสนุน โครงการพัฒนาชนบท) หรือองค์กรต่าง ๆ ทราบถึงสิ่งที่เป็นจริงเกี่ยวกับนโยบาย ผลการวิจัย และการดำเนินงานในที่ต่างๆ ทราบถึงแหล่งวิชาการ แนวทางการพัฒนาทางการบริหาร สังคม เศรษฐกิจต่าง ๆ ของประเทศ รวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละแหล่ง และแต่ละแนวทางการพัฒนา

มีทรัพยากรที่จะดำเนินงานของตนเอง สามารถร่วมมือกับเพื่อนในวงการเดียวกันในหนทางที่องค์กรของตนจะได้รับประโยชน์ หรือทำให้รัฐบาล องค์กร และชุมชน รับฟังข้อเสนอแนะขององค์กรของตนได้อยู่แล้ว

แต่ในความเป็นจริงไม่ใช่เช่นนั้นหน่วยงานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานพัฒนาเอกชน หรือหน่วยงานพัฒนาของรัฐต่างหน่วยต่างทำงานกันไปไม่เคยเกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ทำงานคล้ายคลึงกัน ยุ่งอยู่กับการแก้ปัญหาวันต่อวัน เพื่อให้หน่วยงานของตนอยู่รอด มีการทำงานซ้ำซ้อนกันในพื้นที่ เดียวกัน แต่ละหน่วยงานก็มีการส่งข่าวสารข้อมูลไหลเวียนกันอยู่ภายในหน่วยงานของตน และข้อมูลข่าวสารมีค่อนข้างจำกัดการทำงานใช้กรอบความคิดหรือหลักการเฉพาะที่เคยใช้มาอย่างใดอย่างหนึ่ง พัฒนาในสาขาแคบ ๆ และเป็นไปตามนโยบายขององค์กร หรือแม้แต่องค์กรชุมชนในหมู่บ้านเดียวกันก็ต่างกลุ่มต่างทำงานของตนไปไม่เคยติดต่อช่วยเหลือกิจการของกันและกัน ไม่เคยให้คำปรึกษาหารือซึ่งกันและกันก็มีอยู่มากมายเมื่อเป็นเช่นนี้ในยามที่ต้องการเครื่องมือในการพัฒนา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยนำเข้า เทคโนโลยี การฝึกอบรม แนวความคิดในการวิจัย ข้อเสนอโครงการ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมการพัฒนา บุคคลหรือองค์กรก็จะใช้สิ่งต่าง ๆ ที่พอจะหาได้ ใกล้เคียง และอาจมีการออกแบบใหม่ หรือสร้างขึ้นใหม่ถ้าจำเป็น ซึ่งต้องเสียเวลาค้นหายาวนาน

เครือข่ายสามารถช่วยแก้ปัญหาข้างต้นได้ด้วยการเปิดโอกาสให้บุคคลและองค์กรได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารรวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานหรือองค์กรของตน และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

ประโยชน์เฉพาะหน้าของเครือข่ายเห็นได้จากผลงานที่สมาชิกดำเนินการ ส่วนประโยชน์ระยะยาวจะบังเกิดในรูปของควมมีประสิทธิภาพของการวิจัยและพัฒนา การถ่ายทอดวิธีการทำงาน และระบบที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เครือข่ายในการพัฒนามีประโยชน์หลายประการ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ สมาชิก และกิจกรรมของเครือข่าย ซึ่งพอจะรวบรวมได้ ดังนี้

เครือข่ายช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ เครื่องมือ และสื่อ ผ่านการประชุมการทดลองปฏิบัติการการประชุมสัมพันธและการให้ความร่วมมือกันในการดำเนินโครงการ การแบ่งปันทักษะและประสบการณ์ให้แก่กัน เป็นการเสริมความสมบูรณ์ให้กับสมาชิกเครือข่ายทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือองค์กรการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการประสานงานในเครือข่าย ช่วยลดการทำงาน และการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อน ทำให้การพัฒนาสามารถดำเนินไปได้ก้าวหน้า รวดเร็ว และส่งผลต่อสังคมในวงกว้างยิ่งขึ้นเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงคนที่อยู่ในระดับต่างกัน มีวิธีการทำงาน การจัดองค์กร และมีภูมิหลังต่างกันที่ไม่มีโอกาสต่อกัน เข้าด้วยกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น นำไปสู่การทำงานร่วมกัน เพื่อประโยชน์ของทุกฝ่ายเครือข่ายสามารถทำให้คนและองค์กรที่ไม่มีควมสัมพันธ์กันได้ทราบว่ายังมีบุคคลหรือ

หน่วยงานอื่นอีกมากที่สนใจทำงานในเรื่องเดียวกัน และเผชิญปัญหาเหมือนกัน เครือข่ายสามารถทำให้ความต้องการของประชาชนได้รับการสนองตอบจากรัฐเครือข่ายช่วยชี้ให้เห็นปัญหาและประเด็นการพัฒนาที่ซับซ้อนและท่วมทับในหมู่บ้านเครือข่ายช่วยเชื่อมหน่วยงานวิชาการและแหล่งทุนกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเครือข่ายทำให้คนและองค์กรได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ได้รับกำลังใจ การจูงใจ และการยอมรับ ซึ่งมีความสำคัญต่อหน่วยเล็ก ๆ ที่อยู่นอกระบบราชการ

#### 7) การติดตามและประเมินผล

เครือข่ายต้องการการติดตามผล และประเมินผลเป็นประจำสม่ำเสมอ และถี่ถ้วน ไม่เพียงแต่ประเมินความสอดคล้องของแผนการทำงานกับวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่ควรมีการประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของเครือข่ายเป็นระยะ ๆ ด้วย จากเหตุผลหลายประการดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น การติดตามผลและประเมินผลเครือข่ายเป็นเรื่องยาก ดังนั้น กระบวนการกำหนดวิธีและเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพของกิจกรรมเครือข่ายจึงเป็นเรื่องที่สมาชิกทั้งหมดต้องเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้และกำหนด

การติดตามและประเมินผลเครือข่ายมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากธรรมชาติของเครือข่ายคือความไม่เป็นระบบ และมีโครงสร้างหลวมที่มุ่งเน้นความก้าวหน้าในอนาคต ไม่ใช่ประสบความสำเร็จในอดีต เครือข่ายที่มีการเคลื่อนไหวเข้มข้น มักมุ่งที่จะสร้างเครือข่ายและสร้างงานมากกว่าจะสละเวลาและทรัพยากรมาคิดหน้าคิดหลัง เครือข่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพก็ไม่อยากเสี่ยงต่อการเปิดโอกาสให้กับการวิพากษ์วิจารณ์ แม้ว่ากระบวนการประเมินตนเองแบบไม่เป็นทางการจะเป็นเพียงการตรวจสอบและวิพากษ์ตนเองเท่านั้นก็ตาม แต่เครือข่ายที่ประสบความสำเร็จสูงก็ยังรู้สึกที่ไม่จำเป็นนัก ส่วนเครือข่ายที่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จ ยิ่งรู้สึกถึงระดับเจ็บปวดที่คิดว่าไม่จำเป็นเลยทีเดียว

เครือข่ายที่มีการจัดตั้งแบบรวมศูนย์บางแห่งพยายามจะทำการประเมินผลโดยสำรวจความคิดเห็นของสมาชิก ทบทวนข้อมูลข่าวสารที่มีและหลักฐานการเปลี่ยนแปลง การตรวจสอบข้อมูลจากกลุ่มเพื่อน และบันทึกการตีพิมพ์เผยแพร่และการอ้างอิง บางแห่งใช้การประเมินภายในแบบมีส่วนร่วม และการวิเคราะห์ข้อจำกัดและโครงการจากบุคคลภายนอกเครือข่าย

แม้จะเป็นเครือข่ายรวมศูนย์ที่มีการจัดโครงสร้างอย่างดี ยังพบว่า เป็นการยากที่จะนิยามตัวชี้วัดความสำเร็จของเครือข่ายและคุณลักษณะของผลและประโยชน์ของการสร้างเครือข่ายให้มีความเที่ยง

ข้อมูลเชิงปริมาณสามารถใช้ได้ในการวัดผลการดำเนินงานของเครือข่าย เช่น จำนวนสมาชิก จำนวนจดหมายข่าว จำนวนจดหมายตอบรับ การจัดการประชุม ฯลฯ แต่ตัวเลขเหล่านั้นไม่ได้บ่งบอกถึงคุณภาพ สมาชิกที่เข้มข้นในเครือข่ายจำนวน 100 คน ย่อมดีกว่าสมาชิก

จำนวน 1,000 คน ในบัญชีรายชื่อ การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เข้มข้นเพียง 1 ครั้ง หรือการเผยแพร่ข่าวสารที่มีคุณค่าต่อสมาชิกย่อมดีกว่าการประชุมเรื่องพื้นๆ 2 ครั้ง เป็นต้น จำนวนอาจทำให้เกิดแนวความคิดกว้างๆถึงระดับกิจกรรมของเครือข่ายแต่ไม่ได้ให้ความรู้สึกที่เพียงพอถึงเรื่องของประสิทธิภาพ

การประเมินผลยังเป็นเรื่องยาก เพราะอาจมีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนในการประเมิน อันเนื่องมาจากการวัดกิจกรรมที่มองเห็น โดยไม่สามารถทราบถึงการกระทำและสิ่งที่ได้รับอีกมากมายที่มองไม่เห็น (Iceberg effect) หรือการวัดผลของการทำกิจกรรมโดยไม่ทราบว่าผลที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นเพราะการปฏิบัติงานของผู้นำเครือข่าย แต่เป็นเพราะสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการปฏิบัติงานในรอบแรก และมีการเปลี่ยนจุดเน้นและวิธีการทำงาน รวมทั้งอาจมีการติดต่อและร่วมมือกันในภายหลังอีกครั้งหนึ่ง (snowball effect) โดยที่ ผู้นำเครือข่ายไม่ทราบแนวทางทั่วไปสำหรับการสร้างเครือข่าย

แม้ว่าปัญหาที่พบในเครือข่ายจะมีจำนวนมากมายดั่งที่ได้กล่าวแล้ว แต่ก็ยังมีเครือข่ายจำนวนไม่น้อยที่สามารถผ่านพ้นอุปสรรคทั้งหลายทั้งปวงมาได้ และทำงานตอบสนองความต้องการของมวลสมาชิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ Starkey ได้สรุปบทเรียนที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหาของเครือข่ายมาเป็นแนวทางกว้างๆสำหรับกระตุ้นให้นักพัฒนาสนใจในการสร้างเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพได้ต่อไป

### 3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

การพัฒนาบุคคลสามารถทำได้ 3 ด้าน คือ พุทธิพิสัย (Cognitive) จิตพิสัย (Attitude) และทักษะพิสัย (Skill) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ในที่นี้จะได้กล่าวถึงการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาแต่ละด้าน โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

**3.1 การจัดการเรียนการสอนด้านพุทธิพิสัย (Cognitive) แบบมีส่วนร่วม** เป็นการเรียนรู้เพื่อทบทวนพัฒนา ต่อยอดความรู้เดิม หรือการให้องค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่นักเรียนสามารถนำความรู้ใหม่นี้ไปผนวกกับความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการเรียนหรือแก้ไขปัญหาในด้านการเรียน นักเรียนจะผ่านขั้นตอนของการเรียนรู้คือ รู้ เข้าใจ และสามารถนำไปใช้ได้ การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำได้โดยเริ่มจากองค์ประกอบประสบการณ์ หรือความคิดรวบยอด

การจัดการเรียนด้านพุทธิพิสัยโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบสามารถจัดการกิจกรรมแต่ละองค์ประกอบดังนี้

**3.1.1 ประสบการณ์** ผู้สอนจัดกิจกรรมให้นักเรียนได้นำเสนอความรู้ที่แต่ละคนมี อาจใช้การจับคู่พูดคุยกันในระยะเวลาสั้น ๆ แล้วผู้สอนสุ่มถามแต่ละคู่ การให้นักเรียนได้นำเสนอความรู้หรือประสบการณ์ เกี่ยวกับเนื้อหาที่ผู้สอนจะสอน จะช่วยให้ผู้สอนได้ทราบถึงความรู้หรือประสบการณ์เดิมของนักเรียน ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในองค์ประกอบต่อไป

**3.1.2 ความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่นักเรียนนำเสนอ** ผู้สอนสามารถสรุปความคิดรวบยอด และบรรยายเพิ่มเติม แต่ถ้าผู้สอนเริ่มต้นด้วยการบรรยายความคิดรวบยอด อาจบรรยายไปบางส่วน แล้วให้นักเรียนได้นำเสนอประสบการณ์ แล้วสรุปความคิดรวบยอดทั้งหมด ทุกครั้งที่ให้นักเรียนนำเสนอประสบการณ์ ผู้สอนต้องสรุปและเชื่อมโยงประสบการณ์นั้นกับความคิดรวบยอด

**3.1.3 การสะท้อนอภิปราย** จากเนื้อหาความรู้ที่นักเรียนได้รับไปแล้ว ผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้นักเรียนได้เข้าใจในเนื้อหามากยิ่งขึ้น และเพื่อเตรียมความรู้การนำไปใช้ ผู้สอนอาจใช้ใบงานกำหนดกลุ่มนักเรียนและกิจกรรมให้อภิปราย ในประเด็นสำคัญของความรู้ เช่น อภิปรายเกี่ยวกับ “ปัญหา/อุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในการประเมินโครงการตามรูปแบบที่สอน”

**3.1.4 การทดลอง/ประยุกต์** เป็นองค์ประกอบสุดท้ายของการเรียนรู้ ที่นักเรียนจะได้นำประสบการณ์ที่ได้รับจาก องค์ประกอบข้างมาทดลองใช้ เพื่อเป็นการประเมินว่านักเรียนมีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้หรือไม่ โดยผู้สอนจัดกิจกรรมด้วยการแบ่งกลุ่มนักเรียนเป็นกลุ่มย่อย 5-6 คนมอบหมายให้ทำกิจกรรมตามใบชี้แจง หรือใบงาน เช่น มอบหมายให้ช่วยกันทำโครงการประเมินผล โครงการ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินที่เรียนรู้ไป

**3.2 การจัดการเรียนการสอนด้านจิตพิสัยพิสัยแบบมีส่วนร่วม การอบรมหรือการสอนด้านจิตพิสัย (Attitude)** เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้นักเรียนมีความรัก ความคิด ความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การเรียนเพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีของนักเรียนให้มีต่อการเรียน งานที่ปฏิบัติเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะถ้านักเรียนมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนแล้ว แนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดี ย่อมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก เนื่องจากเจตคติประกอบด้วย ความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ดังนั้นผู้สอนจึงต้องจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนส่วนประกอบทั้ง 2 กล่าวคือ ในการจัดกิจกรรมของ องค์ประกอบประสบการณ์ จะเป็นขั้นการสร้างความรู้สึก และการสะท้อน/อภิปราย จะเป็นขั้นตอน การจัดระบบความคิดความเชื่อ เกิดความคิดรวบยอดที่ปรับเปลี่ยนไป และนำไปทดลองใช้ใน องค์ประกอบสุดท้าย

**3.3 การจัดการเรียนการสอนด้านทักษะพิสัยแบบมีส่วนร่วม** ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในการสอนหนังสือ นักเรียนจะได้รับการพัฒนาทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ (Skill) ผสมผสานกันไป และบางครั้งอาจจะเน้นด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าอีก 2 ด้าน ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร หรือ วัตถุประสงค์ของวิชานั้น ๆ ส่วนใหญ่หลักสูตรในการจัดการเรียนการสอนมักจะสอนให้เกิดทักษะ ซึ่งเป็นการสอนที่ผู้สอนต้องทำให้นักเรียนมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในตัวทักษะ โดยทำเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่าย และนักเรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้ตัว

ทักษะเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จากการกระทำจนกระทั่งชำนาญ ดังนั้นการสอนทักษะมี 2 ขั้นตอนคือ

**3.3.1 ขั้นรู้ข้อเท็จจริง** เป็นขั้นตอนที่มุ่งให้นักเรียนรับรู้วาทักษะเหล่านี้มีความสำคัญ และฝึกฝนได้อย่างไรประกอบไปด้วยองค์ประกอบการเรียนรู้ 3 องค์ประกอบคือ ความคิดรวบยอด ประสบการณ์ และการสะท้อนความคิดและอภิปราย องค์ประกอบความคิดรวบยอดเกิดขึ้นโดยการบรรยาย นำ ประกอบกับการยกตัวอย่างและให้นักเรียนร่วมอภิปรายถึงความสำคัญ และวิธีการฝึกทักษะ นั้น ๆ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ ผู้สอนอาจใช้กรณีศึกษาหรือสถานการณ์จำลองให้นักเรียนคิดใช้ทักษะดังกล่าวหรือใช้การสาธิตซึ่งอาจให้นักเรียนมีส่วนร่วมได้ การสาธิตจะช่วยให้นักเรียนเห็นจริงในลำดับขั้นอย่างชัดเจน ส่วนองค์ประกอบด้านการสะท้อนและการอภิปราย อาจสอนให้นักเรียนจัดกลุ่มย่อย หรือกลุ่มระดมสมอง เพื่อหากฎเกณฑ์ โดยกิจกรรมทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถจัดเปลี่ยนลำดับได้ตามความเหมาะสม

การสะท้อนทักษะในขั้นรู้ชัดเห็นจริง กิจกรรมการเรียนการสอนส่วนใหญ่จะดำเนินเป็นขั้นตอนดังนี้

1) **การบรรยายนำ** เป็นการนำเข้าสู่บทเรียนเพื่อให้เกิดความน่าสนใจ และให้ข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็น ใช้เวลาไม่มากนักและใช้การมีส่วนร่วมจากนักเรียนเป็นการตั้งคำถามหรือยกตัวอย่างที่ใกล้ตัว ให้นักเรียนแสดงความคิดเห็น

2) **ประสบการณ์** ผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมที่นักเรียนมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้โดยใช้สื่อดังนี้

(1) **กรณีศึกษา** ผู้สอนนำเสนอกรณีศึกษาให้นักเรียนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกรณีศึกษา

(2) **สถานการณ์จำลอง** ผู้สอนกำหนดโจทย์เป็นสถานการณ์จำลอง โดยผู้สอนและคณะอาจเป็นผู้แสดงเอง หรือให้นักเรียนมีโอกาสร่วมด้วย จุดประสงค์สำคัญอยู่ที่การอภิปราย และสอนประกอบสถานการณ์จำลอง



(3) การสาธิต โดยแสดงบทบาทสมมุติ อาจให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการสาธิต เช่น นักเรียนเป็นคนไข้ และคนสอนเป็นพยาบาล หรืออาจให้นักเรียนแสดงเองทั้งหมดโดยมีผู้สอนซ้อมบทให้ หลังจากการแสดงบทบาทสมมุติแล้ว ผู้สอนอาจนำทสนทนาขึ้นกระดานหรือแผ่นใส เพื่ออภิปราย และสอนประกอบบทสนทนา

3) การอภิปรายในกลุ่มเล็ก เพื่อให้นักเรียนวิเคราะห์จากสถานการณ์จำลอง หรือจากการสาธิต เพื่อให้เข้าใจถึงขั้นตอนและวิธีการในแต่ละขั้นตอน

3.3.2 **ขั้นลงมือกระทำ** เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียน ได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนแรก ประกอบไปด้วยการประยุกต์แนวคิด โดยให้นักเรียนฝึกให้ทักษะ โดยการใช้บทบาทสมมุติ (Role play) หรือการฝึกซ้อม (Rehearsal play) เป็นกิจกรรมหลักและมีการฝึกซ้ำ โดยผลัดกันแสดงบทบาทจนชำนาญ การเรียนในรูปแบบนี้ผู้สอนต้องมีทักษะในการใช้สถานการณ์จำลองและการสาธิต เพื่อให้นักเรียนเห็นจริงตลอดจนทักษะในการฝึกบทบาทสมมุติ และประเมินผลการฝึกกิจกรรมขั้นลงมือกระทำมี 2 ขั้นตอนคือ

1) การฝึกปฏิบัติ ทำได้โดยฝึกบทบาทสมมุติ และการฝึกซ้อมบท

(1) การฝึกบทบาทสมมุติ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการฝึกทักษะ โดยสมมุติตัวละครและสถานการณ์ขึ้น เพื่อให้นักเรียนสมมุติตัวเองเป็นตัวละครตาม โจทย์ ดังนั้นต้องกำหนดโจทย์ให้ชัดเจน คือ สถานการณ์ บทบาทของตัวละคร และ บทบาทของผู้สังเกตการณ์ การฝึกบทบาทสมมุติอาจใช้กลุ่ม 2 คน กลุ่ม 3 คน หรือกลุ่มเล็ก 5-6 คน ยิ่งกลุ่มมีคนมากขึ้นก็จะมีการเรียนรู้กันเองมากขึ้น

(2) การฝึกซ้อมบท เป็นการให้นักเรียนฝึกเป็นตัวของนักเรียนเอง ในสถานการณ์ที่กำหนด การฝึกบทบาทสมมุติและการซ้อมบทมีความแตกต่างกันคือ

1. การฝึกบทบาทสมมุติจะตั้งโจทย์โดยการสมมุติ ทั้งสถานการณ์ และตัวละครที่นักเรียนแสดง โจทย์มักขึ้นต้นด้วยคำว่า “สมมุติให้นักเรียนเป็นกำจร และสมศรี”

2. การฝึกซ้อมบท จะทำให้นักเรียนเล่นเป็นตัวของตัวเอง เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่นักเรียนพบได้เสมอ แต่มีความสำคัญ นักเรียนเคยได้ฝึกหาทางออก โดยมากจะฝึกโดยกลุ่มเล็ก

3. การฝึกโดยบทบาทสมมุติ เป็นการฝึกสถานการณ์ที่ซับซ้อนกว่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่บ่อย แต่มีความสำคัญ นักเรียนเคยได้ฝึกหาทางออกโดยมากเป็นกลุ่มเล็ก

(3) การฝึกการประเมิน เป็นกิจกรรมที่นักเรียนช่วยกันสะท้อน การฝึกปฏิบัติทักษะว่าเป็นไปตามขั้นตอนหรือทำได้ถูกต้องหรือไม่ ทำได้หรือทำไม่ได้เพราะเหตุใด รูปแบบการประเมินทำได้ 2 แบบดังนี้

1. นักเรียนประเมินตนเอง ผู้สอนกำหนดในใบงานให้ชัดเจนว่าจะประเมินอย่างไร เช่น หลังการฝึกนักเรียนช่วยกันอภิปรายว่าผู้ที่แสดงเป็นสมศรี ทำได้ตามขั้นตอนหรือไม่ ถ้าจรตบสนองอย่างไร ขั้นตอนไหนที่ยุ่งยากในการฝึก และในชีวิตจริงนำทักษะนี้ไปใช้ได้หรือไม่เพียงใด

2. ผู้สอนช่วยประเมิน ผู้สอนใช้วิธีสุ่มให้นักเรียนฝึกออกมาแสดง ผู้สอนช่วยวิจารณ์ประกอบการขอความคิดเห็นจากนักเรียนในห้อง หรือผู้สอนอาจใช้วิธีสัมภาษณ์ หรือให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงการสังเกตขณะฝึกแล้วผู้สอนให้ข้อเสนอแนะ

### การบูรณาการการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การบูรณาการการจัดการเรียนรู้ที่สำคัญ ต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มี 3 วิธี (สุเมธชา พรหมบุญ. และอรพรรณ พรสิมา. ออนไลน์. 2549) ได้แก่

1. กระบวนการกลุ่ม (Group process) เป็นการจัดสถานการณ์การเรียนการสอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ได้มีปฏิสัมพันธ์กัน โดยมีแนวคิดการกระทำและแรงจูงใจร่วมกัน แบ่งหน้าที่ช่วยเหลือกันและกันในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การทำงานเป็นกลุ่มที่ดีจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานสูงกว่าผลรวมของประสิทธิภาพ (นคร พันธุ์รงค์. ออนไลน์. 2549)

หลักการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มจะให้นักเรียนทุกคนมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมให้มากที่สุด เหมาะสม ยุทธวิธีที่ 1 วิธีการสอนแบบดาว 5 แฉก เป็นเทคนิคการสอนดังนี้

- 1) การเรียนเป็นกลุ่ม
- 2) การใช้คำถามเป็นสื่อให้คิด
- 3) การให้เด็กทำกิจกรรมและสร้างผลงาน
- 4) การช่วยให้เด็กเกิดจินตนาการ โดยการเสริมด้วยสื่อสายตาต่างๆ
- 5) การเชื่อมโยงกับชีวิตจริง

ให้นักเรียนเรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุด ฝึกให้นักเรียนเกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับตัวและทำงานร่วมกับคนอื่นๆ ได้ กระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่ยึดหลักการค้นพบและสร้างสรรค์ความรู้ด้วยตัวของนักเรียนเอง โดยผู้สอนเป็นเพียงผู้ส่งเสริมให้นักเรียนได้ค้นพบและพบคำตอบด้วยตัวเอง การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม สามารถนำหลักการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนได้ (ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ. 2540 : 40) ดังนี้

**1.1 เกม** เป็นกิจกรรมการเรียนปนเล่น มีกฎกติกาไม่สลับซับซ้อน จึงช่วยให้นักเรียนเกิดความสนุกสนานในการเรียน ช่วยให้นักเรียนได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ ฝึกความมีน้ำใจเป็นนักกีฬา

**1.2 บทบาทสมมติ** กลุ่มนักเรียนจะต้องแบ่งบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกในกลุ่ม ได้แสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่สมมติขึ้น เป็นวิธีที่ช่วยให้นักเรียนเกิดจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ที่ดี เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง

**1.3 กรณีตัวอย่าง** เป็นการเรียนจากเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นสถานการณ์ที่เหมือนจริง โดยการเปิดโอกาส ให้นักเรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ อภิปราย เพื่อฝึกฝนการแก้ปัญหา

**1.4 การอภิปรายกลุ่ม** เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นที่กลุ่มสนใจร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มอาจมี สมาชิกประมาณ 6-12 คน โดยมีผู้ดำเนินการอภิปราย สมาชิกในกลุ่ม ร่วมกันอภิปราย การอภิปรายทำได้หลายลักษณะ ผู้สอนจะต้องเลือกตามความเหมาะสม

**2. การเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ (Cooperative learning)** เป็นวิธีการเรียนที่เน้นการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียน ให้นักเรียนได้เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ สมาชิกแต่ละคนจะต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และในความสำเร็จของกลุ่ม ทั้งโดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการแบ่งปันทรัพยากรการเรียนรู้ รวมทั้งการเป็นกำลังใจแก่กันและกัน สมาชิกแต่ละคนจะต้องรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง พร้อม ๆ กับการดูแล เพื่อช่วยให้สมาชิกทุกคนในกลุ่ม ความสำเร็จของแต่ละบุคคลคือ ความสำเร็จของกลุ่ม ความสำเร็จของกลุ่ม คือ ความสำเร็จของทุกคน การเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ มีหลักการบางประการที่คล้ายคลึงกับการเรียนแบบกระบวนการกลุ่ม แต่แตกต่างกันในรายละเอียด เช่น โดยหลักการนักเรียนทำงานเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เหมือนกัน แต่สมาชิกกลุ่มย่อยของการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ จะต้องประกอบด้วยนักเรียนที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนแต่ละคนได้นำศักยภาพของตนมาเสริมสร้างความสำเร็จของกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสช่วยเหลือกัน สมาชิกของกลุ่มต้องมีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงบวก จะต้องไว้วางใจกัน ยอมรับในบทบาทและผลงานของเพื่อน กิจกรรมชั้นเตรียมนักเรียนจะต้องฝึกฝนทักษะทางสังคมเพื่อการทำงานกลุ่ม

จากแนวคิดข้างต้น นักการศึกษาได้พัฒนาเทคนิควิธีเรียนแบบร่วมแรงร่วมใจ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

**2.1 การเล่าเรื่องรอบวง (Round robin)** เป็นเทคนิคการเรียนที่เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้เล่าประสบการณ์ ความรู้ สิ่งที่ตนกำลังศึกษา สิ่งที่ตนประทับใจให้เพื่อน ๆ ในกลุ่มฟัง

**2.2 มุมสนทนา (Corners)** เริ่มต้นจากการให้นักเรียนกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มเข้าไปนั่งตามมุมหรือจุดต่าง ๆ ของห้องเรียน และช่วยกันหาคำตอบสำหรับโจทย์ปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้สอนยกขึ้นมา และเปิดโอกาสให้นักเรียนอธิบายเรื่องราวที่ตนศึกษาให้เพื่อนกลุ่มอื่นฟัง

**2.3 ผู้ตรวจสอบ (Pairs check)** แบ่งนักเรียนเป็นกลุ่ม 4 หรือ 6 คน ให้นักเรียน จับคู่กันทำงาน คนหนึ่งทำหน้าที่ เสนอแนะวิธีแก้ปัญหา อีกคนทำหน้าที่แก้ไข โจทย์ เสริมข้อที่ 1 แล้วให้สลับหน้าที่กัน เมื่อเสร็จครบ 2 ข้อให้นำคำตอบมาตรวจสอบกับคำตอบของผู้อื่นในกลุ่ม

**2.4 ผู้คิด (Think-pair share)** ผู้สอนตั้งคำถามให้นักเรียน นักเรียนแต่ละคนจะต้องคิดคำตอบของตนเองนำคำตอบมาอภิปรายกับเพื่อนที่นั่งติดกับตน นำคำตอบมาเล่าให้เพื่อนทั้งชั้นฟัง

**2.5 ปริศนาความคิด (Jigsaw)** นักเรียนศึกษาเนื้อหาที่ผู้สอนกำหนดให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มประจำจะได้รับมอบหมายให้ศึกษาเนื้อหาที่แตกต่างกันตามความเหมาะสม นักเรียนที่ศึกษาเนื้อหาเดียวกันจากทุกกลุ่มมารวมกันเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อร่วมกันศึกษาเนื้อหาจนเข้าใจแล้วหาวิธีอธิบายให้เพื่อนในกลุ่มประจำของตนฟังแล้วกลับเข้ากลุ่มประจำเพื่อเล่าเรื่องที่ตนศึกษาให้เพื่อนฟัง เมื่อทุกคนเล่าเรื่องที่ตนศึกษาจบแล้วจึงให้สมาชิกคนหนึ่งสรุปเนื้อหาของสมาชิกทุกคนเข้าด้วยกัน ผู้สอนทดสอบความเข้าใจและให้รางวัล

**2.6 กลุ่มร่วมมือ (Co-op)** สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อยจะได้รับมอบหมายให้ศึกษาเนื้อหาหรือทำกิจกรรมที่ต่างกันทำเสร็จแล้วจึงนำผลงานมารวมกันเป็นงานกลุ่ม เพื่อให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพควรอ่านทบทวนและตรวจแก้ไขภาษานำผลงานกลุ่มเสนอต่อชั้นเรียน

**2.7 การร่วมมือกันแข่งขัน (The games tournament)** ผู้สอนแบ่งนักเรียนเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มแข่งขันสมาชิกในกลุ่มทั้งสองต้องมีจำนวนเท่ากัน กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือกลุ่มผู้ตัดสิน ทุกกลุ่มต้องศึกษาเนื้อหาให้เข้าใจ สมาชิกกลุ่มแข่งขันแต่ละคนต้องเขียนคำถามมอบให้กลุ่มผู้ตัดสิน โดยไม่ต้องให้คำตอบ กลุ่มแข่งขันแต่ละกลุ่มจะเตรียมข้อสอบให้เพื่อนของตน เมื่อถึงเวลาแข่งขันผู้ตัดสินอธิบายกติกาและเรียกตัวแทนของกลุ่มแข่งขันออกมาทีละคนหรือมากกว่านั้นตามความเหมาะสมเมื่อสิ้นสุดการแข่งขัน กลุ่มที่ได้คะแนนสูงกว่าเป็นผู้ชนะ

**2.8 ร่วมกันคิด (Numbered heads together)** เริ่มจากผู้สอนถามคำถามเปิดโอกาสให้นักเรียนแต่ละกลุ่มช่วยกันคิดหาคำตอบ จากนั้นผู้สอนจึงเรียกให้นักเรียนคนใดคนหนึ่ง จากกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือทุก ๆ กลุ่มตอบคำถามเป็นวิธีการที่ นิยมใช้ในการทบทวนหรือตรวจสอบความเข้าใจ

**3.3 การเรียนรู้แบบสรสร้างความรู้ (Constructivism)** เป็นวิธีการเรียนรู้ที่นักเรียนต้องแสวงหาความรู้และสร้างความรู้ความเข้าใจขึ้นด้วยตนเอง ความแข็งแกร่ง ความเจริญงอกงามในความรู้จะเกิดขึ้น เมื่อนักเรียน ได้มีโอกาสเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนอื่น ๆ หรือได้พบสิ่งใหม่ ๆ แล้วนำความรู้ที่มีอยู่มาเชื่อมโยง ตรวจสอบกับสิ่งใหม่ ๆ แนวคิดของการเรียนรู้

แบบสรรค์สร้างความรู้ คือ การเรียนรู้เป็นกระบวนการสรรค์สร้างความรู้ ความรู้เดิม เป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างสรรค์ความรู้ใหม่ และคุณภาพของการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับบริบทที่เกิดขึ้น แนวคิดเกี่ยวกับยุทธวิธีการเรียนรู้แบบสรรค์สร้างความรู้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 ประการคือ (บุญเชิด ภิญ โณอนันตพงษ์. 2540 : 48-49)

1. การสอนของผู้สอนคือการอำนวยความสะดวกให้แก่แก่นักเรียน สรรค์สร้างความรู้ความเข้าใจให้เกิดขึ้นโดยตัวนักเรียนเอง
  2. การเรียนรู้เป็นกระบวนการสรรค์สร้างความคิดรวบยอด ทฤษฎี และแบบจำลองขึ้นใหม่ของแต่ละบุคคล
  3. ผู้สอนช่วยนักเรียนสรรค์สร้างความรู้ความเข้าใจใหม่ ช่วยนักเรียนสรรค์สร้างความรู้ ความคิดรวบยอด ที่ยังไม่สมบูรณ์ให้สมบูรณ์ขึ้น
  4. ผู้สอนช่วยนักเรียนตรวจสอบความเข้าใจโดยพิจารณาว่า ความคิดรวบยอดที่เกิดขึ้นได้ประสานกันเป็นระเบียบเป็น โครงสร้างความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในบริบททางสังคมได้เพียงใด
  5. ผู้สอนช่วยนักเรียนสร้างแผนผังความคิด โดยให้นักเรียนนำความรู้ ความคิดรวบยอดที่สร้างขึ้นมากอภิปรายร่วมกัน เป็นกลุ่ม แล้วจึงทำเป็นแผนผังความคิด
- การนำแต่ละวิธีการไปใช้ในการเรียนการสอนแต่ละเรื่อง ผู้สอนจะต้องปรับให้เหมาะสมกับสภาพต่าง ๆ โดยต้องพยายามมุ่งเป้าหมาย "เก่ง ดี มีสุข" เป็นสำคัญ และต้องให้นักเรียนแต่ละคนได้บรรลุเป้าหมายนี้อย่างทั่วถึง กล่าวคือ แต่ละคนเก่งขึ้น ดีขึ้น และมีความสุขขึ้นกว่าเดิม การเรียนการสอนเช่นนี้จึงถือว่า บรรลุเป้าหมายของทั้งผู้สอนและนักเรียน สำหรับผู้สอนก็ควรจะเป็นการสอนที่สนุก และเป็น โอกาสสร้างสรรค์เทคนิคการสอนใหม่ ๆ ให้แก่วิชาชีพ อาชีพผู้สอนเป็นอาชีพของผู้ที่ทำหน้าที่พัฒนาคนจึงเป็นอาชีพที่ท้าทายและมีเกียรติ อีกทั้งยังทำให้ผู้สอน ได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพ และพัฒนาปัญญาของตนเองในกระบวนการของความเป็นผู้สอนอีกด้วย

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

##### 4.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ดังนั้นพฤติกรรมของคนจึง หมายถึงปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคลมีทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ทั้งสิ่งที่สมัครใจ จะกระทำ หรือละเว้นการกระทำทั้งนี้ พฤติกรรมของบุคคล

ย่อมแตกต่างกันไป ตามสภาพสังคม วัฒนธรรมซึ่งมักได้รับ อิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคล รอบข้างสถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

#### 4.2 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งสาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น เปลี่ยนแปลงเองจากการเรียนรู้ตามวุฒิภาวะ หรือระยะ พัฒนาการ เปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ หรืออิทธิพลระหว่างบุคคลเปลี่ยนแปลงเพราะการลอกเลียนแบบ และเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเองมีความเหมาะสมตรงกับค่านิยม และแนวคิดของตนเอง ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างเช่น วุฒิภาวะหรือพัฒนาการ การเรียนรู้ ยาและสิ่งเสพติด พันธุกรรม เป็นต้น

#### 4.3 ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรม

เนื่องจากนักทฤษฎีทางพฤติกรรม เชื่อว่า วิธีการศึกษาพฤติกรรมโดยตรง เป็นวิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์ เป็นปรนัย (Objective) เป็นนิรนัย (Deductive) มากกว่าวิธีการศึกษาทฤษฎีทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอัตนัย (Subjective) และอุปนัย (Inductive) จึงทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้นทฤษฎีที่ใช้ศึกษาทางพฤติกรรม จึงไม่ใช่ทฤษฎีเดียวหรือมาจากแนวคิด อันเดียว ต้องอาศัยวิธีการศึกษา หลายอย่างรวมกัน ในที่นี้จึงขอยกตัวอย่างทฤษฎี ดังนี้

##### 4.3.1 ทฤษฎีสุนิยม (Hedonism Theory)

เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากความต้องการ 2 อย่าง คือ ความต้องการทางกาย เช่น ความหิวความต้องการทางเพศ และความต้องการทางจิตอารมณ์ และจิตวิญญาณได้แก่ ความกลัว ความรัก ความต้องการ ประสบความสำเร็จ ความต้องการมีศักดิ์ศรี ซึ่งนักทฤษฎีกลุ่มนี้ที่ชื่อ Sigmund Freud กล่าวว่ามนุษย์เกิดมาพร้อมกับ สัญชาตญาณ ในรูปของพลังงานที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมพลังดังกล่าว ประกอบด้วย จิตไร้สำนึก (Id) ที่เราไม่รู้สึกลงจะ ผลักดันจิตส่วนที่เรารู้ (Ego) ให้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่ประสงค์ และมีจิตสำนึกที่ควบคุม คือ มโนธรรม (Super ego) หรือความรู้สึกลึกซึ้งข้อดี อันเป็นผลจากการอบรมสั่งสอนของสังคมซึ่งโครงสร้างที่รวมทั้ง 3 สิ่งนี้มีความสัมพันธ์ ึ่งกันและกัน อาจกล่าวได้ว่า Id เป็นความพึงพอใจ หรือความต้องการส่วนลึกของบุคคล ส่วน Ego เป็นสิ่งที่เกิดจากการพัฒนา Id แล้วจึงแสดงออกมาเป็น ลักษณะของบุคคล ที่แสดงออกตามความต้องการของสังคมอย่างมีเหตุผล และเพื่อความปลอดภัย ของตนเอง ในการที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคม ส่วน Super ego เป็นตัวประสานงานที่ควบคุมไม่ให้ Id แสดงความต้องการส่วนลึกออกมา และผลักดันให้ Ego ออกมาแทนที่ Super ego ได้แก่ ค่านิยมของสังคม และวัฒนธรรมประเพณี

### 4.3.2 ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanism Theory)

มีความเชื่อต่างจากทฤษฎีสุขนิยม คือ มนุษย์ไม่ใช่ทาสของแรงผลักดันแต่ มนุษย์เกิดมาพร้อมกับศักยภาพ ของความเป็นมนุษย์ เช่น ความอยากรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ความ ต้องการพัฒนาตนเอง นักทฤษฎีในเรื่องนี้ได้แก่ Maslow ที่อธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการ 5 ระดับ คือ

- 1) ความต้องการทางสรีระ (Physical Needs) หรือความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร การนอนหลับพักผ่อน ความต้องการทางเพศ
- 2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) ได้แก่ ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการหนีห่างจากอันตราย ความต้องการหนีจากความเจ็บปวด
- 3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging needs) ได้แก่ ความต้องการเพื่อนบ้าน ความต้องการเพื่อนร่วมงาน ความต้องการมีคนรัก
- 4) ความต้องการได้รับการยกย่อง นับถือ (Self-Esteem needs) เป็นความต้องการให้คนอื่นชื่นชม ให้มีคนอื่นนับถือชื่นชมในความสำเร็จ
- 5) ความต้องการบรรลุความสำเร็จแห่งตน (Self-Actualization) คือ ความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการที่จะทำอะไรได้ตามที่ตนปรารถนา เป็นความต้องการที่จะคิดหรือกระทำประโยชน์แก่ส่วนรวมอย่างแท้จริง

ประเด็นสำคัญของความต้องการคือ ความต้องการขั้นสูงจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อ บุคคลได้รับความต้องการขั้นต่ำกว่าในทุกๆระดับ เพราะจะเป็นแรงขับให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการนั้น

### 4.3.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Exchange Theory)

ทฤษฎีนี้เน้นที่กระบวนการของการแลกเปลี่ยนสัมพันธ์ หรือการกระทำระหว่างบุคคล โดยมีข้อสมมุติของบุคคล ดังนี้

- 1) การกระทำทางสังคม เป็นวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
- 2) การกระทำทางสังคมทุกอย่าง ผู้กระทำต้องลงทุน เช่น ลงแรง ลงเวลา และลงทุนพยากรณ์
- 3) การกระทำทางสังคมทุกอย่าง ผู้กระทำจะพยายามลดมูลค่าการลงทุนเท่าที่จะกระทำได้ ให้ต่ำกว่ากำไรมากที่สุด
- 4) การกระทำทางสังคม ที่มีมูลค่าลงทุนต่ำกว่ากำไรเท่านั้น ที่จะยาวนานหรือคงทน

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การกระทำทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้กระทำทั้งในลักษณะบุคคล และกลุ่มพยายามจะเอาประโยชน์บางอย่างจากคู่กระทำของตน ซึ่งก็อาจจะเป็นบุคคล หรือกลุ่มเช่นกัน ดังนั้นการแลกเปลี่ยนบางอย่างซึ่งกัน และกันการดึงดูดซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์เช่นนี้ ทำให้ฝ่ายหนึ่งหรือต่างฝ่ายต่างพอใจที่จะกระทำต่อกัน หรือร่วมจุดหมายเดียวกัน ไม่ว่าจะกรณีใดก็ตามผลของปฏิสัมพันธ์ หรือผลของการกระทำต่อกัน ก็คือกระบวนการแลกเปลี่ยนซึ่งกัน และกัน (Emerson, 1981 อ้างใน พันธุ์ทิพย์ รามสูต , 2540.)

#### 4.3.4 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

มนุษย์แสดงพฤติกรรมแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยด้านสถานการณ์สิ่งแวดล้อม และเงื่อนไข ซึ่งสิ่งที่แสดงออกอาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางที่ดี และไม่ดี ถือเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งนั้น สำหรับพฤติกรรมที่ควรทราบ เพื่อประกอบการพิจารณาสร้างเสริมสุขภาพมี ดังนี้

##### 1) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ แนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกต และมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อการรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทศนคติ และความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนการให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายใน และภายนอก ที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ในการกระทำ หรือองค์ประกอบที่กระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยจะขอยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ควรรู้ ดังนี้

##### 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior)

เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลัก โภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือ พฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

##### 3) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self Care Behavior)

เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคล ครอบครั้ว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลตนเองนับตั้งแต่การป้องกันโรค ไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย



#### 4) พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior)

เป็นพฤติกรรมที่เมื่อบุคคลปฏิบัติไปแล้วอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน พฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะโดยไม่เคารพกฎจราจร พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการ หรือพฤติกรรมการเสพยาเสพติด เป็นต้น

#### 5) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior)

หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

#### 6) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior)

หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วย ได้แก่ การถามบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับอาการของตน การปรึกษาแพทย์ การดูแลสุขภาพ การหลบหลีกจากสังคม เป็นต้น

#### 7) พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick role Behavior)

หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือ เป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยเอง จะเห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการเรียนรู้ การรับรู้ทัศนคติ ค่านิยม การเลียนแบบ และการถูกบังคับตลอดจนถึงแรงจูงใจอื่น ๆ การปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมทั้งด้านบวก(Positive behavior) และ ด้านลบ (Negative behavior) ซึ่งพฤติกรรมทางด้านลบเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่ยิ่งใหญ่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

#### 8) พฤติกรรมด้านลบที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่พบเห็นโดยทั่วไปในปัจจุบันส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านลบ ในที่นี้จะกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมทางด้านลบ ที่มีผลต่อสุขภาพที่สำคัญ ๆ ได้แก่

(1) พฤติกรรมทางลบที่มีผลต่อการเกิดโรคติดต่อ เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(2) พฤติกรรมทางลบที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารผิดหลักโภชนาการ และมีสารปนเปื้อน พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พฤติกรรม การไม่ออกกำลังกาย และพฤติกรรม การขับขี่รถโดยไม่เคารพกฎจราจร เป็นต้น

(3) พฤติกรรมด้านลบ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสังคม และกระแสการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม ทำให้ประเทศไทยมีการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น สิ่งที่มาคือ มีการทำลายสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ เกิดมลพิษ มลภาวะทั้งในดิน น้ำ และอากาศ

(4) พฤติกรรมด้านลบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการทำงาน เช่น พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคเกษตรกรรม พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคอุตสาหกรรม และ พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคบริการ

สรุปแล้วจะเห็นว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีทั้งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อน และหลังการเกิดปัญหาสุขภาพ แต่พฤติกรรมที่สำคัญและจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้มาก คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติขณะยังมีสุขภาพดี ในขณะที่เดียวกัน พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่ถือเป็น พฤติกรรมทางด้านลบที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ จำเป็นต้องรีบดำเนินการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ และเป็นการจัดการกับปัญหาสุขภาพแนวใหม่ ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (อ้างอิง [http://cyberclass.msu.ac.th/cyberclass/cyberclass-uploads/libs/html/40322/Unit\\_1/Unit\\_1\\_01\\_01.htm](http://cyberclass.msu.ac.th/cyberclass/cyberclass-uploads/libs/html/40322/Unit_1/Unit_1_01_01.htm))

## 5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

### 5.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

Rose (อ้างถึงใน สานิตย์ บุญชู, 2527, หน้า 7) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ กล่าวคือ ชุมชนใดที่ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด ก็จะทำให้การพัฒนาชุมชนนั้นสามารถเป็นไปได้โดยสะดวกและสามารถดำเนิน ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้ ทั้งนี้ โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า คนมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลง คุณค่าของความคิดและสมรรถภาพของคนเรานั้นจะไม่มี ความหมาย ถ้าหากขาด การมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่น

#### 5.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การจัดทำงบประมาณนั้นมีหลายขั้นตอน ฉะนั้นจึงต้องมีการมีส่วนร่วมในการทำงานของเจ้าหน้าที่วิเคราะห์งบประมาณของสำนักงานงบประมาณ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนงบประมาณวิธีการทำงานและบทบาทของเจ้าหน้าที่วิเคราะห์งบประมาณ อันจะส่งผลให้สิ่งประสิทธิผลและความสำเร็จในการปฏิบัติงานของสำนักงานงบประมาณ

การมีส่วนร่วม (participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความ ต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมียากจนเกิด

ความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นแรก ของการที่มีคนมารวมกันใดควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือใน นามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ (organization) ดังนั้นองค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 5)

Erwin (อ้างอิงใน ยุพาพร รูปงาม 2545, หน้า 6) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ว่า คือ กระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของ บุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการ ปฏิบัติงานขององค์การและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

## 5.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมี 5 ทฤษฎี ซึ่ง อคิน รพีพัฒน์ (อ้างอิงใน ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 7-9) ได้สรุปไว้ดังนี้

### 5.2.1 ทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน (Mass Persuasion)

Maslow (อ้างอิงใน อคิน รพีพัฒน์, 2527, หน้า 7-8) กล่าวว่า การเกลี้ยกล่อมหมายถึง การใช้คำพูดหรือการเขียน เพื่อมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำ ซึ่งการ เกลี้ยกล่อมมีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติงานและถ้าจะให้ เกิดผลดีผู้เกลี้ยกล่อมจะต้องมีศิลปะในการสร้างความสนใจในเรื่องที่จะเกลี้ยกล่อม

โดยเฉพาะในเรื่อง ความต้องการของคนตามหลักทฤษฎีของ Maslow ที่เรียกว่าลำดับขั้น ความต้องการ (hierarchy of needs) คือ ความต้องการของคนจะเป็นไปตามลำดับจาก น้อยไปมาก มีทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (survival needs) ได้แก่ ความต้องการทางด้านอาหาร ยา เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และความต้องการทางเพศ

2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการที่อยู่อาศัยอย่างมีความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูก ขโมยทรัพย์สิน หรือความมั่นคงในการทำงานและการมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงในสังคม

3) ความต้องการทางด้านสังคม (social needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4) ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (self-esteem needs) ได้แก่ ความภาคภูมิใจ ความต้องการดีเด่นในเรื่องหนึ่งที่จะให้ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ความต้องการด้านนี้

เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตัวเองในเรื่องความสามารถ และ  
ความสำคัญของบุคคล

5) *ความต้องการความสำเร็จแห่งตน (self-actualization needs)* เป็นความต้องการในระบบสูงสุด ที่อยากจะทำให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิด ของตนเอง เพื่อจะพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ความต้องการนี้จึงเป็นความต้องการ พิเศษของบุคคลที่ จะพยายามผลักดันชีวิตของตนเองให้เป็นแนวทางที่ดีที่สุด

### 5.2.2 ทฤษฎีการระดมสร้างขวัญของคนในชาติ (National Morale)

คนเรามีความต้องการทางกายและใจถ้าคนมีขวัญดีพอ ผลของการทำงานจะ สูง ตามไปด้วย แต่ถ้าขวัญไม่ดีผลงานก็ต่ำไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากว่าขวัญเป็นสถานการณ์ทาง จิตใจ ที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ นั่นเอง การจะสร้างขวัญให้ดีต้องพยายามสร้าง ทศนคติที่ดีต่อ ผู้ร่วมงาน เช่น การไม่เอาर्डเอาเปรียบ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับงาน การเปิดโอกาสให้แสดงความ คิดเห็น เป็นต้น และเมื่อใดก็ตามถ้าคนทำงานมีขวัญดีจะ เกิดสำนึกในความรับผิดชอบ อันจะเกิด ผลดีแก่หน่วยงาน ทั้งในส่วนที่เป็นขวัญส่วนบุคคล และขวัญของกลุ่ม ดังนั้น จะเป็นไปได้ว่าขวัญ ของคนเราโดยเฉพาะคนมีขวัญที่ดีย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นกัน (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8)

### 5.2.3 ทฤษฎีสร้างความรู้รักชาตินิยม (Nationalism)

ปัจจัยประการหนึ่งที่น่าสู่การมีส่วนร่วมคือ การสร้างความรู้รักชาตินิยมให้ เกิดขึ้น หมายถึง ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่จะอุทิศหรือ เน้นค่านิยมเรื่องผลประโยชน์ ส่วนรวม ของชาติ มีความพอใจในชาติของตัวเอง พอใจเกียรติภูมิ จงรักภักดี ผูกพันต่อ ท้องถิ่น (ยุพาพร รูป งาม, 2545, หน้า 8)

### 5.2.4 ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership)

การสร้างผู้นำจะช่วยจูงใจให้ประชาชนทำงานควยความเต็มใจเพื่อบรรลุ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการร่วมกลุ่มคน จูงใจไปยัง เป้าประสงค์โดยทั่วไปแล้วผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีเรียกว่า ผู้นำปฏิฐาน (positive leader) ผู้นำพลวัต คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (dynamic leader) และผู้นำไม่มีกิจ ไม่มีผลงานสร้างสรรค์ ที่เรียกว่า ผู้นำนิเสธ (negative leader) ผลของการให้ทฤษฎีการสร้างผู้นำ จึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือ ปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจ งานมีคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ดังนั้น การสร้างผู้นำที่ดี ย่อมจะนำไปสู่ การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยดีนั่นเอง (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8)

### 5.2.5 ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and Method)

การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่ยาก เพราะใช้กฎหมาย ระเบียบ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามผลของความร่วมมือยังไม่มีระบบใดที่ดีที่สุดในเรื่องการใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคน ถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจ ไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรัก แต่ถ้าไม่ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบายและความจำเป็นของรัฐ เพราะการใช้ระบบบริหาร เป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพิ่มความคาดหวังผลประโยชน์ (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8-9)

### 5.3 แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม

สำนักงานคณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และทบวงมหาวิทยาลัย (2546, หน้า 114) ได้ระบุว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนหรือชุมชนสามารถเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจ ในการกำหนด นโยบายพัฒนาท้องถิ่น และมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์จากบริการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผลโครงการต่าง ๆ ของท้องถิ่น นอกจากนี้ยังได้ให้ความหมายของ การมีส่วนร่วมว่ามี 2 ลักษณะ คือ

**5.3.1 การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา** โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ

**5.3.2 การมีส่วนร่วมทางการเมือง** แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือ ชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชนอันจะก่อให้เกิดกระบวนการ และ โครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับ ผลประโยชน์จากการพัฒนา

การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชน มีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผน จากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เป็นการคืนอำนาจในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคต ของตนเอง

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527, หน้า 183) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของ บุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุ จุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546, หน้า 4) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การ

มีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วม การตัดสินใจ หรือเคยมาเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมี อิสรภาพ เสมอภาค มิใช่มีส่วนร่วม อย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริงยิ่งขึ้นและ การเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้น สุดท้ายของโครงการ

ชิต นิลพานิช และกุลธนา ธนาพงศธร (2532, หน้า 350) ได้ระบุว่า การมีส่วนร่วม ของประชาชนในการพัฒนาชนบท หมายถึง การที่ประชาชนทั้งในเมืองและชนบทได้เข้ามีส่วนร่วม หรือเข้ามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาชนบทขั้นตอนได้ขั้นตอน หนึ่งหรือทุกขั้นตอน แล้วแต่เหตุการณ์จะเอื้ออำนวย

วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน (2531, หน้า 10) ได้สรุปว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันและอย่างเต็มที่ของกลุ่มบุคคลผู้มีส่วน ได้เสียในทุก ขั้นตอนของโครงการ หรืองานพัฒนาชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมี ส่วนร่วมในอำนาจ การตัดสินใจและหน้าที่ความ รับผิดชอบ การมีส่วนร่วมจะเป็นเครื่องประกันว่าสิ่งที่ ผู้มีส่วน ได้เสียต้องการที่สุดนั้น จักได้รับการ ตอบสนองและทำให้มีความเป็นไปได้มาก ขึ้นว่าสิ่งที่ทำไปนั้นจะตรงกับความต้องการที่แท้จริง และมั่นใจมากขึ้นว่าผู้เข้าร่วม ทุกคนจะได้รับประโยชน์เสมอหน้ากัน

#### 5.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

โกวิทย์ พวงงาม (2545, หน้า 8) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชน ในการพัฒนา ควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ

##### 5.4.1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น

กล่าวคือ ถ้าหากชาวชนบทยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา ในท้องถิ่น ของตนเป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาลงมือ ไร้ประโยชน์ เพราะชาว ชนบทจะไม่เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการ ดำเนินงานเหล่านั้น

5.4.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวชนบทรู้จักวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักการ นำเอาปัจจัย ข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน

5.4.3 การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวชนบทส่วนใหญ่จะมี ฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของคนที่สามารถเข้าร่วมได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงาน จะทำให้ ชาวชนบทสามารถคิดค้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนิน กิจกรรมอย่างใกล้ชิด

5.4.4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงาน และ ประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวชนบทย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำ ไปนั้น

ได้รับผลดี ได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างใด การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไป จึงอาจ จะประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวง ศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย(2545,หน้า 116)ยัง ได้ กล่าวถึง การมี ส่วนร่วมในขั้นตอนของการพัฒนา 5 ขั้น ดังนี้

1. ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนตลอดจน กำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความ ต้องการ

2. ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนด ทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้

3. ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วม ใน การสร้างประโยชน์ โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วม บริหารงาน ประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4. ขั้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ ประชาชน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับ ผลประโยชน์อันเกิดจาก การพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ

5. ขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วม ประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด

#### 5.5 ระดับของการมีส่วนร่วม

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546, หน้า 17) ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมตาม หลักการทั่วไปว่าแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

**5.5.1 การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ของตน/ครอบครัว/ชุมชนของตน**

**5.5.2 การมีส่วนร่วมรับข้อมูลข่าวสาร**

**5.5.3 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ** โดยเฉพาะในโครงการที่ตนมีส่วนได้เสีย โดย แบ่งเป็น 3 กรณีแล้วแต่กิจกรรมในตนอยู่ในขั้นตอนใดต่อไปนี้

- 1) ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจน้อยกว่าเจ้าของโครงการ
- 2) ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจเท่ากับเจ้าของโครงการ
- 3) ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าของโครงการ
- 4) การมีส่วนร่วมทำ คือร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด

5) การมีส่วนร่วมสนับสนุน คืออาจไม่มีโอกาสร่วมทำ แต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือ ในด้านอื่น ๆ

นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็นระดับของการมีส่วนร่วม ตามแนวทางพัฒนาชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยได้ แบ่งไว้ดังนี้

1. ร่วมค้นหาปัญหาของตนให้เห็นว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหารากเหง้าของปัญหา
2. ร่วมค้นหาสิ่งที่จำเป็นของคนในปัจจุบันคืออะไร
  - 2.1 ร่วมคิดช่วยตนเองในการจัดลำดับปัญหา เพื่อจะแก้ไขสิ่งใดก่อนหลัง
  - 2.2 วางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเรื่อง ๆ
  - 2.3 ร่วมระดมความคิด ถึงทางเลือกต่าง ๆ และเลือกทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหานั้น
  - 2.4 ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้
  - 2.5 ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ๆ
  - 2.6 ร่วมติดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน
  - 2.7 ร่วมรับผลประโยชน์/หรือร่วมเสียผลประโยชน์จากการดำเนินงาน

#### 5.6 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนมี ดังนี้ (จิต นิลพานิช และกุลชน ณาพวงศธร, 2532, หน้า 362)

**5.6.1 หลักการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างทางราชการกับประชาชน**  
โดยยึดถือความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อหน่วยงานหรือต่อบุคคล

**5.6.2 หลักการขจัดความขัดแย้ง** ความขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์และความคิด จะมี อิทธิพลต่อการดำเนินงานพัฒนาเป็นอย่างมากเพราะจะทำให้งานหยุดชะงักและล้มเหลว

**5.6.3 หลักการสร้างอุดมการณ์และค่านิยมในด้านความขยัน ความอดทน การร่วมมือ การซื่อสัตย์ และการพึ่งตนเอง** เพราะอุดมการณ์เป็นเรื่องที่จะจูงใจประชาชนให้ ร่วมสนับสนุนนโยบาย และเป้าหมายการดำเนินงาน และอาจก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน

**5.6.4 การให้การศึกษาอบรมอย่างต่อเนื่อง** เป็นการส่งเสริมให้คนมีความรู้ความคิดของตนเอง ช่วยทำให้ประชาชนมั่นใจในตนเองมากขึ้น การให้การศึกษาอบรมโดยให้ ประชาชนมีโอกาสทดลองคิด ปฏิบัติ จะช่วยให้ประชาชนสามารถคุ้มครองตนเองได้ รู้จักวิเคราะห์เห็นคุณค่าของงาน และนำไปสู่การเข้าร่วมในการพัฒนา



**5.6.5 หลักการทำงานเป็นทีม** สามารถนำมาใช้ในการแสวงหาความร่วมมือในการพัฒนาได้

**5.6.6 หลักการสร้างพลังชุมชน** การรวมกลุ่มกันทำงานจะทำให้เกิดพลังในการทำงานและทำให้งานเกิดประสิทธิภาพ

อนึ่ง สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาพัฒนาการศึกษาระดับปริญญา, กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย (2545, หน้า 118) ได้กล่าวถึงยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 2 ประการคือ

1. การจัดกระบวนการเรียนรู้ สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้
  - 1.1 จัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้าน เพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ
  - 1.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือจัดทัศนศึกษาระหว่างกลุ่มองค์กร ต่าง ๆ ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน
  - 1.3 แก่อบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่าง ๆ
  - 1.4 ลงมือปฏิบัติจริง
  - 1.5 ถ่ายถอดประสบการณ์และสรุปบทเรียนที่จะนำไปสู่การปรับปรุง กระบวนการทำงานที่เหมาะสม
2. การพัฒนาผู้นำเครือข่าย เพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในความและ ความสามารถที่มี จะช่วยให้สามารถริเริ่มกิจกรรมการแก้ไขปัญหา หรือกิจกรรมการ พัฒนาได้ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้
  - 2.1 แลกเปลี่ยน เรียนระหว่างผู้นำทั้งภายในและภายนอกชุมชน
  - 2.2 สนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุน ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง
  - 2.3 แลกเปลี่ยนเรียน!และดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดกระบวนการจัดการและจัดองค์กรร่วมกัน

## 5.7 กรรมวิธีในการมีส่วนร่วมของประชาชน

กรรมวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถทำได้หลายวิธี ที่สำคัญมีดังต่อไปนี้ (โกวิท พวงงาม, 2545, หน้า 11)

**5.7.1 การเข้าร่วมประชุมอภิปราย** เป็นการเข้าร่วมถกปัญหาหรือเนื้อหาสาระของแผนงานหรือ โครงการพัฒนา เพื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชน

**5.7.2 การถกเถียง** เป็นการแสดงความคิดเห็นโต้แย้งตามวิถีทางประชาธิปไตย

เพื่อให้ทราบถึงผลดี ผลเสียในกรณีต่าง ๆ โดยเฉพาะประชาชนในท้องถิ่นที่มีผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบต่อความเป็นอยู่ของเขา

**5.7.3 การให้คำปรึกษาแนะนำ** ประชาชนต้องร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการบริหารโครงการเพื่อให้ความมั่นใจว่ามีเสียงของประชาชนที่ถูกผลกระทบ เข้ามีส่วนร่วม รับรู้และร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนด้วย

**5.7.4 การสำรวจ** เป็นวิธีการให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ อย่างทั่วถึง

**5.7.5 การประสานงานร่วม** เป็นกรรมวิธีที่ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่การคัดเลือกตัวแทนของกลุ่มเข้าไปเป็นแกนนำในการจัดการหรือบริหาร

**5.7.6 การจัดทัศนศึกษา** เป็นการให้ประชาชนได้เข้าร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริง ณ จุดดำเนินการ ก่อนให้มีการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง

**5.7.7 การสัมภาษณ์หรือพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้นำ รวมทั้งประชาชนที่ได้รับ** ผลกระทบเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่น

**5.7.8 การได้สวนสาธารณะ** เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นต่อนโยบาย กฎ ระเบียบในประเด็นต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชน โดยรวม

**5.7.9 การสาธิต** เป็นการใช้เทคนิคการสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึงและชัดเจนอันจะเป็นแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม

**5.7.10 การรายงานผล** เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทบทวนและสะท้อนผลการตัดสินใจต่อโครงการอีกครั้งหนึ่ง หากมีการเปลี่ยนแปลงจะได้แก้ไขได้ทันที่

## 5.8 กระบวนการมีส่วนร่วม

Szentendre (อ้างถึงใน สถาบันพระปกเกล้า, 2545, หน้า 30-31) กล่าวถึงการแบ่งกระบวนการการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

5.8.1 การมีส่วนร่วมคานการวางแผน

5.8.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

5.8.3 การมีส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์

5.8.4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

## 5.9 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ Community Participation

### Model of Health Promotion

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทาง สำหรับการดำเนินงาน เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และเกื้อหนุนให้บุคคล ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้าน แบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้น เป็นองค์รวม ที่มาจากส่วนประกอบหลายๆ ประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ชัยขัย หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการปรับปรุง สังคมด้านต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และอื่นๆ โดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจจากรัฐ มาสู่ประชาชน ให้มีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพ และจัดการกับชุมชนของตนเอง อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ และความเป็นไปได้ ในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึง ระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกันของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกัน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนอย่างเต็มที่

การประชุมแพทยศาสตร์ (2542) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ของการมีส่วนร่วม ของประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพ จึงเสนอแนะระบบบริการสุขภาพ ที่จะสนับสนุน การมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ 3 ประการ คือ

1. การสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชน ในการควบคุมปัจจัย ที่จะผลกระทบ ต่อสุขภาพ เพราะความเข้มแข็งของประชาชน และชุมชน จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อ ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วม ในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น
2. การจัดบริการในชุมชน (community-based health services) เป็นบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด และ
3. การประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพ (public health policy) ที่จะมผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ

บทบาทของประชาชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และชุมชน โดยประชาชนจะต้องเห็นคุณค่า และผลของสิ่งแวดล้อม ต่อภาวะสุขภาพ ช่วยกันรักษา และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูล ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การรวมตัวกันของชุมชน เพื่อออกกำลังกาย การณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ หรือสิ่งเสพติด การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ และการจัดโครงการ โรงเรียนสุขภาพดี ที่ทำงานสุขภาพดี หรือชุมชนสุขภาพดี เป็นต้น องค์กรชุมชน จึงต้องมีการพัฒนาโครงสร้าง และกลไกการจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ และตระหนักในสุขภาพของชุมชน และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำหน้าที่ให้ความรู้ และสนับสนุนให้เกิดทักษะ

การส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด การส่งเสริมพลังอำนาจชุมชน ที่สนับสนุนให้ชุมชนเกิดความสำนึก และพันธสัญญาต่อส่วนรวม และการเสริมสร้างให้ชุมชน ลงมือทำด้วยตนเอง อย่างต่อเนื่อง เป็นการสะสมความรู้ และประสบการณ์ จากการปฏิบัติจริง (learning by doing) และเป็นกระบวนการเรียนรู้ แบบปฏิสัมพันธ์ (interactive learning process) โดยเริ่มตั้งแต่ การสร้างทีมงาน เขียนโครงการ จัดทำแผน ดำเนินงาน ควบคู่ไปกับ กระบวนการสะท้อนความรู้สึก ของประชาชน สำหรับข้อมูลย้อนกลับ ในการปรับปรุงแผนงาน และกิจกรรมในโครงการ จนเกิดความรู้สึก เป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ซึ่งมีส่วนเกื้อหนุนองค์กรชุมชน ให้มีความแข็งแกร่ง และมั่นคงยิ่งขึ้น สำหรับ การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบบยั่งยืนต่อไป

สถานีอนามัย		
องค์กรอื่น ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน	ปัญหาของชุมชน	การจัดการ และการดำเนินงานของชุมชน
1. องค์กรรัฐ	1. ด้านสุขภาพ	1. การสร้างทีมงาน
2. องค์กรเอกชน	2. ด้านเศรษฐกิจ	2. การระบุปัญหา และสร้างความตระหนักของชุมชน
3. องค์กรชุมชน	3. ด้านสังคม	3. การวางแผนร่วมกัน ระหว่างสถานีอนามัย กับชุมชน
	4. ด้านสิ่งแวดล้อม	4. การดำเนินการของชุมชน
		5. การประเมินผล และการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

### 5.9.1 ขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

#### 1) ขั้นตอนการสร้างทีมงาน มีการจัดการ ดังนี้

(1) การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพ กับเจ้าหน้าที่ของรัฐในสาขาต่างๆ เช่น ครู พัฒนาชุมชน เกษตรชุมชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น ทำบุญทอดกฐิน ปลูกต้นไม้ในชุมชน งานวันเด็กของโรงเรียน งานบวช และงานศพ เป็นต้น เพื่อแสดงออกถึงความจริงใจ ที่มีต่อชาวบ้านในชุมชน และถ้าหากเป็นคนในท้องถิ่น และสามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้ ก็จะเป็นการดี ที่จะทำ

ให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย กับชาวบ้านมากขึ้น จนกลายเป็นความไว้วางใจ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ ของสถานีอนามัย

(2) การสร้างแกนนำของชาวบ้าน หรือ "ทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน" ด้วยการจัดประชุม อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มอื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งชาวบ้าน เพื่อเปิดกว้างให้กับคนในชุมชนทุกคน ได้เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะ อาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงต้องชี้แจงจุดประสงค์ของโครงการ บทบาท และความสำคัญของแกนนำชาวบ้าน คือ ต้องเป็นผู้ที่มีความสมัครใจ เสียสละ สามารถอุทิศเวลาให้กับส่วนรวมได้ และที่สำคัญ ต้องมีความสนใจในเรื่องของสุขภาพ ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ ของคนในชุมชน สามารถกระตุ้น ชักจูงชาวบ้าน ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ และยินดีร่วมมือกัน แก้ไขปัญหาของชุมชน และเป็นผู้นำในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้

(3) การให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำชาวบ้าน เพื่อให้กลุ่มแกนนำได้เกิดแนวคิด เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และเป็นพื้นฐานในการทำงานต่อไป

### 2) ขั้นตอนการสร้างความตระหนัก ถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน

สามารถทำได้หลายรูปแบบ แต่ในที่นี้ขอเสนอด้วยวิธีการ ใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem based) ในการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาชุมชน โดยเริ่มจาก การมีส่วนร่วมสำรวจชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้รู้สภาพของ ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ตั้งแต่การสร้างแบบสำรวจ การกำหนดพื้นที่ และทีมงานสำรวจ การสำรวจ และการนำข้อมูลมาสรุป และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นพี่เลี้ยง ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล การระบุปัญหา และสาเหตุของปัญหา โดยกลุ่มแกนนำเป็นผู้นำเสนอข้อมูล ที่ได้จากการสำรวจ ต่อที่ประชุมชาวบ้าน และเปิดโอกาสให้ชาวบ้าน เสนอความคิดเห็น และปัญหาเพิ่มเติม เพื่อสรุปออกมา เป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง และนำปัญหาสำคัญ มาค้นหาสาเหตุ สำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไขต่อไป และการจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหา ด้วยการให้ที่ประชุมร่วมกัน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตามความรุนแรง และความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาวางแผนต่อไป

3) ขั้นตอนการวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ชาวบ้านร่วมกัน เสนอความคิดเห็น และกำหนดกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ บนพื้นฐานของชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งการกำหนดกิจกรรม และวางแผนนั้น ไม่จำเป็นต้องทำให้เสร็จสิ้นในครั้งเดียว แต่อาจกำหนดอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทีละกิจกรรม เช่น การทอดผ้าป่าสามัคคี เพื่อจัดหาทุนมาใช้ในการดำเนินงาน การจัดตั้งชมรมสุขภาพชุมชน การนวดแผนไทย การส่งเสริมการ

ปลูกต้นไม้ และสมุนไพรรักษาโรคในชุมชน ส่งเสริมการผลิต และบริโภคข้ามช้อมมือ และกิจกรรมวันผู้สูงอายุ เป็นต้น เพราะเมื่อสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม ทีมงานจะได้นำประเด็นข้อเสนอต่างๆ มาใช้ในการวางแผนงานกิจกรรมต่อไป

4) **ขั้นตอนการดำเนินการของชุมชน** โดยการจัดตั้งกลุ่มทำงาน ของแต่ละกิจกรรม และดำเนินงานตามแผน โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นผู้ให้การสนับสนุน และช่วยประสานงาน ให้คณะทำงานสามารถดำเนินการได้ และมีการประชุม และประเมินผลการทำงานเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง

5) **ขั้นตอนการประเมินผล และการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง**

คือ หลังจากการดำเนินงานไปแล้ว 1 ปี ควรจะมีการประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน ในประเด็นต่างๆ เช่น อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น หรือลดลงมากน้อยเพียงใด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ของชุมชน เกิดขึ้นหรือไม่ และจัดทำรายงานการประเมินผล พร้อมทั้งชี้แจง และเผยแพร่ให้ชาวบ้าน ได้รับทราบถึงผลการดำเนินงาน เพื่อให้ชาวบ้านดำเนินงานต่อไป ได้อย่างมั่นใจ

### 5.9.2 บทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อการส่งเสริมสุขภาพ

การแสดงออกของเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีส่วนทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้ และจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ และรู้จักแสวงหาความรู้ เพื่อการตัดสินใจ และปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และชุมชน ดังมีบทบาทต่อไปนี้

1) **สร้างความมั่นใจให้กับชุมชน** การให้ชาวบ้าน เกิดความมั่นใจนั้น นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการร่วมงานกับชุมชน เพราะทำให้ชาวบ้านเกิดความไว้วางใจ ที่จะทำงานร่วมกันต่อไป วิธีการที่ช่วยให้ชาวบ้านเกิดความเข้าใจ และไว้วางใจ คือ การแสดงออกถึงความจริงใจ ที่ต้องการดูแลสุขภาพชาวบ้าน อย่างสม่ำเสมอ

2) **เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชน** เป็นการเพิ่มสมรรถนะ (enabling) ให้ชาวบ้าน สามารถควบคุมสถานะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง รู้จักคิด รู้จักแก้ปัญหา โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่

(1) การให้ข้อมูลข่าวสาร ที่เอื้อต่อสุขภาพคน ในชุมชน เช่น การประชุม ชี้แจง การจัดอบรม และการประกาศทางหอกระจายข่าว เป็นต้น

(2) การพัฒนาการทำงานเป็นทีม ด้วยการกระตุ้นให้ชาวบ้าน ร่วมกันคิด และร่วมกันลงมือทำกิจกรรม ด้วยตนเอง (Community Action) โดยยึดหลักการพึ่งตนเอง (Self Reliance) และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom)

(3) การพัฒนาทักษะสุขภาพตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะสุขภาพ ให้แก่ชาวบ้าน ในวันพบกลุ่มของสมาชิก ชมรมส่งเสริมสุขภาพ อาทิ การสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการฝึกออกกำลังกาย นั่งสมาธิ หรือการผลิตนมถั่วเหลือง เป็นต้น

(4) การศึกษาดูงาน โดยการนำชาวบ้านไปดูงาน ตามเครือข่ายต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ หมู่บ้านดีเด่นในเรื่องต่างๆ เช่น การผลิตสมุนไพร การผลิตข้าวซ้อมมือ หรือการบริหารจัดการ เป็นต้น เพื่อการเรียนรู้ ทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้ แนวคิด และกำลังใจในการทำงาน พัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป

3) *ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพชุมชน* เป็นการช่วยให้ชุมชนเรียนรู้การอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเกื้อกูล และสมดุล ทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ของทุกคน ดังเช่น

(1) การส่งเสริมอาชีพที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การผลิตนมถั่วเหลือง การนวดแผนไทย การปลูก และผลิตสมุนไพรในชุมชน และการผลิตข้าวซ้อมมือ เป็นต้น

(2) การส่งเสริมการปลูกป่าสวนผสม โดยการแนะนำให้ปลูกต้นไม้ยืนต้น ไม้ผล และสมุนไพรผสมผสานกันไป เพราะนอกจากจะเป็นการอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติ และเป็นแหล่งของพืชสมุนไพรแล้ว ยังช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่ครอบครัวได้ ทั้งระยะสั้น โดยการขายพืชสมุนไพร และในระยะยาว การปลูกไม้ยืนต้นเปรียบเสมือน "ต้นไม้บ้านอายุชีวิต" ไว้ใช้จ่ายยามแก่เฒ่าได้ด้วย เนื่องจากการขายต้นไม้ขนาดใหญ่ จะมีราคาสูงมาก

(3) การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ และมิตรไมตรีที่ดีต่อกัน ภายในชุมชน เป็นการส่งเสริมสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม โดยเน้นให้ชุมชนเห็นถึงความสำคัญ "ความสามัคคี" ซึ่งสามารถช่วยให้เกิดพลัง ในการทำงานและแก้ปัญหาได้ทุกอย่าง ให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

4) *ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ* โดยส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการผสมผสานความรู้ ทางด้านการแพทย์ มาให้เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น และการกระตุ้นให้ชาวบ้านมาร่วมคิด และทำกิจกรรมกับ เจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น การเปิดบริการแพทย์แผนไทย การนวด การอบ และการจำหน่ายยาสมุนไพร เป็นต้น

5) *ประสานความร่วมมือ* โดยการประสานงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งใน และนอกชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ชมรมสุขภาพต่างๆ คลินิกแพทย์แผนไทย และชุมชนเครือข่ายต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาชุมชน สำหรับเป็นที่ศึกษาดูงาน และเป็นที่ปรึกษา ให้กับองค์กรในชุมชน

บทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพดังกล่าว เป็นปัจจัยที่สำคัญ ทำให้ชาวบ้านเกิดความมั่นใจ และรู้สึกว่าเป็นที่ปรึกษาที่ให้อิสระ และยอมรับในความคิดของตน จึงเกิดบรรยากาศของการปรึกษาหารือร่วมกัน เพื่อการสร้างพลังอำนาจ และความแข็งแกร่งแก่ชุมชน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงบทบาท ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ จากการมุ่งเน้นการรักษาพยาบาล เป็นการดูแล และส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม โดยการผสมผสานความรู้ ทางด้านการแพทย์ ให้เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น ร่วมคิด ร่วมทำกับชาวบ้านมากขึ้น ทำให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ จากการได้รับการแก้ไข ให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี โดยการพูดคุย และการให้กำลังใจ จนเกิดเป็นความรู้สึกที่ดี และเอื้ออาทรต่อกัน ทำให้เกิดพลังในการแก้ปัญหาชุมชน ให้ลุล่วงไปได้

### 5.9.3 บทบาทของประชาชนในชุมชน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบ ของชาวบ้าน ต่อการดูแลสุขภาพของชุมชน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการมีส่วนร่วม คือ สัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแสดงออก ถึงความจริงใจ ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ก็มีผลทำให้ชาวบ้าน อยากเข้าร่วมในโครงการ ด้วยความสมัครใจ บรรยากาศในการทำงานร่วมกัน จึงเป็นไปอย่างราบรื่น ดังตัวอย่างกิจกรรมต่อไปนี้

1) การทอดผ้าป่าสามัคคี เพื่อสุขภาพ เพื่อหาเงินทุนมาดำเนินงาน เพื่อสุขภาพต่อไป และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน เนื่องจากเป็นงานบุญ ทำให้ชาวบ้านให้ความร่วมมือ ทั้งการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมทุนทรัพย์ ใ้งานบรรลุเป้าหมาย เพราะนอกจากชาวบ้าน จะได้รับความสนุกสนานรื่นเริง จากการจัดงานแล้ว รายได้จากการทำงานบุญ ยังสามารถนำมาเป็น “กองทุนสุขภาพชุมชน” ในการนำมาพัฒนาชุมชน ด้านสุขภาพต่อไปอีกด้วย

2) ชมรมส่งเสริมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้สูงอายุ หรือผู้สนใจสุขภาพ ได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ และดูแลสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยวัดความดันโลหิต และร่วมกิจกรรม การสวดมนต์ไหว้พระ และนั่งสมาธิ การให้ความรู้สุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมบันเทิงต่างๆ เช่น ร้องเพลง รำวง เป็นต้น

3) ส่งเสริมการบริโภค และผลิตนมถั่วเหลืองในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้าน ได้ดื่มนมถั่วเหลืองอย่างทั่วถึง ด้วยการส่งเสริมการปลูกถั่วเหลือง และสอนวิธีการทำนมถั่วเหลือง บริโภคในครอบครัว พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ให้กับชาวบ้าน ผู้สนใจที่จะทำอาชีพเสริม ทำให้ชุมชนสามารถมีนมถั่วเหลืองให้กับเด็ก ที่ขาดสารอาหาร ทั้งผู้สูงอายุได้บริโภคในราคาที่ถูกลง



4) *ส่งเสริมการนวดแผนไทย* เพื่อช่วยลดปัญหาการปวดเมื่อยกระดูก และกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ และชาวบ้านทั่วไป ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิต การนวดเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ของชาวบ้าน แทนการรับประทานยาแก้ปวด หรือยาสมุนไพร ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้น การจัดอบรมการนวดให้คนในชุมชน เพื่อมาเปิดให้บริการนวดแก่ชาวบ้านในชุมชน จึงน่าจะเป็นวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยลดปัญหาการบริโภคยา ที่เกินความจำเป็น ของชาวบ้านลงได้

5) *ส่งเสริมการปลูก และใช้สมุนไพรในชุมชน* โดยเริ่มต้นจากการแปรรูปสมุนไพร ที่มีวัตถุดิบมากในชุมชน เช่น ขมิ้น และฟ้าทะลายโจร อัดแคปซูล จี้ผึ้งไพล เป็นต้น พร้อมกับการส่งเสริมให้ปลูกสมุนไพรเหล่านั้น ควบคู่ไปกับไม้ยืนต้น และไม้ผล เป็น “สวนผสม” และมีการชุดบ่อเลี้ยงปลาในสวนด้วย จากนั้นควรนำคณะทำงานไปดูงานที่ต่าง ๆ เช่น ศูนย์การแพทย์แผนไทย หรือหมู่บ้านอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จในการผลิตสมุนไพร ทำให้กลุ่มสามารถพัฒนา การผลิตสมุนไพร ทำให้กลุ่มสามารถพัฒนาการผลิตสมุนไพรดีขึ้น และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต้องมีส่วนร่วม ในการควบคุมความสะอาด และช่วยประชาสัมพันธ์ เป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และช่วยให้ชาวบ้านบางคน มีอาชีพเสริม และมีรายได้เพิ่มขึ้น

6) *กิจกรรมวันผู้สูงอายุ* ควรจัดเป็นงานประเพณีประจำปี ของชุมชน ในวันสงกรานต์ เรื่องจากเป็นวันครอบครัว ลูกหลาน ได้มีโอกาสแสดงมุทิตาจิต แก่ญาติผู้ใหญ่ และให้เด็ก รุ่นหลังของชุมชน ได้เห็นประเพณีสงกรานต์ที่ดีงาม จะได้สืบทอดต่อไป โดยเชิญชวนให้ชาวบ้าน นำปิ่นโตมาถวายพระ และรับพร และเชิญผู้สูงอายุทุกท่าน มาให้ลูกหลานได้รดน้ำ เพื่อแสดงมุทิตาจิต และขอพรจากท่าน พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกต่าง ทำให้เด็ก ๆ ภายในชุมชน ได้เห็นตัวอย่าง ประเพณีสงกรานต์ ที่ดีงาม มิใช่การสาดน้ำใส่กัน อย่างที่ปรากฏตามท้องถนนต่างๆ

การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพชุมชนนั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมความร่วมมือ ซึ่งจะเห็นว่า กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น มิได้มุ่งเน้น แต่เพียงการแก้ปัญหาสุขภาพเท่านั้น หากเป็นการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในการพัฒนา และประชาชนเองก็เป็นตัวจักรสำคัญ ในการร่วมดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น ทั้งในส่วน of ประชาชน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงต้องมีการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Community Learning) เพราะเมื่อเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน และเรียนรู้ จนเป็นวงจร ต่อเนื่องไม่รู้จักจบ ทำให้เกิดพลังมหาศาล ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในสังคม ผลที่ได้จะทำให้ บุคคลสามารถ นำความรู้ไปสู่การตัดสินใจ เลือกแนวทางการแก้ปัญหา ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตต่อไป และที่สำคัญ ควรมรการพัฒนาแนวคิด ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ ที่ว่า

บุคคลมีศักยภาพ และสามารถเรียนรู้ที่จะดูแล และพึ่งพิงตนเองได้ เพราะจะเป็นหนทาง นำไปสู่การพัฒนาชุมชน ให้เข้มแข็ง และคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนต่อไปได้

(อ้างอิง <http://advisor.anamai.moph.go.th/hph/text/part.html>)

### 5.10 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning หรือ PL)

แนวคิดสำคัญของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่อาศัยกระบวนการที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั่นก็คือ “กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม” (Participatory Learning หรือ PL) ได้แก่ หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม การกำหนดแผนหรือลำดับขั้นตอนในการสอนที่สอดคล้องกับจุดประสงค์การเรียนรู้ 3 ทั้งด้านคือ การสอนความรู้ การสอนเจตคติ และการสอนทักษะ โดยจะได้นำเสนอแนวคิดโดยย่อเป็นลำดับดังต่อไปนี้

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยแนวคิดหรือความเชื่อพื้นฐานการเรียนรู้ 5 ประการ ได้แก่

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
2. เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง และท้าทาย
3. เป็นการเรียนรู้ที่เน้นที่การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนำไปสู่การขยายเครือข่ายความรู้ของทุกคน ทั้งผู้เรียนและผู้สอน

5. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ (พูด เขียน วาดภาพ การแสดง บทบาทสมมติ ฯลฯ) ที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างความรู้ความเข้าใจ การวิเคราะห์สังเคราะห์ที่นำไปสู่ข้อสรุป หรือองค์ความรู้ใหม่

ซึ่งหลักการเรียนรู้ที่สำคัญมี 2 ประการ ซึ่งจะประกอบแนวคิดในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ได้แก่

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) และ
2. การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

ที่มา (รวมที่ link) : (ฐิตา สันติระชัยวัฒนา, 2540; กรมอนามัย, 2545)ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นทฤษฎีที่สำคัญในจำนวน 5 ทฤษฎี ที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดทำหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2544 ซึ่ง สุมณฑา พรหมบุญ ผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษา เป็นหัวหน้าคณะผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำ จุดเน้นของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ

การให้นักเรียนมีส่วนร่วมทางด้านจิตใจ การได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะชีวิตต่าง ๆ การแสวงหาความรู้ การคิด การจัดการความรู้ การแสดงออก การสร้างความรู้ใหม่ และการทำงาน (ปรีวัชร เขื่อนแก้ว. ออนไลน์. 2550.)

สมใจ ปราบพล (2544 : 13-14) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึงการที่นักเรียนแต่ละคน มีส่วนร่วมโดยการเอาใจใจเข้าร่วมทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม อาศัยหลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะการแสวงหาความรู้ ทักษะการบันทึกความรู้ ทักษะการคิด ทักษะการจัดการความรู้ ทักษะการแสดงออก ทักษะการสร้างความรู้ใหม่ และทักษะการทำงานกลุ่ม

อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง (2545 : 41) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจเลือกบทเรียนที่ต้องการเรียนรู้ในลักษณะกลุ่มหรือศึกษาด้วยตนเอง นักเรียนจะร่วมกันจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทุกขั้นตอนฝึกปฏิบัติการวางแผนการทำกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันและทำรายงานผลการเรียนรู้

สุมณฑา พรหมบุญ และอรพรรณ พรสีมา (2549 : 34-35) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเตรียมนักเรียนให้พร้อมที่จะเผชิญกับชีวิตจริงเพราะลักษณะของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้นักเรียนได้รับฝึกหัดต่อการเรียนรู้ของตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติ ทำกิจกรรมกลุ่ม ฝึกฝนทักษะการเรียนรู้ทักษะการบริหาร การจัดการ การเป็นผู้นำผู้ตามและที่สำคัญเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับชีวิตจริงของนักเรียน มากที่สุดวิธีหนึ่ง อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี ช่วยให้นักเรียนได้ฝึกฝนความเป็นประชาธิปไตยฝึกการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ช่วยให้นักเรียนเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเรียน ต่อผู้สอน ต่อสถานศึกษาและต่อสังคม

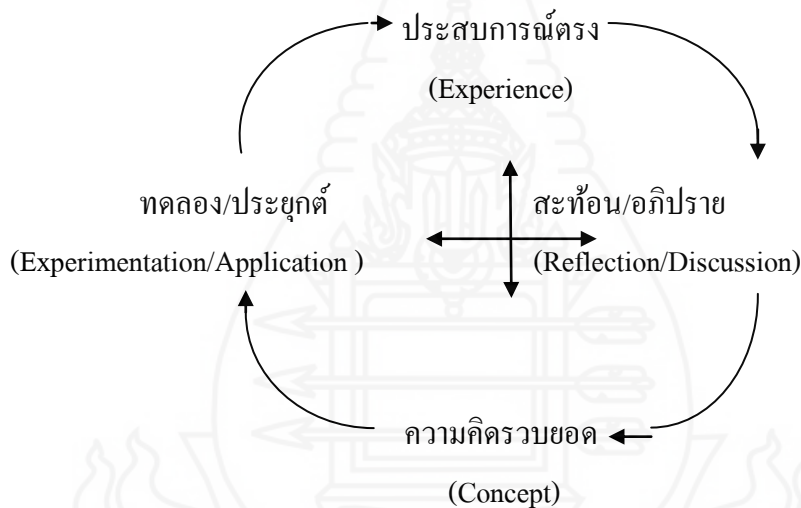
Kolb (ออนไลน์. 1994) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ในการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ นักเรียนควรมีทักษะในการเรียนรู้ทั้ง 4 องค์ประกอบ แม้บางคนจะชอบ/ถนัด หรือมีบางองค์ประกอบมากกว่า เช่น เคยมีประสบการณ์จริง แต่ถ้าไม่ชอบแสดงความคิดเห็นหรือไม่นำประสบการณ์มาร่วมอภิปราย นักเรียนนั้นก็ขาดการมีทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้นนักเรียนจึงควรมีทิศทางการเรียนรู้ทุกด้าน และควรมีพัฒนาการการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร หรือทั้ง 4 องค์ประกอบ

ที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จะทำให้นักเรียนได้ค้นพบตนเอง เข้าใจความต้องการและทราบถึงระดับความสามารถของตนเอง ได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะการแสวงหาความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ได้ฝึกทักษะการเรียนรู้ ทักษะการบริหาร การจัดการ การเป็นผู้นำผู้ตาม ฝึกทักษะการบันทึกความรู้ ทักษะการคิด ทักษะการจัดการกับความรู้ ทักษะการแสดงออก ทักษะการสร้างความรู้ใหม่ และทักษะการทำงานอื่น สิ่งเหล่านี้จะช่วย

ให้นักเรียนได้รับการพัฒนา ไปสู่การเป็นคนเก่ง ดี และมีความสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สอน ผู้ปกครอง และสังคมปรารถนาอย่างยิ่ง

### 1. หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

หลักการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการสร้างความรู้ โดยนักเรียนเป็นเจ้าของการเรียนรู้เอง เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของนักเรียน ก่อให้เกิดความรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง นักเรียนสามารถกำหนดหลักการที่ได้จากการปฏิบัติและสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีหรือหลักการได้อย่างถูกต้อง เป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการทำงานเป็นกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับนักเรียน และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนด้วยกันเอง ก่อให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง มีการแสดงออกทั้งการเขียนและการพูด (สุเทพ อ่วมเจริญ. ออนไลน์. 2549.) โดยมีรายละเอียด ดังนี้



ภาพที่ 2.1 รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ที่มา : สุมณฑา พรหมบุญ. 2540 : 16.

1.1 ชั้นประสบการณ์ (Experience) ในการจัดการเรียน เนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่นักเรียนมีประสบการณ์อยู่ก่อนแล้ว องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้นักเรียนซึ่งมีประสบการณ์อยู่ก่อนแล้วดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างไปจากตนเองได้ ขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้สอน การที่ผู้สอนพยายามให้นักเรียนดึงประสบการณ์มาใช้ในการเรียนจะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งนักเรียนและผู้สอน ดังนี้

1.1.1 นักเรียน การที่นักเรียนได้ตั้งประสบการณ์ของตนเองออกมา นำเสนอร่วมกับเพื่อนๆจะทำให้นักเรียนรู้สึกตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเอง และได้รับโอกาสรับรู้เรื่องราวของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้ สมพันธภาพในกลุ่มนักเรียนเป็นไปด้วยดี

1.1.2 ผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบายหรือยกตัวอย่างนักเรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้นักเรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจง กำหนดกิจกรรม ของนักเรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่นักเรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ก็ได้

1.2 ขั้นการสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) นักเรียนจะได้ แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนด ประเด็นการวิเคราะห์ วิเคราะห์ นักเรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้กว้างขวางขึ้น และผลสะท้อนความคิดเห็นเป็นการอภิปราย จะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย หรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้นนอกจากนี้ นักเรียนจะได้เรียนรู้ถึงการทำงาน เป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จ การควบคุมตนเองและการยอมรับความคิดเห็น ของผู้อื่น องค์กรประกอบจะช่วยให้ให้นักเรียนได้รับการพัฒนาทั้งด้านความรู้ และเจตคติในเรื่องที่อภิปราย การที่นักเรียนจะอภิปรายหรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยแค่ไหน เป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอน หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับใบงานที่ผู้สอนจัดเตรียมซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปรายหรือตารางวิเคราะห์ เพื่อให้นักเรียนทำได้สำเร็จ

1.3 ขั้นความคิดรวบยอด (Concept) เป็นขั้นที่นักเรียน ได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหา วิชาหรือพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (Cognitive) เกิดได้หลายทางเช่น จากการบรรยายของผู้สอน การ มอบหมายให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็นหรืออภิปรายในองค์กรประกอบ ที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปรายและการนำเสนอของนักเรียนแต่ละ กลุ่ม นักเรียนจะเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลง เจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่จะช่วยทำให้นักเรียนปฏิบัติได้ ง่ายขึ้น

1.4 ขั้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) เป็น ขั้นที่นักเรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตขั้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่าง ๆ เช่นการ สนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมุติ ฯลฯ เป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของ

การเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผล การเรียนการสอนได้

การเรียนการสอนส่วนใหญ่มักจะขาดขั้นการทดลอง/ประยุกต์แนวคิด ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอนจะเปิดโอกาสให้นักเรียนได้รู้จักการประยุกต์ ใช้ความรู้ไม่ใช่เรียนแค่รู้แต่ควรรนำไปใช้ได้จริง

ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม จำเป็นต้องจัดกิจกรรม ให้ครบทั้ง 4 ขั้น และทั้ง 4 ขั้น มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะขั้นการสะท้อนและอภิปราย (Reflection and discussion) และขั้นความคิดรวบยอด (Concept) ซึ่งทั้ง 2 ขั้นนี้จะช่วยให้นักเรียนได้ ดึงข้อมูลเก่า หรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อนเพื่อนำไปสู่การอภิปราย และประยุกต์ใช้ สำหรับ ระยะเวลาของแต่ละขั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของขั้นนั้น ๆ เช่น ถ้าเนื้อหาที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลา มากในขั้นประสบการณ์ หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญและมาก ก็อาจจะใช้เวลา ในการอภิปรายมากกว่าขั้นความคิดรวบยอด

## 6. หน่วยบริการปฐมภูมิ

### 6.1 บริการปฐมภูมิ ( Primary Care )

ในมิติของภาพรวมของ ระดับบริการ ปฐมภูมิ ที่มีลักษณะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การบริการที่ผสมผสาน ด้านแรก ปัญหาที่พบบ่อย การดูแลที่ต่อเนื่อง การประสานงาน เชื่อมโยง เน้นการสร้างเสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน ในมิติของ องค์การบริการ ที่เป็นด้านแรก ของระบบบริการ ตั้งอยู่บนฐานรากแนวคิด Primary Health Care คือบริการปฐมภูมิ หลักการ และ แนวทางพัฒนา แก่น ของบริการปฐมภูมิ การปรับฐานความคิด : บริการ / การศึกษาไม่ใช่พระเอก ประชาชน เป็นศูนย์กลาง ความเป็นองค์กรร่วม เน้นการเข้าถึง / เสมอภาค ต้องมีคุณภาพ สร้างพลังใน การพึ่งตนเอง หลากหลาย คล่องตัว ตรงเป้า ตรงปัญหา ความรู้เพียงพอ การจัดการสู่ความเป็นเลิศ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ บุคลากร เทคโนโลยี การมีส่วนร่วม ระบบ บริการปฐมภูมิ หลักการ และ แนวทางพัฒนา บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ Academic Primary Care Services # KNOWLEDGE – BASED (Up-to-date , Pursuit of Excellence ) EFFECTIVE APPLICATION (Skills, Facilities, System) # KNOWLEDGE GENERATION (Expertise, Research, Innovations) # KNOWLEDGE DISSEMINATION ความสามารถของบุคลากร และการพัฒนาบุคลากร บริการคหิยภูมิ บริการปฐม ภูมิ บริการทุติยภูมิ การดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลตนเองเมื่อป่วย การพึ่งตนเอง การพึ่งบริการ คุลย ของการพึ่งตนเอง และพึ่งบริการ ทิศทางการพัฒนา ทิศทางการพัฒนา การกิน การนอน การดำรงชีพ

การพักผ่อน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การซื้อยากินเอง การดูแลทางกายภาพ ( อาบน้ำ / เช็ดตัว / นวด ) ฯลฯ ฯลฯ หมอนอกระบบอาสาสมัครสาธารณสุข สถานีอนามัย คลินิกเอกชน รพ . เอกชน รพ . รัฐ ฯลฯ พฤติกรรมสุขภาพ การใช้บริการ บริบททางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และ ความต้องการจำเพาะพื้นที่ และกลุ่มประชากร เป้าหมายเพิ่มความเข้มแข็งของหน่วยบริการด้านแรก / ปฐมภูมิ ที่กระจายทั่วถึง เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ชีดความสามารถ บุคลากร มนุษย์สัมพันธ์ เน้น หน่วยบริการขนาดใหญ่ไม่ใหญ่จนโรงพยาบาล มีทีมรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนที่ชัดเจน มีการเชื่อมโยงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการมีส่วนร่วม เสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน ภาระงานของ PCU สุขภาพดี บริการ ผสมผสาน สร้างเสริม สุขภาพดี ติดตาม ต่อเนื่อง

จากนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ กระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น และโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการปฏิรูปและเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพใหม่ โดยเริ่มมีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit :PCU) ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นที่ให้บริการด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคการรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพแก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องผสมผสาน เป็นหน่วยบริการแห่งแรกที่ประชาชนเลือกและตัดสินใจเข้าไปใช้บริการ เพราะตั้งอยู่ใกล้บ้านเข้าถึงบริการได้ง่ายมีบริการพื้นฐานที่ต้องการ และบริการโดยบุคลากรวิชาชีพ หรือบุคลากรทางสุขภาพ โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีการทำงานประสานกับองค์กรต่างๆ มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ และมีระบบส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน หรือเกินความสามารถที่จะจัดการได้ไปยังสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดี ( ประคิน สุภญาและคณะ, 2545;สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ, 2545)

## 6.2 ลักษณะสำคัญของหน่วยบริการสุขภาพ

หน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญ ในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ, 2545)

6.2.1 เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ ที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพโดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

6.2.2 เป็นบริการสุขภาพด้านแรก ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายทั้งในด้านภูมิศาสตร์ สังคม จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ

6.2.3 เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน

6.2.4 ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วยและช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

6.2.5 ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการด่านแรก มีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในแง่สถานที่ตั้ง และเข้าใจในวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่น บริการปฐมภูมิ จึงควรมีหน้าที่ ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชน ทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในลักษณะผสมผสาน ควรสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เช่น หากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา เจ้าหน้าที่ก็ควรแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่หากต้องรักษา หรือใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการดูแลได้ เจ้าหน้าที่ ก็ควรต้องทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาล ถ้าไม่สามารถทำได้เอง หรือทำแล้วยังไม่ครอบคลุม ก็จะต้องทำหน้าที่ส่งต่อ หรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป นอกจากด้านร่างกายแล้ว บริการปฐมภูมิจะต้องสามารถให้คำปรึกษา ทางด้านจิตใจ และสังคมแก่ผู้ใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะได้ด้วยมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพถูกจัดทำขึ้น เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากต้องการให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกันและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพจำแนกตามด้านต่างๆ ดังนี้ คือ ด้านบริการ ด้านบริหารจัดการ และด้านวิชาการ (สำนักโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)

#### 1. ด้านบริการ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้

1.1 การบริการในชุมชน ได้แก่ การสำรวจชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การจัดกิจกรรมในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมการแก้ไขปัญหาชุมชนแบบเชิงรุก ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ และเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน เช่น ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมคุ้มครอง ผู้บริโภค โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การบริการในสถานบริการ ได้แก่ การจัดบริการให้เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ



แก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ศาสนาวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตในระดับตัวบุคคลและครอบครัวอย่างมี ทิศทางเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก เช่น บริการลงทะเบียน/คัดกรอง บริการหลัก (ส่งเสริม/ ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู) บริการก่อนกลับบ้าน

1.3 การบริการต่อเนื่อง เป็นการจัดการบริการที่เชื่อมโยงกับบริการหลักในหน่วย บริการปฐมภูมิเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ต่อเนื่องของระบบบริการ เช่น การจัดทำมีระบบปรึกษา ด้านสุขภาพ (counseling) ระบบส่งต่อ (referral) ระบบเยี่ยมบ้าน (home visit) ทั้งนี้เพื่อให้ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

2. ด้านบริหารจัดการ ได้แก่การบริหารจัดการที่มีคุณภาพทั้งด้านพัฒนาบุคลากร และประเมินผลงานเพื่อให้ได้การบริการที่มีคุณภาพ

3. ด้านวิชาการ ได้แก่มีคู่มือการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตลอดจนการ ดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ดั่งนั้นคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและกรม สนับสนุนบริการสุขภาพจึงได้กำหนดมาตรฐานและตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ (สำนัก พัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2545)

3.1 มาตรฐานด้านบริการมาตรฐานด้านบริการเป็นการกำหนดการให้บริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกมิติ ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และ ฟื้นฟูสภาพให้มีประสิทธิภาพซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดมาตรฐานด้านบริการไว้ ดังนี้

3.1.1 มาตรฐานด้านกิจกรรมชุมชน การจัดกิจกรรมในชุมชนเป็นการ บริการเชิงรุกที่หน่วยบริการปฐมภูมิให้ความสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คัดกรองและ เฝ้าระวังโรค ฟื้นฟูสภาพให้กับบุคคลครอบครัวและชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งมี กิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1) ประสานงานให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนทำกิจกรรม สาธารณสุขในชุมชนตนเอง และสนับสนุนการจัดกิจกรรมสุขภาพที่ริเริ่มจากองค์กรชุมชนหรือ ท้องถิ่น

2) ร่วมดำเนินงานกับหน่วยราชการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

3) บริการเชิงรุก เพื่อให้ชุมชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของ ครอบครัวและปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

4) มีและใช้แฟ้มครอบครัว (family folder) เพื่อการดูแลสุขภาพ

5) มีและใช้แฟ้มชุมชน (community folder)

3.1.2 มาตรฐานกิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิมาตรฐานการจัดกิจกรรม  
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ทุกเพศ วัย มีรูปแบบการ  
บริการสุขภาพที่เป็นองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ  
ซึ่งมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ในสถานบริการ ดังนี้

1) มีรูปแบบการบริการที่เห็นชัดเจนด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์  
รวม ทั้งกาย จิต สังคม และวิญญาณ

2) มีระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยที่  
ต้องการติดตามและส่งต่อได้สะดวก

3) มีทีมสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ  
ไปสู่การป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทางการะบวนการ  
และมาตรฐานที่กำหนด

4) มีบริการฟื้นฟูสภาพเชื่อมต่อการบริการภายในเครือข่ายและ  
การดูแลสุขภาพ ทั้งในและนอกเวลาราชการ

5) มีการจัดบริการและการส่งเสริมป้องกันโรคทางด้านทันตกรรม

6) มีบริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน

7) มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดยา การจัดเก็บ การจ่ายยา  
การกำกับคุณภาพมาตรฐานของยา

8) มีบริการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก

9) มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์  
และเด็กอายุ 0-5 ปี

3.1.3 มาตรฐานบริการต่อเนื่องการบริการต่อเนื่อง เป็นการบริการที่มี  
ความสำคัญในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ  
เป็นการจัดบริการเชื่อมโยงกับบริการหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การจัดให้มีระบบปรึกษา  
ด้านสุขภาพ มีระบบส่งต่อ และระบบเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิต้องจัดบริการ  
ให้ต่อเนื่อง ดังนี้

1) มีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล (personal record)

2) มีบริการให้คำปรึกษา (counseling)

3) มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

4) มีการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริการต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจ การดูแลสุขภาพ ให้แก่ครอบครัว และการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น

3.2 มาตรฐานการบริหารจัดการในการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีการบริหารจัดการที่มีคุณภาพทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณ พัฒนาบุคลากร การจัดบริการ และการประเมินผลของงาน เพื่อสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิมีการกำหนดมาตรฐานการบริหารจัดการไว้ ดังนี้

3.2.1 มีทีมสุขภาพให้บริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ โดยมีรูปแบบการให้บริการมีทีมผู้ให้บริการที่มีความสามารถ ได้ตามขนาดต่อประชากรที่กำหนด

3.2.2 มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องมีแผนในการพัฒนาบุคลากร

3.2.3 บุคลากรมีความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ โดยสามารถอธิบายแนวทางดำเนินงานของหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ สามารถบริหารจัดการกับทีมสุขภาพให้รับผิดชอบพื้นที่แบบบูรณาการ มีการพัฒนามาตรฐานบริหารจัดการที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า คุ้มทุน มีระบบบริหารงานที่แสดงต้นทุนในการบริการที่แท้จริง และมีระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบมุ่งเน้นผลงานเป็นหลัก มีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลงาน ทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ โดยมีแผนงานหรือโครงการที่มีการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน

3.3 มาตรฐานด้านวิชาการการกำหนดมาตรฐานด้านวิชาการ เป็นกระบวนการที่ทำให้การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีการเรียนรู้วิชาการให้ทันสมัยอยู่เสมอ มีการนำความรู้จากงานวิจัยและจากการทำวิจัยมาใช้ประโยชน์เพื่อให้มีทิศทางในการประเมินรับรองมาตรฐานไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน และตัวชี้วัดขึ้น ดังนี้

3.3.1 มีแนวทางกระบวนการ มาตรฐาน คู่มือการให้บริการ ซึ่งจะต้องมีความครอบคลุมของมาตรฐานการให้บริการด้านต่างๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.3.2 มีนวัตกรรมด้านต่างๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแสดงให้เห็นได้จากความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้รับบริการต่อนวัตกรรม

3.3.3 มีการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ เพื่อศึกษาพัฒนาการให้บริการ การบริหารจัดการในหน่วยบริการปฐมภูมิการกำหนดมาตรฐานด้านต่างๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและประเมินรับรองหน่วยบริการหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้าสู่เกณฑ์มาตรฐาน และยังใช้เป็นเครื่องมือวัดเปรียบเทียบ (benchmarking) กับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นในเครือข่ายได้ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2548)

3.4 บริการให้คำปรึกษา (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546) หมายถึงกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทางโดยการใช้ทักษะและเทคนิคต่าง ๆ อย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจ ยอมรับ และสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการเข้าใจตนเอง ยอมรับปัญหาที่มีอยู่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้นต่อไป ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทุกคนควรได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด ซึ่งถือว่ามีความสำคัญ และส่งผลต่อการควบคุมโรคต่างๆ กับการรับประทานยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ ควรมีการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับคนในครอบครัวหรือในชุมชน ค้นหาผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม เช่น สถานที่ปฏิบัติธรรม กลุ่มออกกำลังกาย เพื่อเสริมศักยภาพและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมหลักที่ส่งเสริมให้เกิดบริการ ผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังเช่นมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเรื่องผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิก แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 145 รายพบว่า การให้ความรู้และคำปรึกษามีผลต่อความรู้ เจตคติ คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพจิต ความพึงพอใจการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย (รัฐพร โลหะวิสุวานิช, และคณะ, 2547)

ประเภทของบริการปรึกษา (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546)

3.4.1 การให้การปรึกษาแบบส่งเสริมและป้องกัน (preventive counselling) เป็นการมุ่งให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ ผลเสียของพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากความเคยชิน โดยการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.4.2 การให้การปรึกษาแบบสนับสนุนและให้กำลังใจ (supportive counselling) เป็นการให้การปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหา โดยดึงศักยภาพของผู้รับบริการมาร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.5 บริการก่อนกลับบ้าน โดยมีการประเมินความรับรู้ในเรื่องโรค การป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเอง ประเมินความเข้าใจและปัญหาในการรับประทานยาของผู้ป่วยให้คำปรึกษาเรื่องยา การประเมินความคาดหวัง ความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนกลับบ้านทุกราย และนัดหมายให้มารับบริการต่อเนื่องในครั้งต่อไป (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546) ซึ่งการมาตรวจตามนัดถือว่าเป็นความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของโรค การปรับเปลี่ยนยาและการซักถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (อรพิน ภายโรจน์, 2542) โดยมีกิจกรรมหลักที่ส่งเสริมให้เกิดบริการ ผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง คือ การจ่ายยาให้คำปรึกษาเรื่องยา โดยมีการจ่ายยาอย่างถูกต้อง (ถูกชนิด ถูกคน ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี) ให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยาและผลข้างเคียงของการใช้ยา ตรวจสอบความเข้าใจในการใช้ยา โดยให้ผู้รับบริการหรือญาติได้ทบทวนวิธีการใช้ยา

การประเมินความคาดหวัง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และมีการนัดหมายเพื่อให้บริการต่อเนื่องในครั้งต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสินีนาฏ อนุสกุล (2544) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัด เชียงใหม่ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล ข่าวสารและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวก

3.6 บริการส่งต่อและเยี่ยมบ้าน เป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุก ที่ครอบคลุมงานรักษาพยาบาล งานป้องกัน งานส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูคุณภาพ โดยการนำบริการเข้าสู่ชุมชน เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งคนปกติ เจ็บป่วย และผู้พิการให้ได้รับความช่วยเหลือแนะนำ ตลอดจนให้ข่าวสาร ข้อมูล แก่บุคคลในครอบครัวและชุมชน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546)

3.7 บริการประชุมทีม เจ้าหน้าที่จะต้องมีการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดทำแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ แนวทางการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และส่งต่อผู้ป่วยทั้งส่งไปและส่งกลับ มีการประชุมทีมหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อทำ case conference ทั้งในด้าน กาย จิต สังคม และมีการประชุมเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เช่น การพิจารณาองค์ความรู้ การจัดการทางด้านยา การชั้นสูตร ระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและส่งกลับ

3.8 บริการจัดกิจกรรมในชุมชน โดยร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่น วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและสภาพวิถีชีวิตของคนในชุมชน เพื่อกำหนดกลยุทธ์หรือกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น กลุ่มปฏิบัติธรรมกลุ่มออกกำลังกาย การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ เขตปลอดบุหรี่ ลานกีฬา การส่งเสริมการดูแลตนเองและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

## 6.2 การดูแลตนเอง (theory of self – care)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม นำมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลโดยเน้นเกี่ยวกับความสามารถและความต้องการดูแลตนเองของบุคคล การช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพตลอดจนการทำหน้าที่ตามศักยภาพ ซึ่งแนวคิดการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องการเรียนรู้และเป็นกิจกรรมที่จะทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ แบ่งออก (กรกาญจน์ ปานสุวรรณ และปภาวดี อธิปัญญา, 2545) ดังนี้

**6.2.1 ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self – care requisites)** เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงรักษาความมั่นคงสมบูรณ์ทางโครงสร้างของมนุษย์และการทำหน้าที่ตามปกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไปถือว่าเป็นสิ่งปฏิบัติเป็นปกติของมนุษย์ เพื่อให้บรรลุความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน

**6.2.2 ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (developmental self care requisites)** แต่เดิม โอเร็มได้รวมการดูแลตนเองด้านนี้เข้าไปในการดูแลตนเอง (Orem, 1955 : 47) ต่อมาได้แยกออกมาเพื่อให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น การดูแลตนเองตามพัฒนาการเป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเข้าสู่วุฒิภาวะการตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สำคัญชีวิต เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือญาติสนิท เป็นความต้องการด้านนี้ คือ ดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะเวลาต่าง ๆ ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในครรภ์ ระยะเวลาคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะมีผลทำให้พัฒนาการบุคคลเสื่อมถอย หรือขาดหาย ได้แก่ การไม่ได้รับการรักษา ปัญหาการปรับตัวเข้าสู่สังคม ความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ การขาดญาติพี่น้อง เพื่อนและผู้ให้ความช่วยเหลือจำเป็นความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self – care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะที่เกิดความเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือไม่สามารถกระทำได้ เช่น การป่วยเป็นโรคเบาหวาน การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อารมณ์แปรปรวน การเบื่อหน่ายท้อแท้ต่อการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางด้านนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ เสาหาบริการทางด้านรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น ปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อผลในการป้องกันและการรักษาคงไว้ตามหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไขปรับปรุงความพิการ อันเนื่องมาจาก

พยาธิสภาพของโรครู้สึกผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง (body image) ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้าน การรักษาพยาบาล

เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมถึงมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพและจิต

โอเร็ม (Orem, 1995 : 106) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติ และพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มคน ซึ่งการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action goal oriented) ที่แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมกับสภาวะการณั้ัน ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณั้ันทั้งภายในและภายนอกความรู้ที่ช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่จะสังเกตพบมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ การกระทำจะต้องมีเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายจะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดของการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ได้เลือกไว้ว่าจะทำอย่างไรหรืออะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อย่างไร ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องหรือไม่ มีประสิทธิภาพหรือไม่ จะต้องกระทำนานขนาดไหน การที่ตนเองจะต้องดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางกิจกรรมอื่นในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่าการกระทำนั้นถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครบ้างที่สามารถช่วยได้

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพที่มีความสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ การประเมิน

ความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องสามารถประเมินความสามารถความสัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self – care demand) เพื่อตัดสินความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self – care deficit) โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเอง (self – care requisites) ได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถกระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องถือว่ามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self care – deficit) เพราะฉะนั้น ความพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง โครงสร้างหรือองค์ประกอบในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) ได้แก่ ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการเขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

1.3 การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.5 นิสัยประจำตัว

1.6 ความตั้งใจ

1.7 ความเข้าใจตนเอง

1.8 ความหวังใจตนเอง

1.9 การยอมรับตนเอง

1.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักเวลาในการกระทำ

กิจกรรมต่าง ๆ

1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (power components eneralbling capabilities for self – care) ซึ่งโอเร็มและเทเลอร์ (Orem & Taylor, 1986 : 37 – 41) นำพลังความสามารถทั้ง 10 ประการ มาเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์แต่เฉพาะเจาะจง สำหรับ



การกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ซึ่งพลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่

2.1 ความสนใจและความเอาใจใส่ ตนเองในฐานะที่ตนเองเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง รวมทั้งปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจดจำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อปรับการปฏิบัติในการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปในส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งบทบาทหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวชุมชน

จะเห็นได้ว่า พลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self – care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถที่จะต้องปฏิบัติดังนี้

3.1 ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

3.2 ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเอง

3.3 ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง

นอกจากองค์ประกอบ 3 ประการที่กล่าวมาแล้ว ปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยขั้นพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานร่วมด้วย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะการพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านบุคคล (man) สิ่งแวดล้อม (environment) วัฒนธรรมในการดำเนินชีวิต (culture and value life) อายุและสุขภาพ (age and health) ร่วมด้วย Orem, 1955 : 19 - 20) ซึ่งบุคคลจะประกอบด้วยสิ่งภายใน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจและสังคม ในขณะที่สิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบภายนอก คนและสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของคนหรือสิ่งแวดล้อมย่อมมีผลกระทบต่อดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองจึงควรคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่เป็นส่วนประกอบร่วมด้วยเสมอ และสำหรับวัฒนธรรมและค่านิยมในการดำเนินชีวิต รวมทั้งความเชื่อต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มนุษย์ได้รับการปลูกฝังมา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะบางสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ นอกจากนี้ ปัจจัยดังกล่าวยังมีส่วนในการตัดสินใจปัญหาหรือแนวทางขณะเจ็บป่วย ความเชื่อบางอย่างที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดจากเวรกรรมเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ยอมมารับการรักษา ซึ่งเป็นผลเสียต่อการที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ปัจจัยเกี่ยวกับอายุและสุขภาพ ยังเป็นตัวกำหนดขอบเขตกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลตนเอง และจะบอกให้บุคคลทราบว่าสามารถดูแลตนเองได้ดีเพียงใด (Orem, 1955 : 21 -25)

### 6.2.3 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (theory of self deficit)

เป็นบุคคลไม่สามารถที่จะทำการดูแลตนเองหรือบุคคลในปกครองได้ บุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (self-care deficits) เป็นผลให้บุคคลเกิดความต้องการดูแลตนเองในรูปการรักษา (therapeutic self-care demand) ซึ่งอาจเป็นความต้องการเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไปตามพัฒนาการ และตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความต้องการดังกล่าวนี้ต้องมากกว่าความสามารถหรือพลังหรือศักยภาพของบุคคล ในการดูแลตนเอง

หรืออาจกล่าวได้ว่า บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเอง (self-care agency) ทำให้เกิดความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (therapeutic self-care demand) กล่าวคือ บุคคลอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (self-care deficit) จึงเป็นความจำเป็นที่บุคคลต้องการพยาบาล

ความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) เป็นความไม่สามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยน้อยกว่าความต้องการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล

การให้บริการทางการพยาบาล (nursing capability or nursing agency) เป็นความสามารถของพยาบาลในการกำหนด จัดเตรียมและจัดดำเนินการให้การรักษาพยาบาลแก่บุคคลผู้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ เนตรนภา ขุมทอง สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย และประวิทย์ ลีสถาพรวงศา (2542) ได้ทำการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอ โศภำโรง (จ.ลพบุรี) และอำเภออุทัย (จ.พระนครศรีอยุธยา) โดยในช่วงแรกมีการประเมินสถานการณ์ พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากร อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่สำรวจ 4 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 14.1-24.6 (เฉลี่ย 19.7) สัดส่วนของผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 59.8-78.5 (เฉลี่ย 64.1) ของผู้ที่สำรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูงทั้งหมด, สัดส่วนของผู้ที่ไปพบผู้รักษาตามนัดทุกครั้ง (ในรอบ 3 เดือนก่อนทำการสำรวจ) คิดเป็นร้อยละ 37.3-48.5 (เฉลี่ย 41.4) ของผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง, สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ <math><140/90</math> มิลลิเมตร ปรอท คิดเป็นร้อยละ 29.2-46.0 (เฉลี่ย 39.9) ของผู้ที่พบผู้รักษาตามนัดทุกครั้ง

ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ได้รับความรู้จากแพทย์ ร้อยละ 78.8 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้อยละ 16.7 และพยาบาล ร้อยละ 8.8 ในหัวข้อเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ร้อยละ 51.8, อาการและสาเหตุ ร้อยละ 27.3 และภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 24.1 แต่ผู้ป่วยส่วนมากยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีดัชนีมวลกาย  $\geq 25$  กก./ $m^2$  ถึงร้อยละ 48.4, มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 23.3 ดื่มเหล้า ร้อยละ 30.4 และเมื่อมีความเครียด จะไม่ทำอะไร ถึงร้อยละ 54.7-61.7

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรกที่สถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 53.4-70.0 (เฉลี่ย 62.6), ร้อยละ 22.4-37.3 (เฉลี่ย 30.0) ตรวจพบที่คลินิกเอกชน อาการที่ไปตรวจคือปวดศีรษะ ร้อยละ 49.5-65.9 (เฉลี่ย 58.4) ไปตรวจด้วยโรคอื่น ร้อยละ 14.0-28.4 (เฉลี่ย 23.5),

ตรวจพบขณะไปตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ 1.6-6.0 (เฉลี่ย 3.9) มีการปรับพฤติกรรมในด้าน การรับประทานอาหาร ร้อยละ 27.1-48.0, และการออกกำลังกาย ร้อยละ 10.8-24.0 (เฉลี่ย 15.3)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับเพิ่มหรือลดยาตามใจชอบ และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดัน ได้ดีมักเป็นผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมน้ำหนักตัว ลดอาหารเค็มและสามารถหาวิธีจัดการกับความเครียด ระยะเวลาต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการ โดยมีการกำหนดคู่มือแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาระบบข้อมูล ระบบการให้สุขศึกษา ระบบการนัดและติดตามผู้ป่วยและระบบการส่งต่อผู้ป่วย 6 เดือนต่อมาได้มีการประเมินผลพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดทุกครั้ง (ในรอบ 6 เดือน) ที่โรงพยาบาลโคกสำโรง โรงพยาบาล อุทัย และสถานีอนามัยโพสหาญ คิดเป็นร้อยละ 70.4, 45.0 และ 56.3 ตามลำดับ, สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดัน <140/90 มิลลิเมตร ปรอท ที่วัดทุกครั้งของผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.3, 16.7 และ 0.0 ตามลำดับ และสัดส่วนของผู้ที่มีค่าดัชนี

โทม วงศ์สุวรรณ และคณะ (2544) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการแก้ปัญหา การไข้ยาโดยเภสัชกร โรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังผู้ป่วยพบ แพทย์ก่อนและหลังผู้ป่วยพบแพทย์ โดยทำการศึกษาแบบ control-group time series design กลุ่ม ผู้ป่วยที่พบเภสัชกรก่อนพบแพทย์จะเรียกว่า “กลุ่ม 1” กลุ่มผู้ป่วยพบเภสัชกรหลังพบแพทย์เรียกว่า “กลุ่ม 2” การศึกษากระทำที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา 7 แห่งคือ โรงพยาบาลสะทิงพระ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ โรงพยาบาลรัตภูมิ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลควน เนียง และโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถติดตามผลการปฏิบัติงานของ เภสัชกรได้ครบ 3 ครั้ง ดังนี้ กลุ่มควบคุมจำนวน 123 คน กลุ่ม 1 จำนวน 108 คน และกลุ่ม 2 จำนวน 113 คน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม กลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มีปัญหาการใช้ยาร้อยละ 74.8, 63.9 และ 69.0 ตามลำดับ โดยพบจำนวนปัญหาต่อผู้ป่วยหนึ่งรายตั้งแต่ 1 – 7 ปัญหา และใน กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีจำนวนปัญหาการใช้ยาต่อผู้ป่วยหนึ่งรายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญ ( $p = 0.004$ ) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนปัญหาการใช้ยาและค่าความดันโลหิต diastolic blood pressure ในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) เมื่อผู้ป่วยพบเภสัชกรในครั้งที่ 2 และ 3 แต่การลดลงนี้ไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม 1 และ กลุ่ม 2 ส่วนด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงาน ของเภสัชกรพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง (มีค่า median 4 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม 1 และ กลุ่ม 2 เช่นเดียวกับความพึงพอใจ ของแพทย์และพยาบาลก็มีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นกัน (มีค่า median 4 คะแนนขึ้นไปจาก

คะแนนเต็ม 5 คะแนน) และไม่แตกต่างกันระหว่างรูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกรทั้งสองรูปแบบ แต่เวลาที่เภสัชกรใช้ไปในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่ม 2 (median = 14 นาที) มากกว่ากลุ่ม 1 (median = 10 นาที) แต่ในการพบเภสัชกรในครั้งต่อมาจะใช้เวลาไม่ต่างกัน (median = 5 นาที ทั้งสองกลุ่ม) สรุปผลการศึกษาได้ว่าการแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรสามารถลดปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยได้ แต่การลดลงของปัญหาของทั้งสองรูปแบบไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเภสัชกรแต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองรูปแบบ การศึกษานี้จึงเป็นแนวทางให้เภสัชกร โรงพยาบาลชุมชนสามารถเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลของตนเองไปใช้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยาต่อไป

สุวรรณชัย วัฒนาวิจิตร (2542) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับสถานีอนามัย ดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนปฏิบัติการ ปฏิบัติการ และวิเคราะห์สรุป โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (รักษาด้วย Hydrochlorothiazide และ/หรือ Methyl dopa) ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลพล สมัครใจรับการรักษาต่อ ณ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลแห่งละ 43 คน ในช่วงเดือน เมษายน-กันยายน พ.ศ.2541 ทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีสำรวจคุณลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย วัดระดับความดันโลหิต บันทึกการมาตามนัด และค่าใช้จ่ายตลอดการวิจัย แล้ววิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ t-test และ chi-square ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย ในด้านต่าง ๆ ได้แก่

#### 1. ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 70 มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ และอยู่ด้วยกันเป็นส่วนมาก

#### 2. รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัย

จากระบบเดิมที่รวมศูนย์การรักษาที่โรงพยาบาล ได้มีการปรับเปลี่ยน โดยผู้ป่วยที่รับการรักษาจนสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ตามหลักเกณฑ์การส่งต่อจะถูกส่งไปรับบริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน และมีการส่งกลับมาโรงพยาบาลเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางภาวะแทรกซ้อน

3. คุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต, ความร่วมมือในการรักษา, ค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับบริการ และผลข้างเคียงจากการรับประทานยา

#### 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการมารับบริการที่สถานีนอนามัย

4.1 จากการสัมภาษณ์ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการมารับบริการใน 5 ด้าน คือ ความสะดวกที่ได้รับ, อธิบาย ความสนใจของเจ้าหน้าที่, สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์, คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่าย อยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก

4.2 จากการสนทนากลุ่ม พบว่า โดยส่วนรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบบริการที่สถานีนอนามัย นอกจากนั้น ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเดินทางไปรับบริการที่สถานีนอนามัยปลอดภัยมากกว่าการมาโรงพยาบาล ตลอดจนสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น

พะยอม สุขอนงค์นันทน์ และคนอื่น ๆ (2548) ทำการติดตามดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนในประเทศไทย ยังไม่เป็นบทบาทที่ชัดเจนทั้งตัวเภสัชกรเองและวิชาชีพอื่น วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อประเมินผลของการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการติดตามดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จุดประสงค์ของการติดตามรักษาความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของ The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-6) ผู้ป่วยจำนวน 118 คนที่เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งถูกแบ่งเป็นสองกลุ่มโดยการสุ่ม กลุ่มทดลอง (59 คน) มีเภสัชกรเข้ามีส่วนร่วมในการรักษาโดยให้บริบาลทางเภสัชกรรม การให้คำปรึกษาเรื่องยา ให้ความรู้ และติดตามข้อมูลการใช้ยาและสภาวะสุขภาพ กลุ่มควบคุม (58 คน) ไม่มีเภสัชกรเข้ามีส่วนร่วมในการติดตาม ผลลัพธ์ได้ถูกวัดก่อนและหลังการติดตามระยะเวลา 6 เดือนที่ร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคาม บันทึกระดับความดันโลหิต (Blood pressure: BP) จำนวนเม็ดยา จดหมายแนะนำปรึกษาถึงแพทย์ ความรู้ และคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ารับบริการติดตามรักษาที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และโรงพยาบาลร่วมกับคลินิกเอกชนเป็นลำดับรองลงมา หลังจบการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมี ระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Systolic BP/Diastolic BP  $119.90 \pm 14.67/72.43 \pm 10.97$  mmHg และ  $122.86 \pm 14.67/73.92 \pm 11.76$  mmHg ตามลำดับ,  $p < 0.05$ ) อัตราการใช้ยาตามสั่งในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (67.27% และ 51.85% ตามลำดับ,  $p < 0.05$ ) ขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) แต่การประเมินสถานะสุขภาพของตนเองผู้ป่วยกลุ่มทดลองประเมินสุขภาพตัวเองว่า ‘สุขภาพดีกว่า’ และ ‘อ่อนแอดีกว่า’ สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ความรู้หลังการติดตามพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม ( $p > 0.05$ ) แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้ที่ดีขึ้นหลังการติดตามหกเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จดหมายแนะนำปรึกษาแพทย์ได้รับการยอมรับ 67.64%

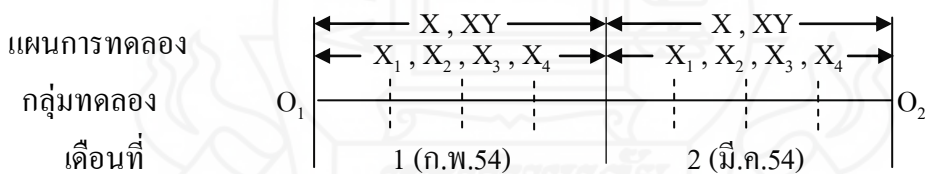
# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นการศึกษาค้นคว้าแบบกึ่งทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยมีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

### 3.1 รูปแบบการศึกษา (Research Designs)

ในการศึกษานี้รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 1 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หาดกรวด โดยประยุกต์แนวคิดด้วยวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามแผนการศึกษาที่กำหนดขึ้น ตามแผนที่ผู้วิจัยกำหนด โดยมีแบบแผนการทดลอง ดังนี้



$O_1$  = วัดความรู้ก่อนใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์

$O_2$  = การวัดความรู้และพฤติกรรมหลังจากกลุ่มทดลองได้รับ 8 สัปดาห์

X = การใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หาดกรวด

$X_1$  = การวัดกิจกรรมความรู้โรคความดันโลหิตสูง

$X_2$  = กระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วมในเรื่องพฤติกรรม

$X_3$  = การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินพฤติกรรมในสัปดาห์ที่ 3

$X_4$  = กระบวนการกลุ่ม โดยใช้บทบาทสมมติจากการประเมินพฤติกรรมใน  $X_3$

Y = แบบประเมินตนเอง

XY = แบบประเมินตนเองและ โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพหาดกรวด

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผิคนัดประจำ ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 102 คน

กลุ่มตัวอย่าง(Sample) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คัดเลือกเฉพาะเจาะจง (Purposive Sample) ซึ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผิคนัดประจำ ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 40 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sample) โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเคอร์ลิงเจอร์ และเพดฮาเจอร์ (Kerlinger and Pedhager, 1973 อ้างใน ธวัชชัย วรพงศธร) ดังนี้

$$\frac{n}{k} > 30$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปร

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

จากจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 39.21 โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษา ดังนี้



1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับยาไม่สม่ำเสมอ
2. ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140 /90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มารับบริการตามนัด
4. ยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษา
5. สามารถอ่านออกเขียนได้
6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

### 3.3 การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการเข้าร่วมการวิจัย

- 3.3.1 ขออนุญาตและขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการเก็บข้อมูล
- 3.3.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะออกจากการศึกษาเมื่อไรก็ได้
- 3.3.3 กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารการยินยอมตนให้ทำการวิจัย
- 3.3.4 ผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลการศึกษา คือ นักวิจัยเท่านั้นและการเสนอผลการวิจัยจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างและจะนำเสนอผลเฉพาะทางวิชาการเท่านั้น

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

- 3.4.1 แบบสอบถามก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด
- 3.4.2 การจัดโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด
- 3.4.3 แบบประเมินพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

**3.4.1 แบบสอบถาม** การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้น เพื่อวัดความรู้ และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ โดยมีวิธีการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) และการดูแลสุขภาพตนเอง (self health – care)

2) นำข้อมูลที่ได้มากำหนดกรอบแนวคิดและตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยต่าง ๆ ที่บริการมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 การเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ เลือกรับผิดและถูก ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก ตามว่าใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน คำถามเชิงลบตอบใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้เท่ากับ 1 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง แบ่งคะแนน 3 ระดับ คือ

คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับมาก

คะแนนระหว่าง 8-11 คะแนน (ร้อยละ 60.0-79.00) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1-7 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60.0) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับน้อย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบของแบบสอบถามก่อน และหลังการใช้โปรแกรม  
การจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อคำถามการดูแลสุขภาพ	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
1. ด้านการควบคุมอาหาร	ข้อที่ 2, 4, 6, 8 และ 10	ข้อที่ 1, 3, 5, 7 และ 9
2. ด้านการออกกำลังกาย	ข้อที่ 1, 2, 6 และ 8	ข้อที่ 3, 4, 5, 7, 9 และ 10
3. ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	ข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7 และ 8	ข้อที่ 1, 2, 3 และ 9
4. ด้านการรับประทานยาและ การตรวจตามนัด	ข้อที่ 1, 3, 6, 7 และ 8	ข้อที่ 2, 4, 5, 9 และ 10

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ โดยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเอง ตามระดับคะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ตามระดับคะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน	ให้ 3 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม  
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาพรวมและรายข้อ (Best, 1977 : 174) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับ  
มาก

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับ  
ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับ  
น้อย

### 3.4.2 การจัดโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

اهدการวด ให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 การจัดโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลاهدการวด

ลำดับที่	กิจกรรมที่	กระบวนการ
1	1	การแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
	2	แจกแบบประเมินพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้าน
2	-	-
3	3	การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
4	4	การเข้ากระบวนการกลุ่ม

ในการจัดโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล اهدการวดนั้น มีรายละเอียดของกระบวนการต่าง ๆ ดังนี้

#### 1) รูปแบบกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ดังนี้

ครั้งที่ 1.1 การให้ความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 1.2 การให้ความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งผู้และผู้รับบริการ จากการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ

ครั้งที่ 1.3 การแสดงบทบาทสมมติ และการให้ความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ชั่วโมง โดยสรุปประเด็นปัญหาจากการเยี่ยมบ้าน พฤติกรรมด้านต่าง ๆ ด้านการใช้ยารักษาโรค ด้านการควบคุมอาหารด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป นำมาสะท้อนบทบาทสมมติ และวิเคราะห์แก้ไขปัญหาร่วมกัน พบปัญหาเช่นการใส่ผงชูรสในอาหาร และการออกกำลังกายไม่ทุกวัน

#### (1) แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 1

การให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ตนเองพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกและเชิงลบ การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และร่วมรู้สึกและเข้าใจตนเอง การสนับสนุนเกื้อกูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ถูกต้อง การดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมรู้สึกและเข้าใจตนเอง การสนับสนุนเกื้อกูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ถูกต้องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

### 1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบอกความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้และปฏิบัติตนในการดูแลโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกวิธี ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป และการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมนั้น จะสามารถบอกประโยชน์และผลดีของพฤติกรรมเชิงบวกในการดูแลสุขภาพ และสามารถบอกผลเสียของพฤติกรรมเชิงลบในการดูแลสุขภาพได้

1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรม สามารถเข้าใจพฤติกรรมเชิงบวกและเชิงลบในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้

### 2. กำหนดขอบเขตของเนื้อหา

เพื่อควบคุมประเด็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
**กิจกรรมที่ 1** **ขั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี** วิทยากรละลายพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตนเองและผู้ช่วยจำนวน 2 คน โดยบอกวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

**กิจกรรมที่ 2** **ขั้นนำประสบการณ์หรือความรู้เดิม** ขั้นการใช้ประสบการณ์เดิม/ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ วิทยากรให้ความรู้เรื่อง ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การรักษาภาวะแทรกซ้อน หลังจากนั้นวิทยากรตั้งคำถาม “เราจะปฏิบัติตนอย่างไรให้ลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างไร” ใน 4 ประเด็น ดังนี้

1. ด้านการควบคุมอาหาร
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป
4. ด้านการใช้ยารักษาโรค

หลังจากนั้นให้ในการดูแลสุขภาพ จับคู่ ๆ ละ 2 กลุ่ม แลกเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกและลบของกันและกันฉบับนี้

**กิจกรรมที่ 3** **ขั้นสะท้อนความคิดและการร่วมรู้สึก/การแสดงความคิดเห็น** ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพที่หลากหลายและสรุปเป็นของของกลุ่มเพื่อนำเสนอ

**กิจกรรมที่ 4** **ขั้นการสร้างความเข้าใจและคิดรวบยอด** วิทยากรเชิญตัวแทนกลุ่มมาสรุปข้อคิดเห็นของกลุ่ม นำเสนอต่อกลุ่มใหญ่จนครบ 4 กลุ่ม หลังจากนั้นวิทยากรสรุปเป็นความคิดรวบยอดของกลุ่มประกอบการบรรยายสรุปประเด็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานยา และการตรวจตามนัด พฤติกรรมด้านอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมศึกษามีความเข้าใจมากขึ้น

**กิจกรรมที่ 5** **ขั้นการประยุกต์และการนำไปใช้** ผู้วิจัยได้ฝึกทดลองปฏิบัติโดยใช้กิจกรรมบทบาทสมมติกลุ่มละ 1 เรื่อง ได้แก่

1. พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป
4. พฤติกรรมด้านการใช้ยารักษาโรค

หลังจากการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงนำกลับไปปฏิบัติจริงกับตนเองและนัดหมายทำกิจกรรมครั้งต่อไป

## (2) แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 2

โดยการเยี่ยมบ้าน และการประเมินพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อติดตามและสังเกตพฤติกรรมด้านบวกและลบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน รวมทั้งรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ช่วยเหลือโดยใช้เวลาคนละ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ตนเองได้โดยการประเมินจากการสะสมคะแนนพฤติกรรมทางบวกและลบบวก ได้ 1 คะแนน พฤติกรรมทางลบจะต้องถูก 1 คะแนน

1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดทักษะการดูแลสุขภาพขณะอยู่ที่บ้านซึ่งไม่มีเจ้าหน้าที่ การแสดงพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขณะที่อยู่ที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติตัว ซึ่งไม่มีใครสามารถเข้าใจปัญหาของตนเองได้ดีเท่ากับตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ตนเองขณะที่อยู่ที่บ้าน

### 2. การเยี่ยมบ้าน

โดยการเยี่ยมผู้ป่วยคนละ 1 ชั่วโมง การวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้านในทางบวกและทางลบด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย

ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และด้านการใช้ยารักษาโรค นอกจากนี้ยังมีทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์ และสรุปประเด็นปัญหา เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันในกิจกรรมการเข้าสู่กระบวนการกลุ่ม

### 3.4.3 แบบประเมินพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

ในการประเมินพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น จะดำเนินการหลังจากกิจกรรมการเข้าสู่กระบวนการกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** **ขั้นสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์พฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และแนวทางแก้ไขปัญหาที่พบเห็น ซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัย

**กิจกรรมที่ 2** **ขั้นติดตามและประเมินผล** ค้นหาปัญหาตามแบบวิเคราะห์ พฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยใช้ประสบการณ์เดิม/ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คนละ 1 ชั่วโมง ขั้นสะท้อนความคิด/อภิปรายและการใช้ตัวแบบ ที่สะท้อนความคิดในพฤติกรรมที่ทางบวก เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2554 ให้เสนอแนวคิดและ แนะนำพฤติกรรมทางบวกให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงตัวเองได้

**กิจกรรมที่ 3** **ขั้นสะท้อนความคิดและการร่วมรู้สึก/การแสดงความคิดเห็น** ทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการของทีมสหวิชาชีพ

**กิจกรรมที่ 4** **ขั้นการสร้างความเข้าใจและคิดรวบยอด** ขั้นสรุปกิจกรรมนั้นจะนำ ข้อสรุปจากการสะสมคะแนนผู้ที่มีคะแนนมากที่สุด จะแสดงถึงพฤติกรรมทางบวกดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้ที่เหลือคะแนนน้อยที่ได้จากการทำกิจกรรมตามปฏิทิน 4 สัปดาห์ แล้วนำมาสรุปวิเคราะห์พฤติกรรม ทางลบเกิดจากอะไร และสามารถแก้ไขได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ปฏิบัติตนเองจะเกิดผลเสียอย่างไรต่อ สุขภาพ ผู้วิจัยกระตุ้นให้เกิดทักษะการรับรู้ที่เกิดจากใจและทีมสหวิชาชีพช่วยแก้ไขปัญหา เสนอแนะทางเลือกและการตัดสินใจของผู้ป่วย

**กิจกรรมที่ 5** **ขั้นการประยุกต์และการนำไปใช้** ควรเพิ่มเติมที่จุดใด เรื่องอะไรบ้าง พร้อมทั้งนัดหมายทำการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 3 และทำแบบสอบถามประเมินหลังการทดลอง การประเมินพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องกรอกแบบประเมินพฤติกรรมขณะอยู่ที่บ้าน ดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 แบบประเมินพฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	พฤติกรรมดี (บวก)	พฤติกรรมไม่ดี (ลบ)
1. ท่านลืมรับประทานยา		
2. ท่านรับประทานเค็มจัด		
3. ท่านกินผักผลไม้ไม่หวานจัด มากกว่าวันละ 3 ท้าพี		
4. ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที		
5. ท่านระวังไม่ให้เกิดความเครียด		
6. ก่อนรับประทานยา ท่านเข้าใจการออกฤทธิ์ของยา		
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทกะทิ		
8. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง		
9. ท่านดื่มสุรา		
10. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา		
	รวม	
พฤติกรรมดี	สรุปผลคะแนน	
พฤติกรรมไม่ดี	สรุปผล	
คะแนน		

### (3) แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ครั้งที่ 3

การให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ตนเองพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกและเชิงลบ การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร่วมรู้สึกและเข้าใจตนเอง การสนับสนุนเกื้อกูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมรู้สึกและเข้าใจตนเอง การสนับสนุนเกื้อกูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

#### 1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบอกความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้ มีความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาและการตรวจตามนัด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกประโยชน์และผลดีของพฤติกรรมเชิงบวกในการดูแลสุขภาพ และสามารถบอกผลเสียของพฤติกรรมเชิงลบในการดูแลสุขภาพได้



1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเข้าใจ พฤติกรรมเชิงบวกและเชิงลบในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

1.3 เพื่อฝึกทักษะการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละกลุ่ม ๆ ละ 1 เรื่อง

**กิจกรรมที่ 1** **ขั้นสร้างสัมพันธภาพที่ดีและทบทวนความรู้เดิม**  
ผู้วิจัยทำกลุ่มสัมพันธ์อวัตุประสงค์ของการจัดประชุมกลุ่มย่อย และทบทวนความรู้เดิมดำเนินการโดยผู้วิจัย

**กิจกรรมที่ 2** **ขั้นสะท้อนความคิดและเสวนา** ให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนำความรู้และประสบการณ์เดิมที่เห็นว่าดีและเป็นประโยชน์ต่อตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และทำอันมาแลกเปลี่ยนกันพร้อมสรุปความคิดเห็น

**กิจกรรมที่ 3** **ขั้นสะท้อนความคิดและการร่วมรู้สึกร่วมแสดง**  
**ความคิดเห็น**

**กิจกรรมที่ 4** **ขั้นการสร้างความเข้าใจและคิดรวบยอด** สรุปผล ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

**กิจกรรมที่ 5** **ขั้นประยุกต์แนวคิดและการนำไปใช้** ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ 2 จากการเยี่ยมบ้านพบปัญหาจากพฤติกรรมจากการเยี่ยมบ้าน โดยใช้บทบาทสมมติของการเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ครั้งที่ 2 ได้แก่เรื่อง

1. พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป
4. พฤติกรรมด้านการใช้ยารักษาโรค

หลังจากการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนำกลับไปปฏิบัติจริงกับตนเองและตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยผู้วิจัยและทีมงานได้จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.5.1 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2554 เวลา 08.30 - 16.30 น. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้การปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2554 เวลา 09.00 - 12.00 น. ดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมครั้งที่ 1 การให้ความรู้ การปฏิบัติตนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด

สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 1-20 มีนาคม 2554 ดำเนินตามกิจกรรมการมีส่วนร่วม การสังเกตพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยการให้ความรู้และการเก็บรวบรวมพฤติกรรมจากแบบบันทึกการวิเคราะห์ตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจาการเยี่ยมบ้าน

วันที่ 21 มีนาคม 2554 เวลา 09.00 - 12.00 น. ดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมครั้งที่ 3 พร้อมการจัดกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหาดกรวด เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

#### 3.5.2 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความเที่ยงตรง (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล สาธารณสุขศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ ด้านละ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความถูกต้อง ชัดเจนและมีความตรงตามเนื้อหา ก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

2) การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ที่ได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านป่าเช่า ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน เนื่องจากมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่นำมาศึกษา ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2534 : 45) ดังนี้

$$\alpha = n / n - 1 [ 1 - \sum Si^2 / St^2 ]$$

เมื่อ  $\alpha$  = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น  
 $n$  = จำนวนข้อความทั้งหมดในแบบสอบถาม  
 $Si^2$  = จำนวนความแปรปรวนรายข้อของแบบสอบถาม  
 $St^2$  = จำนวนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งหมด  
 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

### 3.5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนัดหมายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าร่วมศึกษา โดยมีรายละเอียดและในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) นำแบบสอบถามแจกให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตที่อ่านออกเขียนได้ตอบด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอบถามด้วยตนเองก่อนและหลังกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเมื่อเสร็จสิ้น โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิต รวมสอบถามตอบด้วยตนเอง 2 ครั้ง
- 2) เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกลงในแบบสอบถามด้วยตนเองในแบบสอบถาม
- 3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมประวัติการรักษาและผลการตรวจร่างกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความดันโลหิตครั้งแรก และภาวะแทรกซ้อน
- 4) ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล แล้วจึงนำแบบสอบถามทั้งหมดบันทึกเพื่อลงรหัสข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

**3.6.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการวิเคราะห์ผลการตรวจทางร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง** ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สถิติที่ใช้ คือ จำนวน และร้อยละ และการวิเคราะห์ผลการตรวจทางร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สถิติที่ใช้ คือ จำนวน และร้อยละ

**3.6.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด** สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**3.6.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการรับบริการในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ** สถิติที่ใช้ คือ Paired sample t-test



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนการใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังการใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด และเพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้แบ่งรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการวิเคราะห์ผลการตรวจทางร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการรับบริการในรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการบริการสุขภาพ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการวิเคราะห์ผลการตรวจทางร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

#### 1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	13	32.5
หญิง	27	67.5
รวม	40	100.0
<b>2. อายุ</b>		
35 – 44 ปี	2	5.0
45 – 54 ปี	11	27.5
55 – 64 ปี	22	55.0
65 – 74 ปี	5	12.5
รวม	40	100.0
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	0	0.0
สมรส	36	90.0
หย่าร้าง	4	10.0
รวม	40	100.0
<b>4. การศึกษา</b>		
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	2	5.0
ประถมศึกษา	35	87.5
มัธยมศึกษา	3	7.5
รวม	40	100.0
<b>5. อาชีพ</b>		
อยู่บ้านเฉยๆ	5	12.5
รับจ้าง	10	25.0
เกษตรกรกรรม	20	50.0
ค้าขาย	5	12.5
รวม	40	100.0

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน พบว่า

#### 1.1.1 เพศ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 และเพศชาย มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5

#### 1.1.2 อายุ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55 – 64 ปี มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมา มีอายุระหว่าง 45 – 54 ปี มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 อายุระหว่าง 65 – 74 ปี มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 และอายุระหว่าง 35 – 44 ปี มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 และมีจำนวนน้อยที่สุด

#### 1.1.3 สถานภาพสมรส

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 และสถานภาพหย่าร้าง มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0

#### 1.1.4 การศึกษา

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมา มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษามีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0

#### 1.1.5 อาชีพ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา ประกอบอาชีพรับจ้าง มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพค้าขาย และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อยู่บ้านเฉย ๆ มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5

### 1.2 การวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและทีมงานได้ทำการตรวจสอบสภาพร่างกายให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 การวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	0	0.0
1 – 3 ปี	17	42.5
4 – 6 ปี	12	30.0
7 – 9 ปี	9	22.5
10 ปีขึ้นไป	2	5.0
รวม	40	100.0
<b>2. ระดับความดันโลหิต (ก่อนรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง )</b>		
> 130/85 – 140/90 mmHg	2	5.0
> 141/90 – 159/90 mmHg	1	2.5
> 160/100 – 179/100 mmHg	35	87.5
> 180/110 mmHg	2	5.0
รวม	40	100.0
<b>3. ระดับความดันโลหิต (หลังรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง )</b>		
> 130/85 – 140/90 mmHg	30	75.0
> 141/90 – 159/90 mmHg	6	15.0
> 160/100 – 179/100 mmHg	4	10.0
> 180/110 mmHg	0	0.0
รวม	40	100.0

จากตารางที่ 4.2 ข้อมูลผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกได้ดังนี้

### 1.2.1 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 – 3 ปี มีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมา คือ ช่วงระยะเวลาระหว่าง 4 – 6 ปี มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ช่วงระยะเวลาระหว่าง 7 – 9 ปี มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 และช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0



### 1.2.2 ระดับความดันโลหิต (ก่อนรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/100 – 179/100 mmHg มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 130/85 – 140/90 mmHg และมากกว่า 180/110 mmHg จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ > 141/90 – 159/90 mmHg มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5

### 1.2.3 ระดับความดันโลหิต (หลังรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 130/85 – 140/90 mmHg มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 141/90 – 159/90 mmHg มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/100 – 179/100 mmHg มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 มี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/110 mmHg จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.00

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวดกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด

การทดสอบ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
คะแนนก่อนการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด	40	8.33	1.29	19.32	.00
คะแนนหลังการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด	40	12.68	0.86		

หมายเหตุ 1. ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05  
2. คะแนนเต็ม 15 คะแนน

จากตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด มีคะแนนจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวดสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการรับบริการในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ

การศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวด โดยใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตนในการดูแลโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การดูแลสุขภาพทั่วไป
4. การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

โดยมีรายละเอียดของข้อมูลในภาพรวม 4 ด้าน ดังตารางที่ 4.4 และรายละเอียดข้อมูลรายด้าน ดังตารางที่ 4.5 ตารางที่ 4.6 และตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการรับบริการในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		t	p
	การจัดการสุขภาพ		การจัดการสุขภาพ			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านการควบคุมอาหาร	2.03	0.37	2.55	0.51	5.288	.000*
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.18	0.36	2.47	0.43	3.411	.002*
3. ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	2.43	0.41	2.69	0.27	3.464	.001
4. ด้านการใช้ยารักษาโรค	2.35	0.42	2.72	0.29	4.522	.000*
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>2.24</b>	<b>0.32</b>	<b>2.61</b>	<b>0.27</b>	<b>5.578</b>	<b>.000</b>

หมายเหตุ \* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการรับบริการในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคกรวด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.61$ , S.D. = 0.27) ซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ ในด้านการควบคุมอาหาร

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ			หลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ		
	$\bar{X}$	S.D.	ผลการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ผลการประเมิน
1. การรับประทาน/ปรุงอาหารที่ใส่ผงชูรส	1.68	0.73	ปานกลาง	2.45	0.71	ปานกลาง
2. การไม่เลือกซื้ออาหาร ประเภท แอ่งสูง	2.73	0.51	ปานกลาง	2.10	0.74	น้อย
3. การรับประทานอาหารประเภทกะทิ	1.95	0.50	ปานกลาง	2.70	0.56	มาก
4. การรับประทานผัก ผลไม้ไม่หวานจัด มากกว่าวันละ 3 ทัพพี	2.30	0.65	ปานกลาง	2.63	0.63	มาก
5. การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง และผักดอง	2.18	0.50	ปานกลาง	2.58	0.68	มาก
6. การรับประทานอาหารประเภทปลา	2.00	0.55	ปานกลาง	2.58	0.71	มาก
7. การรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันมาก	2.03	0.58	ปานกลาง	2.68	0.57	มาก
8. การรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีมันมาก	2.05	0.50	ปานกลาง	2.48	0.75	ปานกลาง
9. การรับประทานอาหารรสเค็มจัด	2.18	0.68	ปานกลาง	2.48	0.78	ปานกลาง
10. การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง	1.80	0.69	ปานกลาง	2.18	0.93	ปานกลาง
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>2.03</b>	<b>0.37</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>2.55</b>	<b>0.51</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 4.5 ผลของการประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร ในภาพรวม พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.55$ , S.D. = 0.51)

เมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้อ พบว่า การรับประทานอาหารประเภทกะทิ การรับประทานผักผลไม้ไม่หวานจัด มากกว่าวันละ 3 ทัพพี การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง และผักดอง การรับประทานอาหารประเภทปลา และการรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันมาก หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในระดับมาก ส่วนการรับประทานปรุงอาหารที่ได้ผงชูรส การรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีมันมาก การรับประทานอาหารรสเค็มจัด และการหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพมีความแตกต่างกับก่อนใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในระดับปานกลาง และการไม่เลือกซื้ออาหาร ประเภทแกง ถูกหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพมีค่าความแตกต่างกับก่อนใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในระดับน้อย (ก่อนใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ  $\bar{X} = 2.73$ , S.D. = 0.51 และหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ( $\bar{X} = 2.10$ , S.D. = 0.74)

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมลดสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ			หลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ		
	$\bar{X}$	SD.	ผลการประเมิน	$\bar{X}$	SD.	ผลการประเมิน
1. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินช้า ๆ วันละ 30 นาที	2.28	0.78	ปานกลาง	2.60	0.74	มาก
2. ท่านออกกำลังกายทุกวันหลังรับประทานอาหาร 1 – 2 ชั่วโมง	2.05	0.81	ปานกลาง	2.43	0.84	ปานกลาง
3. ท่านสวมเสื้อผ้าคืบแน่นเมื่อออกกำลังกาย	2.38	0.70	ปานกลาง	2.65	0.74	มาก
4. ท่านสวมรองเท้าคืบแน่นเมื่อออกกำลังกาย	2.40	0.74	ปานกลาง	2.73	0.64	มาก
5. ท่านมีอาการหน้ามืด จะเป็นลม ขณะออกกำลังกายหรือเดิน	2.13	0.72	ปานกลาง	2.53	0.75	มาก
6. ขณะออกกำลังกายท่านจะมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด	2.15	0.74	ปานกลาง	2.30	0.88	ปานกลาง
7. หลังออกกำลังกายท่านอาบน้ำทันที	2.25	0.84	ปานกลาง	2.78	0.58	มาก
8. หลังออกกำลังกายท่านนอนพักผ่อน	2.13	0.72	ปานกลาง	2.13	0.94	ปานกลาง
9. หลังออกกำลังกายท่านไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	1.88	0.85	ปานกลาง	1.98	1.00	ปานกลาง
10. หลังออกกำลังกายท่าน ไม่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย	2.18	0.81	ปานกลาง	2.55	0.85	มาก
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>2.18</b>	<b>0.36</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>2.47</b>	<b>0.43</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 4.6 ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการออกกำลังกายในภาพรวมพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.47$ , S.D. = 0.43)

เมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้อ พบว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินช้า ๆ วันละ 30 นาที การสวมเสื้อผ้าที่คับแน่นเมื่อออกกำลังกาย การสวมรองเท้าคับแน่นเมื่อออกกำลังกาย การเกิดอาการหน้ามืด จะเป็นลม ขณะออกกำลังกายหรือเดิน การออกกำลังกายท่าอนาบน้ำที่ และการออกกำลังกายท่าอื่น ไม่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย หลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการบริการสุขภาพในระดับมาก ส่วนการออกกำลังกายทุกวันหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง ขณะออกกำลังกายท่านจะมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด หลังออกกำลังกายท่านนอนพักผ่อน และหลังออกกำลังกายท่านไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหลังการใช้โปรแกรมการจัดการบริการสุขภาพมีความแตกต่างกับก่อนใช้โปรแกรมการจัดการบริการสุขภาพในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการบริการสุขภาพในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ			หลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ		
	$\bar{X}$	S.D.	ผลการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ผลการประเมิน
	1. ท่านสวมเสื้อผ้าที่คับแน่นเกินไป	2.23	0.73	ปานกลาง	2.55	0.71
2. ท่านไม่เคยไปพักผ่อน	1.95	0.64	ปานกลาง	2.60	0.63	มาก
3. ท่านระวังตนเอง ไม่ให้เกิดความเครียด	2.50	0.72	มาก	2.63	0.67	มาก
4. ท่านแปรงฟันทุกเช้าและก่อนนอน	2.68	0.57	มาก	2.78	0.53	มาก
5. เมื่อมีอาการตาพร่ามัว ท่านจะรีบไปพบแพทย์	2.58	0.59	มาก	2.78	0.53	มาก
6. ท่านนอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง	2.48	0.64	ปานกลาง	2.73	0.51	มาก
7. ท่านนอนพักผ่อนตอนกลางวัน	2.35	0.66	ปานกลาง	2.58	0.59	มาก
8. ท่านหมั่นดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ	2.73	0.64	มาก	2.75	0.54	มาก
9. การสูบบุหรี่ของท่าน	2.43	0.75	ปานกลาง	2.78	0.58	มาก
10. ท่านดื่มสุรา	2.38	0.70	ปานกลาง	2.78	0.58	มาก
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>2.43</b>	<b>0.41</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>2.69</b>	<b>0.27</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 4.7 ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปในภาพรวมพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.69$ , S.D. = 0.27)

เมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้อ พบว่า การสวมเสื้อผ้าที่คับแน่นเกินไป การไม่เคยไปพักผ่อน การนอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง การนอนพักผ่อนตอนกลางวัน การสูบบุหรี่ของท่าน และการดื่มสุรา หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในระดับมาก ส่วนการระวังตนเอง ไม่ให้เกิดความเครียด การแปรงฟันทุกเช้าและก่อนนอน เมื่อมีอาการตาพร่ามัว ท่านจะรีบไปพบแพทย์ และการหมั่นดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพมีความแตกต่างกับก่อนใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในระดับมาก

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูงในด้านการใช้ยารักษาโรค

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ		หลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพ			
	$\bar{X}$	S.D.	ผลการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ผลการประเมิน
1. ท่านไปตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอทุกเดือน	2.83	0.45	มาก	2.85	0.53	มาก
2. ท่านลิ้มรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	2.05	0.85	ปานกลาง	2.48	0.78	ปานกลาง
3. ท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งตามกำหนดนัด	2.75	0.49	มาก	2.73	0.68	มาก
4. ท่านลิ้มรับประทานยาเมื่อใดมือหนึ่ง ท่านจะรับประทานยาเป็น 2 เท่า	2.45	0.81	ปานกลาง	2.90	0.38	มาก
5. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ท่านซื้อยากินเอง	2.23	0.77	ปานกลาง	2.70	0.65	มาก
6. เมื่อมีอาการแพ้ยาท่านไปพบแพทย์ทันที	2.08	0.94	ปานกลาง	2.65	0.70	มาก
7. ก่อนรับประทานยาท่านเข้าใจการออกฤทธิ์ของยา	2.38	0.70	ปานกลาง	2.70	0.65	มาก
8. หลังจากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ท่านนอนพักผ่อน	2.15	0.80	ปานกลาง	2.73	0.51	มาก
9. ท่านรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาแก้ไอแก้ปวด	2.08	0.83	ปานกลาง	2.68	0.66	มาก

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรมการ จัดการสุขภาพ			หลังการใช้โปรแกรมการ จัดการสุขภาพ		
	$\bar{X}$	S.D.	ผลการ ประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ผลการ ประเมิน
	10. ท่านรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับ ยาแก้แพ้	2.48	0.68	ปานกลาง	2.83	0.50
เฉลี่ยรวม	2.35	0.42	ปานกลาง	2.73	0.29	มาก

จากตารางที่ 4.8 ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการใช้ยารักษาโรคในภาพรวมพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการให้บริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้บริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.73$ , S.D. = 0.29)

เมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้อ พบว่า สัมรับประทานยามือใดมือนึง ท่านจะรับประทานยาเป็น 2 เท่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ท่านซื้อยากินเอง เมื่อมีอาการแพ้ยาท่านไปพบแพทย์ทันที ก่อนรับประทานยาท่านเข้าใจการออกฤทธิ์ของยา หลังจากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ท่านนอนพักผ่อน การรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาแก้ไอแก้ปวด และการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาแก้แพ้ หลังการใช้โปรแกรมการให้บริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้บริการสุขภาพในระดับมาก ส่วนการไปตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอทุกเดือน และการท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งตามกำหนดนัด หลังการใช้โปรแกรมการให้บริการสุขภาพมีความแตกต่างกับก่อนใช้โปรแกรมการให้บริการสุขภาพในระดับมาก และการสัมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง หลังการใช้โปรแกรมการให้บริการสุขภาพมีความแตกต่างกับก่อนใช้โปรแกรมการให้บริการสุขภาพในระดับปานกลาง



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัด 2 ครั้ง (One Group Pre-Test-Post-Test Design) โดยการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับยาไม่สม่ำเสมอ และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 40 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะได้ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด เปรียบเทียบผลของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้รูปแบบในการจัดบริการสุขภาพ

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพด้วยตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้หลักการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง ที่ได้ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน และได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในสถานีนามัยป่าเช่า ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ซึ่งได้ค่าความเที่ยง 0.78 จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่า t

### 1.3 ผลการวิจัย

#### 1.3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการวิเคราะห์ผลการตรวจทางร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีอายุระหว่าง 55 – 64 ปี มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0

2) การวิเคราะห์ผลการตรวจทางร่างกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 – 3 ปี ระดับความดันโลหิต (ก่อนรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง) มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/100 – 179/100 mmHg มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 ระดับความดันโลหิต (หลังรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง) มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 130/85 – 140/90 mmHg มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0

1.3.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด มีคะแนนจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวดสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการรับบริการในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการรับบริการในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในภาพรวม พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.61$  , S.D. = 0.27) ซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการควบคุมอาหารในภาพรวม พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.55$ , S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้อ พบว่า การรับประทานอาหารประเภทกะทิ การรับประทานผัก ผลไม้ไม่หวานจัด มากกว่าวันละ 3 ทัพพี การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง และผักดอง การรับประทานอาหารประเภทปลา และการรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันมาก หลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในระดับมาก

ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการออกกำลังกายในภาพรวม พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.47$ , S.D. = 0.43) เมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้อ พบว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินช้า ๆ วันละ 30 นาที การสวมเสื้อผ้าคับแน่นเมื่อออกกำลังกาย การสวมรองเท้าคับแน่นเมื่อออกกำลังกาย การเกิดอาการหน้ามืด จะเป็นลม ขณะออกกำลังกายหรือเดิน การออกกำลังกายทำน้ำท่าหนัก และ การออกกำลังกายทำน้ำท่าเบา ไม่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในระดับมาก

ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปในภาพรวม พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.69$ , S.D. = 0.27) เมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้อ พบว่า การสวมเสื้อผ้าที่คับแน่นเกินไป การไม่เคยไปพักผ่อน การนอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง การนอนพักผ่อนตอนกลางวัน การสูบบุหรี่ของท่าน และการดื่มสุรา หลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในระดับมาก

ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการสุขภาพในด้านการใช้ยารักษาโรคในภาพรวม พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.73$ , S.D. = 0.29) เมื่อพิจารณารายข้อ ทั้ง 10 ข้อ พบว่า ลืมรับประทานยาเมื่อใดมือหนึ่ง ท่านจะรับประทานยาเป็น 2 เท่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ท่านซื้อยากินเอง เมื่อมีอาการแพ้ยาท่านไปพบแพทย์ทันที ก่อนรับประทานยาท่านเข้าใจการออกฤทธิ์ของยา หลังจากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ท่านนอนพักผ่อน การรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง

ร่วมกับยาแก้ไข้แก้ปวด และการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาแก้แพ้ หลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดบริการสุขภาพในระดับมาก

## 2. อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีประเด็นที่น่าสนใจดังยกมาอภิปรายดังนี้

### 2.1 คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล

**2.1.1 อายุ** พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 55-60 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย โลจายะ บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สารพันธ์, 2536 อ้างใน มะลิ อิ่มเอิบ, 2547

**2.1.2 ผลการทดสอบสมมติฐาน การวิจัยภายหลังการทดลอง** พบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหากรวดสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหากรวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง ในด้านการใช้ยารักษาโรค ได้แก่ ก่อนการรับบริการ ผลของการประเมินอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.35$ , S.D. = 0.42) และหลังการรับบริการของการประเมินอยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 2.73$ , S.D. = 0.29) ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร ได้แก่ ก่อนการรับบริการ ผลของการประเมินอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.03$ , S.D. = 0.37) และหลังการรับบริการของการประเมินอยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 2.55$ , S.D. = 0.51) ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง ในด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ก่อนการรับบริการ ผลของการประเมินอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.18$ , S.D. = 0.36) และหลังการรับบริการของการประเมินอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.47$ , S.D. = 0.43) ผลของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง ในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ ก่อน

การรับบริการ ผลของการประเมินอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.43$  , S.D. = 0.41) และหลังการรับบริการของการประเมินอยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 2.69$  , S.D. = 0.27)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมในด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง ผลของการประเมินอยู่ระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.18$  , S.D. = 0.36) และหลังการรับบริการของการประเมินอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.47$  , S.D. = 0.43) (ตารางที่ 6) เปลี่ยนแปลงจากค่า  $\bar{X}$  , S.D. ก่อนและหลัง 0.19,0.07 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่ถึงเกณฑ์ ค่าเฉลี่ยระดับมาก 2.50-3.00 ผู้วิจัยต้องใช้กระบวนการกลยุทธ์ในการจูงใจ ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการออกกำลังกาย เนื่องจากสภาพแวดล้อมและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลหาคกรวดส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จึงไม่มีเวลาที่จะออกกำลังกายเป็นประจำ

ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน ( $\bar{X} = 2.24, 2.61$  , SD = 0.32, 0.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน และทุกด้าน พบว่า ผู้เข้ารับบริการในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาคกรวด มีผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแตกต่างกันทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความแตกต่างสอดคล้องกับ พะยอม สุขอนแก่นันท์ และคนอื่น ๆ

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ศึกษาและส่งเสริม การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจร่วมกันในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ที่ไม่มาตรวจตามนัด และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและมาตรวจตามนัด จึงควรขยายผลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมนี้

2. จากการศึกษาี้ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือทุกโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง บุคคลในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องต่อกันทั้งทางด้าน

อารมณ์ สังกม ทางด้านความเป็นอยู่ การปรุงอาหาร บริโภคอาหาร รวมถึงบุคคลในชุมชนที่มีส่วน  
เกี่ยวข้องการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีขนาดเดียวกัน เพื่อไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
สุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเพื่อนำรูปแบบโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพไปปรับใช้  
กับโรคอื่น ๆ

2.ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมเครือข่าย โดยใช้อาสาสมัคร และสมาชิก  
ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น





บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข (2546-2547) สถิติกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2545.  
 กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก, กระทรวงสาธารณสุข.
- กรกาญจน์ ปานสุวรรณ และ ปภาวดี อธิปัญญา (2545) ผลการใช้โปรแกรมการสอนที่ประยุกต์  
 ทฤษฎีของโอเรียมต่อความรู้และทักษะการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์แรก.  
 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กิติมา สุรสนธิ (2542) ความรู้ทางการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภารธรรม, 2543. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วย  
 การสอบถาม และการตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2543-2535  
 กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- ชนวนทอง ชนะสุการ และดวงกมล จันทร์นิมิต (2545) ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ชนวนทอง  
 ชนะสุการ.
- จิตาภา สุขพลำ (2548) การสื่อสารระหว่างบุคคล. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์.
- ธิดา สันติระชัยวัฒนา (2540) กรมอนามัย 2545 เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทฤษฎีไซเบอร์เนติกส์ของ  
 นอร์เบิร์ตจันเนอร์ และทฤษฎีสารเวลาของสมควรวทียะ.
- ทฤษฎีของเอมิลคูแลง นักสังคมวิทยาประเทศฝรั่งเศส ผู้เขียน. “Le Suicide” (1897)  
 (การฆ่าตัวตาย). เอกสารแปลจากหนังสือของ IFRTD ( The international Form For  
 Rural Transport and Develop went ).
- นคร พันธุ์ณรงค์. (2549) การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และการเรียนรู้  
 อย่างมีความสุข. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา  
<http://www.yupparaj.ac.th/education/topic102.doc> [18 กุมภาพันธ์ 2550].
- บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, และพันธุ์พิชญ์ สาครพันธุ์ (บรรณาธิการ) (2536) ตำราโรคหัวใจ และ  
 หลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 480-293). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหัวใจแห่ง  
 ประเทศไทย.
- บุญเชิด ภัฏญโญนนตพงษ์. (2540) “การเรียนรู้แบบสรรค์สร้างความรู้.” ทฤษฎีการ  
 เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : ต้นแบบการเรียนรู้ทางด้านหลักทฤษฎี  
 และแนวปฏิบัติ. หน้า 48-49. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.



บุษบา อู่ไพจิตร (2537) ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรค  
ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของ  
ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล

บุญเชิด ภัฏญโญนนตพงษ์ (2540) “การเรียนรู้แบบสรรค์สร้างความรู้.” **ทฤษฎี**

**การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : ต้นแบบการเรียนรู้ทางด้านหลักทฤษฎีและแนว**

**ปฏิบัติ.** หน้า 48-49. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ.

ประคิน สุจฉายา และคณะ (2545) สุพัตรา ศรีวิเศษชาครและคณะ (2545).

ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ชนวนทอง ชนะสุการ และดวงกมล จันทร์นิมิต

(2542) อ่างโนมยวีร์ มูลสวัสดิ์ (2548).

ปริวัตร เขื่อนแก้ว (2550) **แนวทางการจัดการเรียนรู้และประเมินผล.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :

[http://www.wijai48.com/learning\\_stye/learningstyle.htm](http://www.wijai48.com/learning_stye/learningstyle.htm)

[31 ตุลาคม 2550].

ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ (2540) “กระบวนการกลุ่ม.” ใน **ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม :**

**ต้นแบบการเรียนรู้ทางด้านหลักทฤษฎีและแนวปฏิบัติ.** หน้า 40 กรุงเทพฯ :

สำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2549-2554) พัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.

พะยอม สุขอนนันทน์ และคณะ (2548) การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการติดตามดูแลผู้ป่วยใน

ชุมชนในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

พึงใจ งามอุโฆษ (2538) “ความดันโลหิตสูง”. ในวิทยาสรีดามา (บก),ตำราอายุรศาสตร์ 2

หน้า 674-689 กรุงเทพฯ:ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โพยม วงศ์ภูวรักษ์ และคณะ (2544) ทำการเปรียบเทียบผลของการแก้ไขปัญหาการใช้ยาโดยเภสัช

กร โรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังผู้ป่วยพบแพทย์.

สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข.

รัฐพร โลกะวิศวานิช และคณะ (2547) **ทฤษฎีการสื่อสาร** หน่วยที่ 1-8, หน้า 125-161 .

นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรม.

ระวีวรรณ ประกอบผล. องค์ประกอบและกระบวนการสื่อสาร.ในเอกสารการสอนชุดวิชาหลัก.

สถิติกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.

สมจิต หนูเจริญกุล (2545) การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 15).

กรุงเทพฯ:วี . เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล, และ พรทิพย์ มาลาธรรม (2545) การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3)  
(หน้า 129-160). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล, และ อรสา พันธุ์ภักดี (2542) การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การ  
ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: ชุมชน  
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมใจ ปราบพล (2544) การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ “การสอนแบบ  
ทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม.” กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษา  
แห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สมพร เตรียมชัยศรี, และอมรรัตน์ภีราธร (2541) ผลของการใช้วิธีการดูแลสุขภาพทางเลือก  
แบบเงินต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ:  
ซึ่งง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 12 (2), 64-71.

สมชาย โลจาย บุญชอบ พงษ์พานิช และ พันธุ์พิชญ์ สาครพันธ์ (2536) อ่างในมะลิ อัมเอิม (2547)  
สำนักการพัฒนาระบบสุขภาพ (2545-2546) ระบบสุขภาพ

สุเทพ อ่วมเจริญ (2544) การสอนแบบไม่นำทาง หรือ **Nondirective teaching**.

[ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://learners.in.th/blog/pnrutechedu/121031?page=4>  
[28 มกราคม 2550].

\_\_\_\_\_. (2549) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :  
[http://cddweb.cdd.go.th/tr\\_di/documentary/tr\\_dihreddoc004.html](http://cddweb.cdd.go.th/tr_di/documentary/tr_dihreddoc004.html)  
[28 มกราคม 2550].

สุมณฑา พรหมบุญ (2540) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. หน้า 14  
กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

สุมณฑา พรหมบุญ และอรพรรณ พรสีมา (2549) “การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.” ใน **ทฤษฎีการ  
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : ต้นแบบการเรียนรู้ทางด้านหลักทฤษฎีและแนวปฏิบัติ**. หน้า  
34-35 กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ .

\_\_\_\_\_. (2549) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.  
[ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://library.uru.ac.th/webdb/images/party.htm>  
[8 มีนาคม 2550].

กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ เนตรนภา ขุมทอง สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย และประวิทย์ ลี้สถาพรวงศา (2542) การประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอ โศภคำโรง (จ.ลพบุรี) และ อำเภออุทัย(จ.พระนครศรีอยุธยา). สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข.

สุวรรณชัย วัฒนาอึ้งเจริญชัย. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีอนามัย ตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ไม่ปรากฏโรงพิมพ์.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2542).

เสนาะ ดิยาวัว. การสื่อสารในองค์กร: การสื่อสารระหว่างบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 1994.

สำนักโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข;2545.

อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง (2545) **สุดยอดพัฒนาการเรียนการสอน**. กรุงเทพมหานคร : เอ็กซ์เพอร์เน็ทบุคส์.

อรพรรณ พรสีมา (2540) การเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ ในทฤษฎีการเรียนรู้แบบการมีส่วนร่วม ต้นแบบการเรียนรู้ ทางหลักทฤษฎีและแนวปฏิบัติ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษา แห่งชาติ.

Best, J.W (1997) *Research in Education*. New Jersey: Engewood cliffs, Prentice-Hill,Inc.

National Institutes of Health (1997) *อ้างอิงในทรัพยากรรวม จอมพงษ์* (2546).

Orem, D.E. and Taylor, S. Orem's general theory of nursing in P. Winstead-Fz (Ed): *Case studies in nursing theory*. National League for nursing. 37-41.

Orem, D.E. *Nursing: concept of practice* (5 Ed). St. Louis : Mosby Year Book (1995).

WHO WHO Health Organization-International Society of Hypertension. *Guideline for the management of Hypertension*. *Jurnal of Hypertension*

Kolb, A. and D. A Kolb (2001) **Experiential learning theory bibliography 1971- 2001**. Boston : McBer.

Kolb, David (1984) **Experiential learning: Experience as the source of learning and development**. Englewood Cliffs : Prentice Hall.

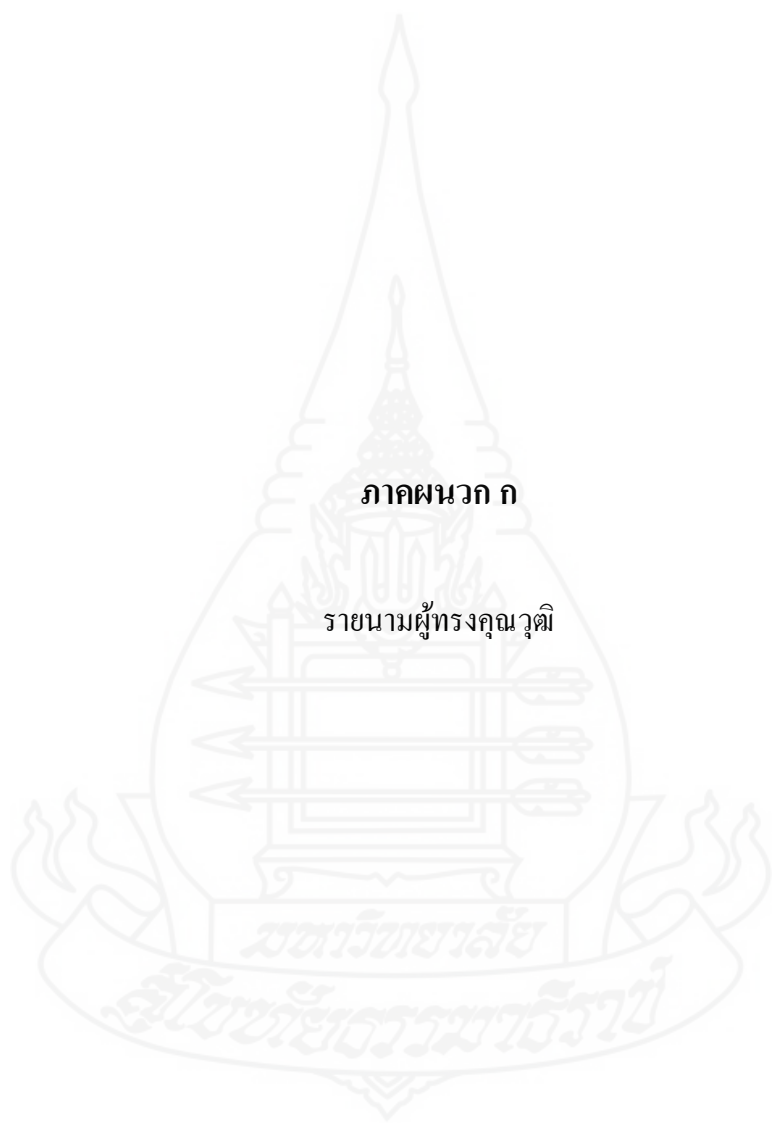
\_\_\_\_\_. (1994) **experiential learning**. [Online]. Available : <http://www.infed.org/biblio/b-explrm.htm> [July 1, 2006].



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

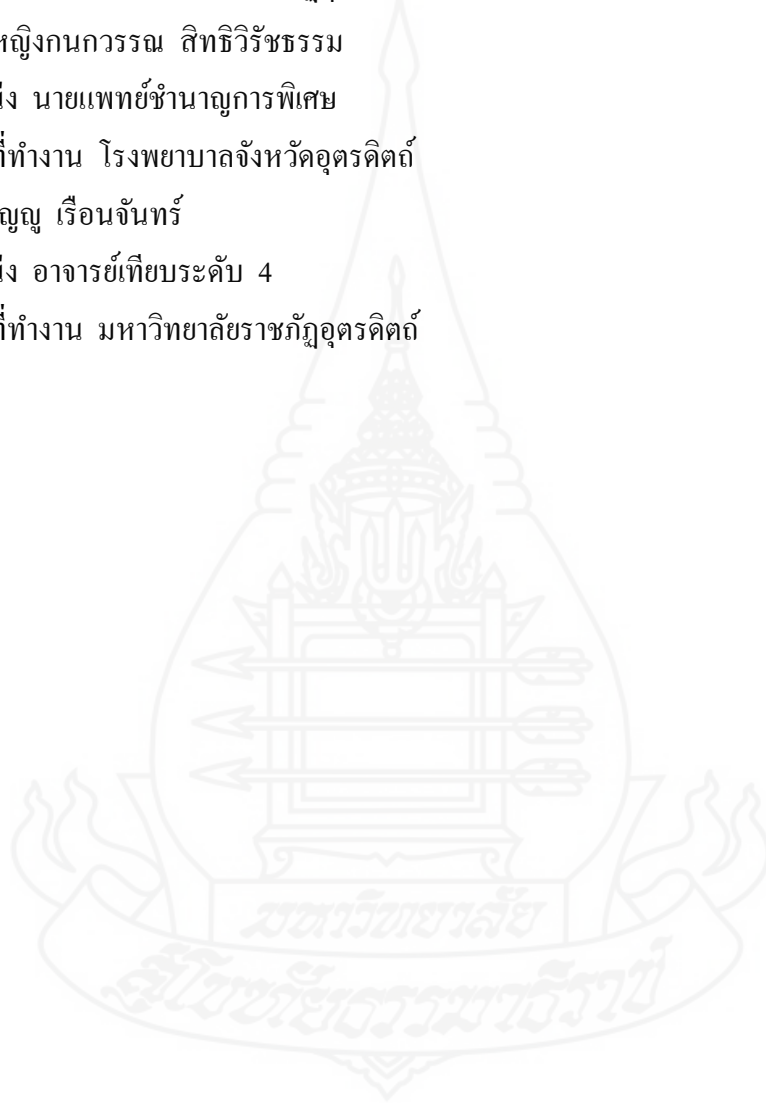


ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์จ๊กกฤษ์ พิญาพงษ์  
ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี  
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
2. แพทย์หญิงกนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจังหวัดอุดรดิตถ์
3. นายศรัญญู เรือนจันทร์  
ตำแหน่ง อาจารย์เทียบระดับ 4  
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์





ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

## แบบสอบถาม

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์  
(ก่อนการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึของท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. กลุ่มอายุ  
 35 – 44 ปี  45 – 54 ปี  
 55 – 64 ปี  65 -74 ปี  
 75 – 84 ปี
3. สถานภาพสมรส  
 โสด  คู่  
 ม่าย  แยกกันอยู่
4. การศึกษา  
 ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  อื่นๆ.....
5. อาชีพ  
 อยู่บ้านเฉยๆ  รับจ้าง  
 เกษตรกรรม  ค้าขาย  
 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  อื่นๆ.....

## ส่วนที่ 2

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง  
 น้อยกว่า 1 ปี  1 - 3 ปี  
 4 - 6 ปี  7 - 9 ปี  
 10 ปีขึ้นไป
2. ระดับความดันโลหิต  
 >130/85-140/90 mmHg  >141/90-159/99 mmHg  
 >160/100-179/100 mmHg  ระดับความดันโลหิต>180/110 mmHg



3. ภาวะแทรกซ้อน [ ] มี [ ] ไม่มี

### ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [ ] ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	ใช่	ไม่ใช่
1. ทุกคนสามารถเป็นความดันโลหิตสูงโดยไม่มีอาการ		
2. ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าหนุ่มสาว		
3. โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเป็นโรคไตได้		
4. โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเป็นโรคหัวใจ		
5. โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสตามัวหรือตาบอดได้		
6. เมื่อสัมผัสประทานยามือใดมือหนึ่ง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่า ในมือต่อไป		
7. เมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้เอง		
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงขึ้น		
9. การสูบบุหรี่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
10. การดื่มเหล้าหรือเบียร์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูง		
11. การรับประทานอาหารที่รสเค็ม ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
12. ผลข้างเคียงของการลดความดันโลหิตสูงบางชนิด ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง		
13. ผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด ทำให้มีโอกาสหน้ามืดเป็นลม		
14. ถ้ามีอาการปวดศีรษะ แสดงว่าความดันโลหิตสูงควรไปพบแพทย์		
15. ถ้ามีความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัย		

**ส่วนที่ 4** พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความรู้สึกรหรือการปฏิบัติของท่าน ซึ่งมีความหมายดังนี้คือ

ทำประจำ หมายถึง กิจกรรมที่ตามนั้นผู้ตอบปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง

ทำบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมที่ตามนั้นผู้ตอบปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง

ไม่ทำเลย หมายถึง กิจกรรมที่ตามนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติ

ข้อความ	การรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง		
	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
<b>ด้านการใช้ยารักษาโรค</b>			
1. ท่านไปตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอทุกเดือน			
2. ท่านลืมนับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
3. ท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งตามกำหนดนัด			
4. ท่านลืมนับประทานยาเม็ดใดเม็ดหนึ่ง ท่านจะรับประทานยาเป็น 2 เท่า			
5. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ท่านซื้อยากินเอง			
6. เมื่อมีอาการแพ้ยาท่านไปพบแพทย์ทันที			
7. ก่อนรับประทานยาท่านเข้าใจการออกฤทธิ์ของยา			
8. หลังจากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ท่านนอนพักผ่อน			
9. ท่านรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาแก้ไอแก้ปวด			
10. ท่านรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาแก้แพ้			
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>			
1. การรับประทาน/ปรุงอาหารที่ได้รสชาติ			
2. ท่านไม่ซื้ออาหาร แกงดูง			
3. การรับประทานอาหารประเภทกะทิ			
4. การกินผัก ผลไม้ไม่หวานจัด มากกว่าวันละ 3 ทัพพี			
5. การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง ผักดอง			
6. รับประทานอาหารประเภทปลา			
7. การรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันมาก			
8. การรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีมันมาก			
9. การรับประทานอาหารรสเค็มจัด			
10. หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง			

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลหาดกรวด  
อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (ต่อ)

ข้อความ	การรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง		
	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>			
1. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินช้า ๆ วันละ 30 นาที			
2. ท่านออกกำลังกายทุกวันหลังรับประทานอาหาร 1 – 2 ชั่วโมง			
3. ท่านสวมเสื้อผ้าคั๊บน้ำหนักแน่นเมื่อออกกำลังกาย			
4. ท่านสวมรองเท้าคั๊บน้ำหนักแน่นเมื่อออกกำลังกาย			
5. ท่านมีอาการหน้ามืด จะเป็นลม ขณะออกกำลังกายหรือเดิน			
6. ขณะออกกำลังกายท่านจะมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด			
7. หลังออกกำลังกายท่านอาบน้ำทันที			
8. หลังออกกำลังกายท่านนอนพักผ่อน			
9. หลังออกกำลังกายท่านไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง			
10. หลังออกกำลังกายท่าน ไม่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย			
<b>ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป</b>			
1. ท่านสวมเสื้อผ้าที่คั๊บน้ำหนักแน่นเกินไป			
2. ท่านไม่เคยไปพักผ่อน			
3. ท่านระวังตนเอง ไม่ให้เกิดความเครียด			
4. ท่านแปรงฟันทุกเช้าและก่อนนอน			
5. เมื่อมีอาการตาพร่ามัว ท่านจะรีบไปพบแพทย์			
6. ท่านนอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง			
7. ท่านนอนพักผ่อนตอนกลางวัน			
8. ท่านหมั่นดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ			
9. การสูบบุหรี่ของท่าน			
10. ท่านดื่มสุรา			

## แบบสอบถาม

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์  
(หลังการรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึของท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. กลุ่มอายุ
 

<input type="checkbox"/> 35 – 44 ปี	<input type="checkbox"/> 45 – 54 ปี
<input type="checkbox"/> 55 – 64 ปี	<input type="checkbox"/> 65 – 74 ปี
<input type="checkbox"/> 75 – 84 ปี	
3. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> ม่าย	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
4. การศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
5. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> อยู่บ้านเฉยๆ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....

## ส่วนที่ 2

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
 

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ปี	<input type="checkbox"/> 1 - 3 ปี
<input type="checkbox"/> 4 - 6 ปี	<input type="checkbox"/> 7 - 9 ปี
<input type="checkbox"/> 10 ปีขึ้นไป	
2. ระดับความดันโลหิต
 

<input type="checkbox"/> >130/85-140/90 mmHg	<input type="checkbox"/> >141/90-159/99 mmHg
<input type="checkbox"/> >160/100-179/100 mmHg	<input type="checkbox"/> ระดับความดันโลหิต>180/110 mmHg
3. ภาวะแทรกซ้อน  มี  ไม่มี

### ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [ ] ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	ใช่	ไม่ใช่
1. ทุกคนสามารถเป็นความดันโลหิตสูงโดยไม่มีอาการ		
2. ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าหนุ่มสาว		
3. โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเป็นโรคไตได้		
4. โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเป็นโรคหัวใจ		
5. โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสตามัวหรือตาบอดได้		
6. เมื่อล้มรับประทานยามือใดมือหนึ่ง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่า ในมือต่อไป		
7. เมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาได้เอง		
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงขึ้น		
9. การสูบบุหรี่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
10. การดื่มเหล้าหรือเบียร์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูง		
11. การรับประทานอาหารที่รสเค็ม ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
12. ผลข้างเคียงของการลดยาความดันโลหิตสูงบางชนิด ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง		
13. ผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด ทำให้มีโอกาสหน้ามืดเป็นลม		
14. ถ้ามีอาการปวดศีรษะ แสดงว่าความดันโลหิตสูงควรไปพบแพทย์		
15. ถ้ามีความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัย		

**ส่วนที่ 4** พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลหาดกรวด

อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความรู้สึกรหรือการปฏิบัติของท่าน ซึ่งมี

ความหมายดังนี้คือ

ทำประจำ หมายถึง กิจกรรมที่ตามนั้นผู้ตอบปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง

ทำบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมที่ตามนั้นผู้ตอบปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง

ไม่ทำเลย หมายถึง กิจกรรมที่ตามนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติ

ข้อความ	การรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง		
	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
<b>ด้านการใช้ยารักษาโรค</b>			
1. ท่านไปตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอทุกเดือน			
2. ท่านลืมนับรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
3. ท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งตามกำหนดนัด			
4. ท่านลืมนับรับประทานยามีมือใดมือหนึ่ง ท่านจะรับประทานยาเป็น 2 เท่า			
5. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ท่านซื้อยากินเอง			
6. เมื่อมีอาการแพ้ยาท่านไปพบแพทย์ทันที			
7. ก่อนรับประทานยาท่านเข้าใจการออกฤทธิ์ของยา			
8. หลังจากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ท่านนอนพักผ่อน			
9. ท่านรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาแก้ไอแก้ปวด			
10. ท่านรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาแก้แพ้			
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>			
1. การรับประทาน/ปรุงอาหารที่ใส่ผงชูรส			
2. ท่านไม่ซื้ออาหาร แกงดูง			
3. การรับประทานอาหารประเภทกะทิ			
4. การกินผัก ผลไม้ไม่หวานจัด มากกว่าวันละ 3 ทัพพี			
5. การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง ผักดอง			
6. รับประทานอาหารประเภทปลา			
7. การรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันมาก			
8. การรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีมันมาก			
9. การรับประทานอาหารรสเค็มจัด			
10. หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง			

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลหาดกรวด  
อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (ต่อ)

ข้อความ	การรับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง		
	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>			
1. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินช้า ๆ วันละ 30 นาที			
2. ท่านออกกำลังกายทุกวันหลังรับประทานอาหาร 1 – 2 ชั่วโมง			
3. ท่านสวมเสื้อผ้าคั๊บน้ำหนักแน่นเมื่อออกกำลังกาย			
4. ท่านสวมรองเท้าคั๊บน้ำหนักแน่นเมื่อออกกำลังกาย			
5. ท่านมีอาการหน้ามืด จะเป็นลม ขณะออกกำลังกายหรือเดิน			
6. ขณะออกกำลังกายท่านจะมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด			
7. หลังออกกำลังกายท่านอาบน้ำทันที			
8. หลังออกกำลังกายท่านนอนพักผ่อน			
9. หลังออกกำลังกายท่านไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง			
10. หลังออกกำลังกายท่าน ไม่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย			
<b>ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป</b>			
1. ท่านสวมเสื้อผ้าที่คั๊บน้ำหนักแน่นเกินไป			
2. ท่านไม่เคยไปพักผ่อน			
3. ท่านระวังตนเอง ไม่ให้เกิดความเครียด			
4. ท่านแปรงฟันทุกเช้าและก่อนนอน			
5. เมื่อมีอาการตาพร่ามัว ท่านจะรีบไปพบแพทย์			
6. ท่านนอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง			
7. ท่านนอนพักผ่อนตอนกลางวัน			
8. ท่านหมั่นดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ			
9. การสูบบุหรี่ของท่าน			
10. ท่านดื่มสุรา			

### แบบวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ภายใน 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ภายใน 4 สัปดาห์  
 กรุณาทำเครื่องหมาย / (หมายถึง 1 คะแนน) ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน

พฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	พฤติกรรมดี	พฤติกรรมไม่ดี
1. ท่านลืมรับประทานยา 2. ท่านรับประทานเค็มจัด 3. ท่านกินผักผลไม้ไม่หวานจัด มากกว่าวันละ 3 ท้าพี 4. ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที 5. ท่านระวังไม่ให้เกิดความเครียด 6. ก่อนรับประทานยา ท่านเข้าใจการออกฤทธิ์ของยา 7. ท่านรับประทานอาหารประเภทกะทิ 8. ทำรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง 9. ท่านดื่มสุรา 10. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา		
รวม		
พฤติกรรมดี	สรุปผลคะแนน	
พฤติกรรมไม่ดี	สรุปผลคะแนน	



## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางนันทน์ภัส ศิริสรณลักษณ์
วัน เดือน ปีเกิด	16 ตุลาคม 2504
สถานที่เกิด	จังหวัดอุตรดิตถ์
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต สุขศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ปี 2535
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด
ตำแหน่ง	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด

