

**การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิจัย
สาขาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม**

นายชาติ ยะวร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธาณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2552

Evaluation of Developing Village Health Volunteer Experts in the Diabetes Mellitus and Hypertension Aspects in Maha Sarakham Province

Mr. Chalee Yaworn

A Thesis 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

2009

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ
สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อและนามสกุล นายชาติ ยะวร

แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. อาจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2553

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



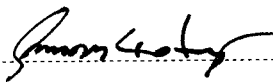
ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. Wannasra Chawanitum)



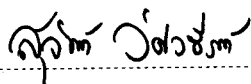
กรรมการ

(อาจารย์ ดร. Chotipha Boromchornrat)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. Wangkanya Pholprasert)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. Sujin Witwiranant)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงชวชาญ
สาขาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัย นายชาติ ะวร รหัสนักศึกษา 2515000327 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) อาจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ
ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบชิปปิงของสตีฟเฟิลบีม มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินผลโครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อยกระดับเป็น อสม.เชิงชวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริบทด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงานด้านผลผลิต และ (2) ศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนา อสม.เชิงชวชาญ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อสม.ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาอสม.เชิงชวชาญ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 322 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยใช้แบบสอบถาม และเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากรายงาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ผลการวิจัย พบว่า (1) การประเมินผลด้านบริบทอยู่ในระดับสูงด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านกระบวนการอยู่ในระดับสูง ด้านผลผลิตในด้านความรู้เรื่อง โรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระดับปานกลางการปฏิบัติงานการคัดกรองและการดูแลโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ ในระดับสูงความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 97 ซึ่งสูงกว่าปีที่ไม่มีการพัฒนาและสูงกว่าเป้าหมาย อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ โรคความดันโลหิตสูงถือว่าผ่านเกณฑ์ และ (2) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการที่สำคัญ คือ ด้านปัจจัยนำเข้าได้แก่ ความไม่เพียงพอ ด้านงบประมาณสนับสนุนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ และวัสดุอุปกรณ์ในการรณรงค์รวมทั้งปัญหา ด้านกระบวนการ ได้แก่ จำนวนอสม. ผู้ปฏิบัติงานตรวจคัดกรองโรค และระยะเวลาการจัดอบรม (2 วัน) น้อยเกินไปข้อเสนอแนะคือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานหน่วยงานสาธารณสุขควรเพิ่ม การสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ และอุปกรณ์ในการรณรงค์ให้เพียงพอรวมทั้งควรจัดอบรมเพื่อเพิ่มจำนวน อสม.เชิงชวชาญฯให้เพียงพอ และเพิ่มระยะเวลาการอบรมเป็น 3-5 วัน

คำสำคัญ การวิจัยประเมินผล รูปแบบชิปปิง อาสาสมัครสาธารณสุขเชิงชวชาญ โรคเบาหวาน
โรคความดันโลหิตสูง

Thesis title: Evaluation of Program for Developing Village Health Volunteer Experts in the Diabetes Mellitus and Hypertension Aspects in Maha Sarakham Province.

Researcher: Mr. Chalee Yaworn ; **ID:** 2515000327; **Degree:** Master of Public Health (Public Health Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Chawthip Boromtanarat; (2) Dr. Warangkana Polprasert , Assistant Professor ;

Academic year: 2009

Abstract

The objectives of this evaluation research, by applying the Stufflebeam's CIPP Model were to (1) evaluate the program for developing Village Health Volunteers (VHVs) to VHV specialist in diabetes and hypertension aspects in Maha Sarakham province, consisting of 4 aspects: context, input, process, product; and (2) identify problems, obstacles and suggestions for developing VHV experts.

The study sample was 322 VHVs who participated in the training program of VHV specialist in Maha Sarakham Province, recruited by simple random sampling technique. Primary data were collected by questionnaires, and secondary data were collected from reports. Statistics used for data analyses included percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values.

The results revealed as follows: (1) The evaluation of context aspect was at a high level, the input was at a moderate level, the process was at a high level, the output aspect regarding knowledge of diabetes and hypertension was at a high level, but knowledge of screening diabetes and hypertension was at a moderate level. The performance of screening and taking care of diabetes and hypertension was at a high level. The coverage of screening the risk group of diabetes and hypertension was about 97 percent, which was higher than preceding years' record—that no development program was implemented, and higher than the performance target set for the present year. The new case rate of diabetes was not qualified, but hypertension one met the criteria. (2) Problems and obstacles for an implementation, especially for the input aspect were insufficient budget support for diabetes and hypertension screening, insufficient number of public relations, ineffective screening equipments, insufficient number of VHVs who worked for screening diseases, and short training period (2 days). The study suggested that local administrative organization offices should support for sufficient budget. Local health offices should also support adequate information for public and sufficient equipments for fieldworks. Furthermore, increased numbers of VHV specialists' training and longer training session (3-5 days) should be done.

Keywords: Evaluation Research, CIPP Model, Village Health Volunteers Experts, Diabetes Mellitus, Hypertension

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือ เป็นอย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำและ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งได้ตรวจสอบความถูกต้องของวิทยานิพนธ์ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.วนัสรา เขาวรรณนิคม วิทยาลัยนวัตกรรมการ สังคม มหาวิทยาลัยรังสิต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำให้ วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นายศักรินทร์ ทองภูธรณ์ สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม นายชูศิลป์ เสนาวงศ์ หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลขาม เรียง จังหวัดมหาสารคาม นางสาวอารยา ฉัตรชนะพานิช หัวหน้างานเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลเชียง ยืน จังหวัดมหาสารคาม นางสาวจมาภรณ์ ใจภักดี กลุ่มงานระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 ขอนแก่น นายอดิสร วงศ์คงเคช ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ที่ได้สละเวลาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และรายละเอียด ของข้อความ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่สนับสนุนเงินทุนการจัดทำ วิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณ ผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลทุกท่านที่ได้สละเวลาในการติดตาม รวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ส่งกลับผู้วิจัย และขอขอบคุณครอบครัวที่คอยดูแลและให้การสนับสนุน

ชาติ ะวร

กรกฎาคม 2553

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	9
ข้อจำกัดของการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	11
ประโยชน์ที่ได้รับ	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข	14
แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม	19
ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	28
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้	42
รูปแบบการประเมินผลแบบซิปปาของสตีฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model of Evaluation)	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	56
ประชากรที่ศึกษา	56
กลุ่มตัวอย่าง	56

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	69
ส่วนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านบริบท	72
ส่วนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านปัจจัยนำเข้า	73
ส่วนที่ 4 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านกระบวนการ	75
ส่วนที่ 5 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านผลผลิต	77
ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินโครงการพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม	82

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
สรุปผลการวิจัย	85
อภิปรายผล	87
ข้อเสนอแนะ	92
บรรณานุกรม	94
ภาคผนวก	100
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	101
ข แบบสอบถาม	103
ค รายละเอียดข้อมูล	117
ประวัติผู้วิจัย	130

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1	กรอบการประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญสาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม 8
ตารางที่ 2.1	แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยวาจา (Verbal screening) 32
ตารางที่ 3.1	จำนวนประชากรและจำนวนตัวอย่าง จำแนกตามรายอำเภอ จังหวัดมหาสารคาม 57
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม จำแนกตาม คุณลักษณะส่วนบุคคล 69
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านบริบท จำแนกในภาพรวมและรายข้อ 72
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการดำเนินการพัฒนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านปัจจัยนำเข้า จำแนกในภาพรวมและรายข้อ 74
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านกระบวนการ จำแนกในภาพรวมและรายข้อ 76
ตารางที่ 4.5	ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม 78
ตารางที่ 4.6	ระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม 78
ตารางที่ 4.7	ระดับความรู้เรื่องความรู้การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม 79
ตารางที่ 4.8	ระดับการปฏิบัติงานการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม 80
ตารางที่ 4.9	จำนวน ร้อยละความครอบคลุม การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2551 พ.ศ. 2552 81

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.10 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551 – 2552.....	81
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	82
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	83

ฉ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) เป็นต้นมา ประเทศไทยได้นำเอากลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลัก สำหรับพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศตลอดมาจนถึงปัจจุบัน (วนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ, 2543) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและเชื่อว่าจะช่วยสนับสนุนการพัฒนา การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาอบรม ร่วมกับการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายให้ชุมชนสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้ ซึ่งต่างจากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 1-3 รัฐจะเป็นผู้ดำเนินการฝ่ายเดียว ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540) ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) ได้มีการจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)จนครอบคลุม 100 % และมีการขยายการดำเนินงานเข้าไปในบางส่วนของเขตเมือง ระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) เป็นระยะที่มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)เพิ่มเติม ในส่วนที่พื้นสภาพและพื้นที่ขยาย นอกจากนั้นยังมีการอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน และมีการพัฒนาไปสู่ระบบการวางแผน โดยให้ชุมชนสามารถวางแผนพัฒนาหมู่บ้านตนเองได้ นอกเหนือจากการสำรวจข้อมูลหมู่บ้านตามความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) เน้นการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนที่มีอยู่แล้วให้เป็นระบบ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการจัดตั้งศูนย์กลางการดำเนินกิจกรรมต่างๆของอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ในรูปแบบศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) จากเดิมที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการ

พัฒนา เปลี่ยนเป็นการเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพราะถือว่าคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาทุกเรื่อง คนเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนาและคนเป็นผู้ได้รับประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาแบบองค์รวมหรือบูรณาการ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542) แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชน และศักยภาพความเข้มแข็งกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ โดยเน้นการสร้างเสริมค่านิยมให้คนในสังคมตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดีบนหลักการฟังฟังและดูแลตนเอง เสริมสร้างโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพพร้อมทั้งพัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคม พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพ พัฒนาระบบกลไก และภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ ปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เน้นให้คนไทยมีจิตสำนึกสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและเป็นชุมชนพึ่งตนเอง เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล บนพื้นฐานของความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผลภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งของภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนสร้างสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม รวมทั้งแสวงหาความร่วมมือและประสานงานจากหน่วยงาน องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบการกระจายอำนาจบทบาทขององค์กรชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(บุญเลิศ โปธิชัย, 2550)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เป็นบุคคลสำคัญที่เข้ามามีส่วนร่วมกับชุมชนในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีการดำเนินการมานานกว่าสามทศวรรษ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ในหลากหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ รวมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์ภายหลังการอบรม การก้าวสู่ทศวรรษที่ 4 ของงานสาธารณสุขมูลฐาน พ.ศ. 2552-2562 อันเป็นทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพชุมชนโดยชุมชน โดยดำเนินการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. ทั่วประเทศภายใต้หลักสูตรรวมของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการบูรณาการของกรมวิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเนื้อหาความรู้ในหลักสูตรทันสมัยและทันเหตุการณ์ โดยมุ่งหวังว่าหาก อสม. ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นกลไกหลักสำหรับสร้างสังคมใหม่ที่มีคุณภาพ โดยมีการเบนเข็มการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขจากวิธีการให้บริการ (Service-approach) ที่ใช้อยู่ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ไปเป็นวิธีการพัฒนา (Development-approach) โดยเชื่อว่าสังคมไทยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอย่างใหญ่หลวงและเห็นได้ชัดภายในทศวรรษใหม่นี้ อีกทั้งสามารถแก้ปัญหาส่วนใหญ่ของชุมชนให้ลุล่วงไปได้และมีการสร้าง

นวัตกรรมกระบวนการต่างๆที่จะทำให้ประชาชนสามารถมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนได้

การดำเนินการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พ.ศ. 2552 ต้องการให้ผู้ผ่านการฝึกอบรมมีความสามารถนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ เป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย สร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน รณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อมของสังคม เตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆที่จะมีผลต่อการขจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ สร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ และสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 800,000 คน(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550)มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการจัดให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยของเพื่อนบ้าน (Change Agent) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญโดยกำหนดนโยบายพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคภัยเจ็บที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ อันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง โดยจัดโครงการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศ กว่า 800,000 คน ตั้งแต่ปี 2550 ทั่วประเทศ โดยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความสามารถหมู่บ้านละ 3-5 คนเข้ารับการอบรม เพื่อเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2550)

เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย และมีแนวโน้มของการเสียชีวิตสูงขึ้น (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2542) จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ.2550-2551 เท่ากับ 11.35, 12.22 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ.2550-2551 เท่ากับ 3.64, 3.90 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)อันแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นโรคไม่ติดต่อของคนไทยที่เพิ่มสูงขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะนอกจากจะเป็นผลเสียทางด้านสุขภาพแล้วยังต้องสูญเสียงบประมาณในการจัดการอีกเป็นจำนวนมาก มาตรการที่สำคัญในการลดความรุนแรงของโรคคือการค้นหาผู้ป่วยก่อนที่จะมีความรุนแรงของโรคจากภาวะแทรกซ้อน โดยการคัดกรองผู้ป่วย

เบาหวานในกลุ่มที่มีความเสี่ยง อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาอย่างถูกต้องแต่แรก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากยังคงมีอัตราป่วยสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ได้แก่ โรคเบาหวาน มีรายงานอัตราป่วยโรคเบาหวาน ระหว่าง พ.ศ. 2549 – 2551 เท่ากับ 3,651.61, 6,713.59, 3,239.96 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และโรคความดันโลหิตสูง มีรายงานอัตราป่วย พ.ศ.2549-2551 เท่ากับ 3,659.93 , 5,627.71, 2,145.38 ต่อประชากรแสนคน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2552) การดำเนินงานเพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคดังกล่าวในระยะเริ่มต้นให้มีความครอบคลุม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ(สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ต้องอาศัยความร่วมมือในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจึงได้ดำเนินการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญดังกล่าว ยังไม่มีผู้ใดประเมินผลการพัฒนา ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาหรือไม่ ปัจจุบันผู้วิจัยเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ มีทำหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการนำแนวคิดการประเมินโดยใช้รูปแบบชิปปี้ของสตีฟเฟิลบีม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ด้านบริบทการดำเนินงาน ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงาน และด้านผลผลิต ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินผลรูปแบบหนึ่งที่นิยมใช้ในการประเมินผลเนื่องมีการประเมินที่ครอบคลุมครบทั้ง 4 ด้าน จากข้อดีข้างต้นผลผู้วิจัยจึงเลือกรูปแบบการประเมินโดยใช้ชิปปี้ ในการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ว่าผลการพัฒนาเป็นอย่างไร ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ จะนำไปใช้ในการส่งเสริม พัฒนา ปรับปรุง แก้ไข การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. คำถามในการวิจัย

2.1 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของจังหวัดมหาสารคาม ด้านบริบทการดำเนินงาน ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงานและด้านผลผลิต เป็นอย่างไร

2.2 การดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบซิปป์ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model)

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

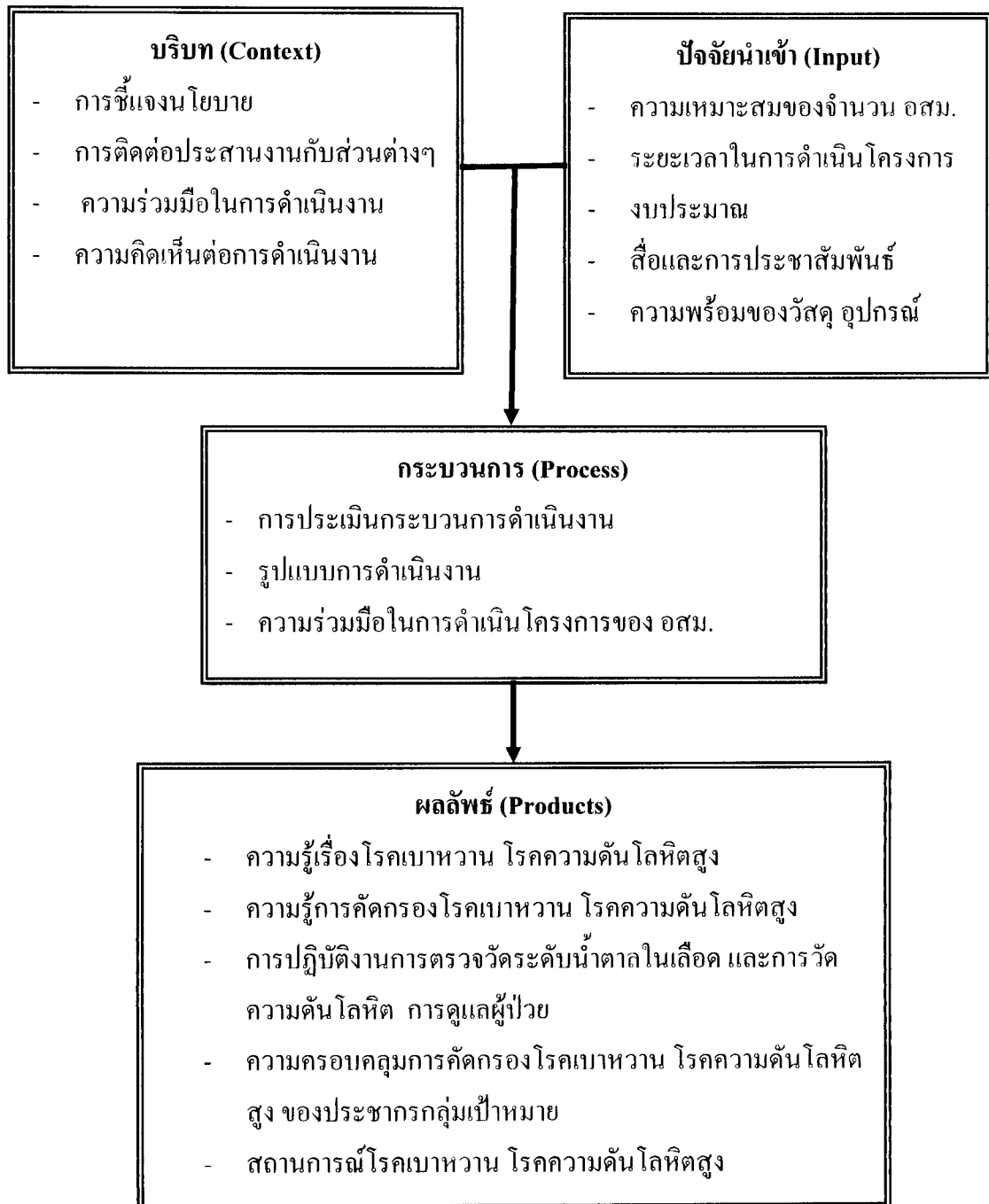
3.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3.2.3 เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3.2.4 เพื่อศึกษาผลผลิตการดำเนินงานในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3.2.5 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการดำเนินงานในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตารางที่ 1.1 กรอบการประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

กรอบการประเมินผล	ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด
บริบท (Context)	<ul style="list-style-type: none"> - การชี้แจงนโยบาย - การติดต่อประสานงานกับส่วนต่างๆ - ความร่วมมือในการดำเนินงาน - ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับของการประเมินความคิดเห็นต่อนโยบายการคัดกรอง - ระดับของการประเมินการติดต่อประสานงานกับส่วนต่างๆ - ระดับของการประเมินความร่วมมือในการดำเนินงาน - ระดับของการประเมินความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน
ปัจจัยนำเข้า (Input)	<ul style="list-style-type: none"> - ความเหมาะสมของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข - ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ - งบประมาณ - สื่อและการประชาสัมพันธ์ - ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด - ระดับของการประเมินระยะเวลาในการดำเนินโครงการ - งบประมาณที่ใช้ในการอบรม - ระดับของการประเมินจำนวนสื่อและการประชาสัมพันธ์ - ระดับของการประเมินความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์
กระบวนการ (Process)	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินกระบวนการดำเนินงาน - รูปแบบการดำเนินงาน - ความร่วมมือในการดำเนินโครงการของ อสม. 	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับของการประเมินกระบวนการดำเนินงาน - ระดับของการประเมินรูปแบบการดำเนินงาน - ระดับความร่วมมือในการดำเนินโครงการของ อสม.

ตารางที่ 1.1 (ต่อ)

กรอบการประเมินผล	ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด
ผลลัพธ์ (Products)	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง - ความรู้การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง - การปฏิบัติงานการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิต การดูแลผู้ป่วย - ความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย - สถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับความรู้โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง - ระดับความรู้การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง - ระดับการปฏิบัติงานการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิต การดูแลผู้ป่วย - ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย - อัตราป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล(Evaluation Research) การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบซิปป์ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

5.1.1 ด้านบริบท(Context) เป็นการชี้แจงนโยบาย การติดต่อประสานงานกับส่วนต่างๆ ความร่วมมือในการดำเนินงาน ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน

5.1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า(Input) เป็นการประเมินความเหมาะสมของจำนวน อสม. ระยะเวลาในการดำเนิน โครงการ งบประมาณ สื่อและการประชาสัมพันธ์ ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์

5.1.3 ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงาน และความร่วมมือในการดำเนินงานของ อสม.

5.1.4 ด้านผลผลิต(Product) เป็นการประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การคัดกรองโรคเบาหวาน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติงานการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิต การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย สถานการณ์ความชุกของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

5.2 ขอบเขตด้านประชากร โดยทำการศึกษาจากประชากรซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมโครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดมหาสารคาม ใน 13 อำเภอ จำนวน 1,967 คน คำนวณตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejice & Morgan (Robert V. Krejice and Earyle W. Morgan, 1970 อ้างใน ยุทธ ไกรวรรณ, 2545) ได้ตัวอย่าง 322 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ให้มีจำนวนตัวอย่างกระจายในทุกอำเภอ

5.3 ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินโครงการในปี พ.ศ. 2552 แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการดำเนินโครงการแล้ว 4 เดือน คือช่วง วันที่ 1-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

6. ข้อยกเว้นของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม แต่ไม่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการอบรม เนื่องจากเป็นนโยบายเร่งด่วนของ

กระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการเพิ่มความครอบคลุมการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ให้มีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90

7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

7.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนในหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือก และได้รับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้บริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และกิจกรรมสาธารณสุขอื่นๆที่ดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

7.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 2 วัน และได้รับประกาศนียบัตรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและความดันโลหิต

7.3 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงการที่ อสม. เชี่ยวชาญได้รับการฝึกอบรม จำนวน 2 วัน โดยมีเนื้อหาในการอบรมประกอบด้วย 2 หมวด คือ (1) หมวดบริหารจัดการ ได้แก่ แนวคิด ปรัชญา การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. การสื่อสาร การจัดทำแผนโครงการ การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และ(2)หมวดโรคทั่วไปและเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นต้องทำเป็นการเร่งด่วน เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและดำเนินการให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

7.4 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม หมายถึง การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบชิปป์ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

7.4.1 ด้านบริบท(Context) หมายถึง การชี้แจงนโยบาย การติดต่อประสานงานกับส่วนต่างๆ ความร่วมมือในการดำเนินงาน ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน

7.4.2 ด้านปัจจัยนำเข้า(Input) หมายถึง การประเมินความเหมาะสมของจำนวน อสม. ระยะเวลาในการดำเนิน โครงการ งบประมาณ สื่อและการประชาสัมพันธ์ ความพร้อมของ วัสดุ อุปกรณ์

7.4.3 ด้านกระบวนการดำเนินงาน(Process) หมายถึง การประเมินกระบวนการ ดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงาน และความร่วมมือในการดำเนิน โครงการของ อสม.

7.2.4 ด้านผลผลิต(Product) หมายถึง การประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง การคัดกรองโรคเบาหวาน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติงานการ ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิต และความครอบคลุมของประชากร กลุ่มเป้าหมาย สถานการณ์ความชุกของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

7.5 เกณฑ์ชี้วัดผลการประเมินการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึง เกณฑ์การประเมินผลในแต่ละด้าน ของรูปแบบชิปปี ได้แก่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ที่ต้องผ่านเกณฑ์ประเมินใน ระดับสูง จาก 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ส่วนด้านผลผลิตเรื่องความครอบคลุม การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 และอัตราป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราเพิ่มไม่เกินร้อยละ 3

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 ทราบถึงผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตาม รูปแบบชิปปีของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) มีความครอบคลุมการประเมินทั้ง 4 ด้าน คือด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) และ ด้านผลผลิต (Product)

8.2 เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนและพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

8.3 เป็นแนวทางในการใช้รูปแบบชิปปีของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อ ยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ ในสาขาอื่นๆ ต่อไป

8.4 เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ พัฒนา ปรับปรุง จุดเด่น จุดด้อย หลักยุทธการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลไปปรับปรุงกิจกรรมโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผล การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบชิปปิงของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข และบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
2. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม
3. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)
5. รูปแบบการประเมินผลโครงการแบบชิปปิงของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model of Evaluation)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข

งานอาสาสมัครเป็นงานที่เกิดขึ้นในสังคมไทยมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน และด้วยข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติงาน ส่งผลให้งานอาสาสมัครเข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้นโดยทั่วไป งานอาสาสมัครมุ่งเน้นในเรื่องการกุศลหรือการบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อช่วยให้บุคคลที่ด้อยโอกาสในสังคมให้มีชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นกลไกของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ดังนี้(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1.1 ความหมายของ อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคล ที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผน และการประสาน กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่นการ ส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้นการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครในหมู่บ้าน ชุมชน โดยเฉลี่ยดังนี้ พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครเขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20 - 35 หลังคาเรือน เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือนดังนั้น ในแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. 10 - 20 คน

1.2 คุณสมบัติของ อสม.

- 1) เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน
- 2) มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้
- 3) เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- 4) เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข
- 5) เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดีได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
- 6) ไม่เป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้านมาก่อนที่จะสมัครใจเป็น อสม.
- 7) ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน อสม./ประชุม/ร่วมกิจกรรมหรือมีผลการปฏิบัติงานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 8) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 9) สุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างได้
- 10) เป็นบุคคลที่มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยไม่รบกวนเวลาในการทำมาหากินและชีวิตครอบครัว

1.3 วิธีการคัดเลือก อสม.

ใช้วิธีประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- 1) สังคมมิตี

2) การลงคะแนนและลายมือชื่อรับรองและยินยอมจากประชาชนในระแวกบ้านที่แสดงเจตจำนง ให้นำบุคคลเป็นผู้ดูแลสุขภาพ โดยเป็น อสม.

3) กลุ่มผู้นำชุมชนเป็นคณะกรรมการสรรหา

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อบต.และผู้นำ อื่นๆเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงเรื่องการคัดเลือก คุณสมบัติ วาระ จำนวน บทบาทหน้าที่ของ อสม.แล้วร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อคัดเลือก อสม. โดยให้กลุ่มผู้นำดังกล่าว เป็นคณะดำเนินการสรรหา

3.2 แบ่งระแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน คุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน แล้วชี้แจงทุกบ้านให้รับทราบ

3.3 เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีคุณสมบัติตามกำหนดสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็น อสม.

3.4 ให้ประชาชนในหมู่บ้าน หลังคาเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครอบครัวในการเสนอชื่อผู้สมัครเข้าเป็น อสม. ได้ 1 คน

3.5 คณะดำเนินการสรรหา ซึ่งประกอบด้วยกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำอื่นๆ ดำเนินการคัดเลือก และลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่เลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำระแวกบ้าน หรือคุ้มบ้าน

อนึ่งการคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้หากชุมชน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็น อย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อ ส่วนรวม และมีขั้น ตอนต่อไป

1.4 วาระและการพ้นสภาพการเป็น อสม.

วาระการเป็น อสม. กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัวโดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรหมู่บ้าน การพ้นสภาพ อสม.

1) ตาย

2) ลาออก

3) ย้ายที่อยู่หรืออยู่ในหมู่บ้านไม่ถึง 6 เดือน แต่ไม่เคยปฏิบัติงาน หรือปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

4) ป่วย/พิการ

5) ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำ มาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

1.5 การขึ้นทะเบียนเป็น อสม.

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ ความสามารถ ตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำ ตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.6 การฝึกอบรม อสม.ใหม่

การฝึกอบรม อสม.ใหม่ ในที่นี้ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้ อสม.ที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางด้านทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งต้องมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม.ใหม่ทุกคน มีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

1.7 มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย
- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อมของสังคม
- 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆที่จะมีผลต่อการจัดหรือลดปัญหาทางสุขภาพ
- 6) สามารถสร้างจิตสำนึกของประชาชนในการเฝ้าระวัง ดูแลสุขภาพ
- 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ อนามัยและชุมชน

1.8 หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

บทบาทหน้าที่ของ อสม. ในทศวรรษใหม่ ทศวรรษที่ 4 ของการสาธารณสุขมูลฐาน จะเน้นการพัฒนามากกว่าการบริการ ดังนี้

1) ปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำตนเป็นแบบอย่าง สร้างพฤติกรรมป้องกันโรค โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชนและชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

2) ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยการรณรงค์ลดโลกร้อน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ชุมชน เช่นกิจกรรมเฝ้าระวังทางโภชนาการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝากครรภ์ การเฝ้าระวังด้านส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคระบาดและโรคประจำถิ่น

3) บริหารจัดการ วางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน ที่มีฐานมาจากแผนที่ยุทธศาสตร์ โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่นๆ

4) สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน หรือเป็นนักสื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง

5) ประสานงานกับบุคคล องค์กรและเครือข่าย ทำงานเป็นทีมกับ อสม. และกลุ่มภาคีสุขภาพ ตลอดเป็นผู้นำในการจัดกระบวนการประชุมอย่างสร้างสรรค์ โดยเป็นวิทยากรกระบวนการและอำนวยความสะดวกการประชุม รวมถึงจัดการความรู้

6) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบลและเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน บนพื้นฐานข้อมูลของชุมชน สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจควบคู่กันไป

7) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายถุงยางอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วย การติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

8) ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้าน(กระทรวงสาธารณสุข,2552)

โดยสรุป การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนางานสาธารณสุข โดยรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ที่เกิดจากการที่ชุมชนสรรหาและคัดเลือกประชาชนในชุมชนเพื่อทำหน้าที่ในการประสานกิจกรรมสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การป้องกันโรค การควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่ง อสม.จะมีสัดส่วนต่อหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ตั้งแต่ 8-35 หลังคาเรือน ขึ้นอยู่กับความหนาแน่นของชุมชน โดยมีวาระในการทำงาน 2 ปี หลังจากนั้นจึงมีการประเมินเพื่อต่ออายุการทำงาน

2. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

2.1 โครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ใช้แนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการบริหารจัดการ และเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นอย่างเร่งด่วน รวมถึงเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและดำเนินการให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ เพื่อให้ อสม. มีบทบาทในการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยมุ่งเน้นในการเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการสร้างสุขภาพชุมชน ภายใต้การสนับสนุนอย่างเข้มแข็งของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง อันนำมาซึ่งการสนับสนุนทรัพยากร ในการเสริมสร้างศักยภาพ และบทบาทของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม สภาวะแวดล้อมเพื่อให้มีส่วนร่วมดำเนินมาตรการทางสังคมและการสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพของประชาชน

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
- 2) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในวิธีการพัฒนาที่สอดคล้องกับการบริการ นำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสรรค์ความเจริญต่อชุมชน ท้องถิ่นและประเทศชาติ
- 3) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบุคลิกภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรม และวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เหมาะสมกับงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- 4) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตระหนักและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนและท้องถิ่น มีความรักท้องถิ่น สำนึกในความเป็นไทย เสียสละเพื่อส่วนรวม

งบประมาณ

1) งบประมาณจัดการฝึกอบรม

เงินอุดหนุนสำหรับการฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากกระทรวงสาธารณสุข โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำปี 2552

2) งบดำเนินการภายหลังฝึกอบรม

งบสนับสนุนกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะดำเนินการภายหลังการฝึกอบรมนั้น สามารถจัดทำแผนงาน/โครงการ เสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากเงินอุดหนุนสำหรับการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน ชุมชน จากรัฐบาล จัดสรรผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมู่บ้านละ 10,000 บาท

สิ่งสนับสนุนการอบรม

- 1) หลักสูตรและคู่มือ
- 2) ประกาศนียบัตร
- 3) เจ็มสำหรับการฝึกอบรม

พื้นที่เป้าหมาย

พื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ร่วมกับกรรมการหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มแกนนำและเครือข่ายพันธมิตร คัดเลือกผู้เข้าอบรม ซึ่งเป็น อสม. ในหมู่บ้าน/ชุมชน พื้นที่เป้าหมาย โดยพิจารณาคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พุทธศักราช 2550 ที่ได้รับการประเมินทุก 6 เดือน หรือปีละ 1 ครั้ง ให้ดำเนินการตามผลการประเมินทุก 6 เดือนหรือปีละ 1 ครั้ง โดยเลือกฟื้นฟูตามเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และหรือวิชา และหรือเรื่องที่ขาด หรือไม่สามารถปฏิบัติได้
- 2) ผู้ที่ยังคงสภาพเป็น อสม. และปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องในหมู่บ้าน ชุมชน ตามบทบาทหน้าที่ อสม. ที่กำหนดไว้

การจัดการอบรมฟื้นฟูความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดำเนินการ 3 ลักษณะ คือ

- 1) การอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นเร่งด่วน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้

2) การอบรมฟื้นฟูความรู้โดยทั่วไปในการดำเนินการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. พิจารณาเลือกสอนตามเรื่องที่เป็นปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ และลักษณะของผู้เรียนในแต่ละระดับตามผลการประเมินที่จังหวัดดำเนินการทุก 6 เดือน หรือปีละ 1 ครั้ง แตกต่างกันไป และ

3) การอบรมเฉพาะกิจ ซึ่งจะเป็นการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. ในการปฏิบัติในแต่ละเรื่องในแต่ละเดือนตามปฏิทินการทำงานของชุมชนเชื่อมประสานกับสถานีอนามัยในการติดตามผลงานที่เกิดขึ้นในชุมชน เพื่อการปรับปรุงงานให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพสูงขึ้น ตลอดจนแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยการอบรมเฉพาะกิจนี้จะดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง

การเตรียมความพร้อมผู้เกี่ยวข้อง

การนำหลักสูตรไปใช้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการ

- 1) สร้างความเข้าใจในหลักสูตรให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- 2) ชี้แจงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเกี่ยวกับหลักสูตรอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. สาธารณสุข

สาธารณสุข

3) จัดอบรมผู้แทนเชี่ยวชาญการใช้หลักสูตรระดับจังหวัด อำเภอ ซึ่งจะเป็นผู้มีหน้าที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ประสานงาน ติดตามประเมินผลการนำหลักสูตรไปใช้ของจังหวัด

- 4) ติดตามประเมินผล/วิจัยประเมินผล

การประเมินผลการฝึกอบรม

จะต้องมีการประเมินผลเพื่อดูความบกพร่องของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการบริหารจัดการซึ่งมีผลต่อผู้เรียน กระบวนการประเมินผลควรมี 3 ด้าน คือ

- 1) การประเมินวิทยากร ได้แก่ บุคลิกภาพ วิธีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เนื้อหาสาระ สื่อการสอน และการประเมิน
- 2) การประเมินการบริหารจัดการ ได้แก่ สถานที่จัดอบรม วัสดุอุปกรณ์ อาหาร และอาหารว่าง เอกสารประกอบการสอน ระยะเวลาที่ใช้การอบรม กระบวนการสร้างอุดมการณ์ร่วมและภาพลักษณ์ใหม่ อสม. เพื่อสังคม

- 3) การประเมินผู้เข้าอบรม ประเมินตามเนื้อหาทฤษฎี ทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ

การติดตามและการประเมินผล

- 1) การนิเทศติดตาม
- 2) ประเมินระหว่างการอบรม ตามวิธีการและเกณฑ์การประเมินที่ระบุไว้ในแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และหลังเสร็จสิ้นการอบรม

- 3) ติดตามผลการปฏิบัติงานระหว่างและหลังสำเร็จการอบรม การคัดกรองโรคเบาหวาน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง
- 4) การวิจัยประเมินผล
- 5) การทดสอบมาตรฐาน อสม. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.2 หลักสูตรที่ใช้ในการอบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552)

หน่วยงานของผู้รับผิดชอบ

กระทรวงสาธารณสุข

คุณสมบัติของผู้เรียน

อสม. ในหมู่บ้าน/ชุมชนพื้นที่เป้าหมาย โดยเป็นผู้มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้ได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) พุทธศักราช 2550 ที่ได้รับการประเมินผลทุก 6 เดือน หรือปีละ 1 ครั้ง ให้ดำเนินการตามผลการประเมินทุก 6 เดือนหรือปีละ 1 ครั้ง โดยเลือกฟื้นฟูตามวิชา หรือเรื่องที่ขาดหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ และเรื่องที่กำหนดเป็นนโยบาย พร้อมทั้งในดำเนินการเร่งด่วน
- 2) ผู้ที่ยังคงสภาพเป็น อสม. และปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องในหมู่บ้าน ชุมชน ตามบทบาทหน้าที่ อสม. ที่กำหนดไว้

เงื่อนไขระหว่างและภายหลังการฝึกอบรม

- 1) เข้ารับการฝึกอบรมตลอดระยะเวลาทั้งหลักสูตร
- 2) ปฏิบัติพันธกิจกับชุมชนตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

หลักการ

- 1) เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความรู้พื้นฐานและความชำนาญ เฉพาะด้าน มีคุณธรรม บุคลิกภาพและเจตคติที่เหมาะสม สามารถทำหน้าที่ได้ตรงตามความต้องการของพื้นที่และชุมชน สอดคล้องกับนโยบายเศรษฐกิจพอเพียงทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ
- 2) เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ฝึกอบรมได้อย่างกว้างขวางเน้นความรู้ความเข้าใจ ความชำนาญ ด้วยการปฏิบัติจริงสามารถจัดฝึกอบรมได้ตามศักยภาพโอกาสของผู้เรียน (อสม.)
- 3) เป็นหลักสูตรที่สนับสนุนการประสานความร่วมมือในการจัดฝึกอบรมระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชน

4) เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปรับปรุงหลักสูตรให้ตรงตามความต้องการและสอดคล้องกับชุมชนและท้องถิ่น

จุดหมาย

1) เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทนต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

2) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในวิถีการพัฒนาที่สอดคล้องกับการบริการ นำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสรรค์ความเจริญต่อชุมชน ท้องถิ่นและประเทศชาติ

3) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบุคลิกภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรม และวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เหมาะสมกับงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

4) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตระหนักและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนและท้องถิ่น มีความรักท้องถิ่น สำนึกในความเป็นไทย เสียสละเพื่อส่วนรวม

โครงสร้างหลักสูตร

เนื้อหาหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พุทธศักราช 2552 กำหนดวิชาที่อบรมไว้ 2 หมวด คือ

หมวดบริหารจัดการ จำนวน 9 ชั่วโมง ประกอบด้วย

- | | |
|---|----------------|
| 1) แนวคิด ปรัชญา การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน | เวลา 1 ชั่วโมง |
| 2) อาสาสมัครสาธารณสุข | เวลา 1 ชั่วโมง |
| 3) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. | เวลา 1 ชั่วโมง |
| 4) การสื่อสาร | เวลา 2 ชั่วโมง |
| 5) การจัดทำแผน โครงการเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการเร่งด่วน : แผนชุมชนที่มีฐานมาจากแผนที่ทางเดินของยุทธศาสตร์ | เวลา 2 ชั่วโมง |
| 6) การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ | เวลา 2 ชั่วโมง |

หมวดโรคทั่วไปและเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุข จำนวน 26 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย

- 1) เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการเร่งด่วน

- สายใยรักๆ “กองทัพนมแม่”	เวลา 1 ชั่วโมง
- ภาวะโลกร้อน	เวลา 40 นาที
- วัณโรค	เวลา 1 ชั่วโมง
2) เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและดำเนินการให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่	
- พลังสุขภาพจิตพลิกวิกฤตชาติ	เวลา 1 ชั่วโมง
- ยุติความรุนแรงต่อผู้หญิง	เวลา 1 ชั่วโมง
- โรคเบาหวาน	เวลา 1 ชั่วโมง
- ภาวะความดันโลหิตสูง	เวลา 1 ชั่วโมง
- มะเร็ง	เวลา 1 ชั่วโมง
- อัมพฤกษ์ อัมพาต	เวลา 1 ชั่วโมง
- ไข้เลือดออก	เวลา 1 ชั่วโมง
- โรคไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก	เวลา 1 ชั่วโมง
- โรคเอดส์	เวลา 1 ชั่วโมง
- การทดสอบอาหารเบื้องต้น	เวลา 2 ชั่วโมง
- ภาวะอ้วนลงพุง (โภชนาการ กินตามวัยห่างไกลโรค สุขภาพดีด้วย โภชนบำบัด กินถูกหลักกับธงโภชนาการ	เวลา 2 ชั่วโมง
- โรคข้อเข่าเสื่อม	เวลา 30 นาที
- ตาบอดจากต้อกระจก	เวลา 30 นาที
- การออกกำลังกาย	เวลา 90 นาที
- การเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัย	เวลา 2 ชั่วโมง
- สมุนไพรพื้นบ้านต้านโรค	เวลา 1 ชั่วโมง
- การนวดในครัวเรือน	เวลา 1 ชั่วโมง
- สมาริบำบัด	เวลา 1 ชั่วโมง
- การจัดการของเสียในชุมชน	เวลา 2 ชั่วโมง
- การปฐมพยาบาล	เวลา 2 ชั่วโมง
- ยาปลอมและการใช้ยา	เวลา 1 ชั่วโมง
- สเตียรอยด์และปรอทในเครื่องสำอาง	เวลา 1 ชั่วโมง
วิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้	
วิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จัดอบรมโดย	

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการพัฒนา อสม. เป็นผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ โดยนำหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในการฝึกอบรม โดยฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในรูปแบบการบันเทิงเพื่อการศึกษา (Edutainment)

เนื้อหาในแต่ละหมวด

ตามแผนการจัดกระบวนการเรียนรู้ของแต่ละหมวด ในแต่ละวิชา

สื่อ

ใบงาน แบบสังเกตการณ์สอน VCD ปากกาเคมี กระจกฉายรูป ขวดน้ำยา กระบอกฉีดยา คู่มือ/เอกสารประกอบการสอน แบบคัดกรอง โปสเตอร์ หุ่นจำลอง

ประเมินผล

ทดสอบก่อนและหลังเรียน ซักถาม สังเกตการณ์มีส่วนร่วม ประเมินผลการปฏิบัติ แบบประเมินการเรียนรู้รวม

แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ หมวดโรคทั่วไปและเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและดำเนินการให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ เรื่อง โรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เมื่อ อสม.ผ่านการอบรมพื้นฐานนี้แล้ว สามารถ

- 1) อธิบายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน
- 2) คัดกรองโรคเบาหวานเบื้องต้น และสามารถส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้
- 3) ให้คำปรึกษา และดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้
- 4) เป็นแกนนำการสร้างเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนได้

เนื้อหา

1) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคเบาหวานคืออะไร ใครบ้างมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การป้องกันเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน

2) เทคนิคและวิธีการคัดกรองเบื้องต้นที่ถูกต้อง การใช้แบบคัดกรองเบื้องต้น (Verbal Screening) การแปลผลแบบคัดกรอง การส่งต่อเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

3) การดูแลผู้ป่วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า

4) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

1) จัดฐานการเรียนรู้ กิจกรรมนำเข้าสู่บทเรียน สรุปสาระการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม การนำความรู้สู่การปฏิบัติ

2) การฝึกปฏิบัติและสาธิต

3) การบรรยาย

4) การระดมความคิดเห็น

สื่อ อุปกรณ์

1) เอกสารวิชาการคู่มือการอบรม อสม.เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งผลิตโดยกรมควบคุมโรค

2) แผ่นพับ โปสเตอร์ ซึ่งผลิตโดยกรมควบคุมโรค

3) วัสดุทัศน เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งผลิตโดยกรมควบคุมโรค

เวลา

1 ชั่วโมง

การประเมินผล

1) แบบประเมินความรู้

2) การสุ่มถาม

3) การทดลองปฏิบัติ

4) การสังเกต

แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ หมวดโรคทั่วไปและเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญและดำเนินการให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ เรื่อง ภาวะความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ เมื่อ อสม.ผ่านการอบรมฟื้นฟูแล้ว จะต้องสามารถ

1) อธิบายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้

2) คัดกรองเบื้องต้นภาวะความดันโลหิตสูงและสามารถส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้

3) ให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนได้

4) เป็นแกนนำการสร้างเครือข่ายในการเฝ้าระวังและควบคุมความดันโลหิตสูงใน

ชุมชนได้

เนื้อหา

1) ความรู้เรื่อง ภาวะความดันโลหิตสูงคืออะไร ใครบ้างมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

2) คัดกรองเบื้องต้นภาวะความดันโลหิตสูง และสามารถส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้

3) ให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนได้

4) เป็นแกนนำการสร้างเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้

เนื้อหา

- 1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงคืออะไร ใครบ้างมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอาการของความดันโลหิตสูง การป้องกันความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ผลกระทบของความดันโลหิตสูง เน้นภาวะสมองเสื่อม
- 2) เทคนิคและวิธีการคัดกรองเบื้องต้นที่ถูกต้อง การใช้แบบคัดกรองเบื้องต้น เทคนิคการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง วิธีการแปลผลค่าความดันโลหิตที่วัดได้ การส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3) การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การควบคุมอาหาร (รสเค็ม) การออกกำลังกาย
- 4) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

- 1) จัดฐานการเรียนรู้ กิจกรรมนำเข้าสู่บทเรียน สรุปสาระการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม การนำความรู้สู่การปฏิบัติ
- 2) การฝึกปฏิบัติและสาธิต
- 3) การบรรยาย
- 4) การระดมความคิดเห็น

สื่อ อุปกรณ์

เอกสารวิชาการ แผ่นพับ โปสเตอร์ สื่อวีดิทัศน์ต่างๆ เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งผลิตโดยกรมควบคุมโรค

เวลา

1 ชั่วโมง

การประเมินผล

- 1) แบบประเมินความรู้
- 2) การสุ่มถาม
- 3) การทดลองปฏิบัติ
- 4) การสังเกต

โดยสรุป การพัฒนาศักยภาพของอสม. โดยการฝึกอบรมโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการฝึกอบรม อสม. ใช้หลักสูตรมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่ อสม. อย่างมีระบบ ทั้งด้านการบริหารจัดการ การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเร่งด่วนตามสภาพพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม.ภายใต้การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน สังคม

3. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

3.1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน(Diabetes Mellitus) หมายถึงภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า(Fasting Plasma glucose) หลังจาก การอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง มากกว่า หรือเท่ากับ 126 มก/ดล ในเลือด 100 มิลลิลิตร 2 ครั้ง หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ตาม มากกว่าหรือ เท่ากับ 200 มก/ดล ในเลือด 100 มิลลิลิตร เพียงครั้งเดียว ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ ,2548)

3.1.2 สาเหตุของโรคเบาหวาน

สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ใต้น้อยหรือไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ในการทำงานได้เต็มที่ อินซูลินทำหน้าที่ช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้พลังงาน ดังนั้น เมื่ออินซูลินในร่างกายทำงานลดลง น้ำตาลไม่ถูกนำมาใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ จะถูกไตกรองออกมาเป็นปัสสาวะมีมดคอมได้ จึงเรียกว่า โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานมักมีส่วนเกี่ยวข้องกับ กรรมพันธุ์ กล่าวคือผู้ที่มีพ่อแม่หรือญาติพี่น้องเป็นโรคนี้อาจจะเป็นโรคด้วย หรือเป็นโรคที่ถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์ นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น อ้วน สูงอายุ ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน การติดเชื้อไวรัสบางชนิด การใช้ยาบางชนิด การตั้งครรภ์

ประเภทของโรคเบาหวาน แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

- 1) เบาหวานประเภทที่ 1
- 2) เบาหวานประเภทที่ 2
- 3) เบาหวานชนิดอื่นๆ
- 4) เบาหวานในระยะตั้งครรภ์

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน

- 1) ความอ้วน เนื่องจากเนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินน้อยลง
- 2) กรรมพันธุ์ มักพบโรคนี้ในผู้ที่มีบิดา มารดาเป็นเบาหวาน ลูกมีโอกาสเป็นเบาหวาน 6-10 เท่า ของคนที่มีบิดา มารดาไม่เป็นเบาหวาน
- 3) สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งอินซูลินใต้น้อยลง

4) อื่นๆ เช่น จากโรคหรือยาบางอย่างไปทำลายตับอ่อน ทำให้สร้างอินซูลินไม่ได้ จึงเกิดเบาหวาน

สิ่งตรวจพบโรคเบาหวาน วิธีที่ดีที่สุด คือ การตรวจเลือด มี 3 วิธี ดังนี้

1) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เมื่ออดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2 ครั้ง

2) ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อเวลาใดก็ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

3) ระดับน้ำตาลในเลือด ที่ 2 ชั่วโมงหลังจากดื่มน้ำตาลกลูโคส พบว่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การป้องกันและแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้มีปัจจัยเสี่ยง

1) มีวิถีชีวิตที่มีกิจกรรมทางกายที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

2) งดอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาลและไขมัน ให้น้อยลงสำหรับผู้เสี่ยงต่อเบาหวาน เน้นผัก อาหารไขมันต่ำและธัญพืชเพิ่มเติมขึ้น

3) การรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ไม่ให้อ้วนเกินไปและไม่เครียด

4) ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น งดสูบบุหรี่ งดแอลกอฮอล์

5) ให้ติดตามตรวจความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

6) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ควรได้รับการคัดกรองเบาหวานตามแบบการคัดกรองเบาหวาน ถ้าพบข้อบ่งชี้เกิน 1 ข้อ ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง ต้องส่งตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

3.1.3 อาการของโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ดื่มน้ำบ่อย หิวบ่อย หรือกินจุ อ่อนเพลียงบางครั้งอาจสังเกตว่ามีมดค่อมปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน อาการต่างๆ มักเกิดขึ้นเร็วร่วมกับน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว กินเวลาเป็นสัปดาห์หรือ เดือน ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอาการมักค่อยเป็นค่อยไปเรื้อรังเพิ่มขึ้นหรือรูปร่างอ้วน ผู้หญิงบางรายอาจมาหาหมอด้วยอาการคันตามช่องคลอดหรือตกขาว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคันตามตัว เป็นฝีบ่อย หรือเป็นแผลเรื้อรังหายยาก

3.1.4 อาการแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนของเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ยิ่งเป็นเบาหวานนานเท่าใดโอกาสจะเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น การควบคุม

เบาหวานให้ดีและดูแลตนเองให้ถูกต้องจะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้นให้ช้าลงหรือโรคแทรกซ้อนบางอย่างอาจป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้เลย

เบาหวานขึ้นตา คืออาการของเส้นเลือดของจอรับภาพของตาจะโป่งพองหรือมีเส้นเลือดแตก แต่อาจไม่มีอาการแสดงออก ผู้ป่วยจึงมักไม่รู้ตัว ยกเว้นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในตำแหน่งที่สำคัญของจอรับภาพ หรือบางครั้งอาจเกิดการแตกของเส้นเลือดอย่างมากจนบังจอรับภาพหมด ก็จะทำให้มองไม่เห็นหรือเกิดตาบอดกะทันหันได้ เบาหวานขึ้นตามีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ตามสถิติพบว่าหากผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมา 10 ปี มีโอกาสเกิดเบาหวานขึ้นตาร้อยละ 50 หากเป็นมา 20 ปี มีโอกาสเกิดสูงถึงร้อยละ 90

ต้อกระจก คือภาวะที่เลนส์ของลูกตาขุ่นมัวลง ทำให้การมองเห็นลดลงหรือมองไม่เห็นเลยก็ได้ พบในคนสูงอายุทุกคน ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดีจะทำให้เกิดต้อกระจกเร็วขึ้น การรักษาได้แก่การผ่าตัดลอกเอาเลนส์ที่เสื่อมออกแล้วเลนส์เทียมใส่แทนจะช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น

โรคแทรกซ้อนทางไต เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน เบาหวานลงไตไม่ได้เกิดกับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 พบได้ร้อยละ 30-45 และน้อยกว่าร้อยละ 20 ในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 สิ่งที่ต้องระวังว่าเบาหวานลงไต คือ การตรวจพบโปรตีนแอลบูมินในปัสสาวะ หากดูแลเบาหวานลงไตในระยะนี้ให้ดี เช่น ควบคุมความดันโลหิต การใช้ยาลดความดันโลหิตที่เหมาะสม การควบคุมน้ำตาลให้ดีที่สุด การจำกัดอาหารโปรตีน สามารถช่วยให้อาการเบาหวานลงไตในระยะแรกกลับสู่ภาวะปกติได้ หากเบาหวานลงไตมากขึ้น คือมีภาวะรั่วของแอลบูมินมากกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม ทำให้แอลบูมินในเลือดต่ำเกิดอาการบวม โดยเฉพาะบริเวณเท้า ในระยะต้นอาจบวมๆยุบๆ ต่อมาจะบวมตลอดเวลาและบวมทั้งตัว ระยะสุดท้ายจะเข้าภาวะไตพิการหรือไตวายเรื้อรัง

อาการที่เกิดจากประสาทส่วนปลายเสื่อม ผู้ป่วยมักสูญเสียประสาทรับความรู้สึกบริเวณเท้า เริ่มที่ปลายนิ้วเท้าและลุกลามขึ้นไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บและไม่รับรู้ความร้อนเย็นที่เท้าหรือขาทั้ง 2 ข้าง การสูญเสียประสาทรับรู้เหล่านี้ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เท้าได้ง่าย และบาดแผลที่เกิดมักจะถูกละเลยเพราะผู้ป่วยไม่เจ็บ ยิ่งร่วมกับภาวะที่เส้นเลือดผิดปกติไปเลี้ยงเท้าไม่เพียงพอ โอกาสที่จะสูญเสียเท้าถึง 40 เท่าของคนปกติ

ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม เช่น ประสาทอัตโนมัติควบคุมระบบทางเดินอาหารเสื่อม ยังผลให้กระเพาะอาหารไม่เคลื่อนไหว รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ มีอาการแน่นท้องคลื่นไส้ อาเจียน การดูดซึมอาหารมีปัญหาทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเกิดปัญหได้ง่าย นอกจากนั้นอาจทำให้เกิดปัญหาท้องเสียเรื้อรัง เส้นประสาทที่ควบคุมปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์

เสื่อม เกิดอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ หรือปัสสาวะไหลออกไม่รู้ตัว ภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัวทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้นเหตุของการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ ในเพศชายอาจมีปัญหาการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศร่วมด้วย

โรคแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดแดง เกิดจากภาวะเส้นเลือดตีบแข็งเร็วขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะที่เส้นเลือดนั้น ไปเลี้ยง ถ้าเส้นเลือดนั้น ไปเลี้ยงสมองจุดตันก็จะทำให้เกิดอัมพาต เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจจุดตันทำให้เกิด โรคหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจวาย หากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อขาไม่เพียงพอทำให้เกิดแขนขาอ่อนแรงและมักมีอาการปวดขาเวลาเดิน

3.1.5 มาตรฐานการคัดกรองเบาหวานในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

1) บริการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยเครื่องมือและการวัดที่ได้มาตรฐานตามแนวเวชปฏิบัติเพื่อคัดกรอง

2) บริการแจ้งค่าและอธิบายความหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้

3) บริการแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้

เครื่องมือคัดกรองภาวะเบาหวานที่มีมาตรฐานเพื่อการคัดกรอง

ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ

1) เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น เป็นเครื่องมือคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในประชากรเป็นขั้นต้นด้วยคำถามถึงข้อบ่งชี้โอกาสเสี่ยงตามแบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวานดังต่อไปนี้

แบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวาน

ตารางที่ 2.1 แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยวาจา (Verbal screening)

ข้อบ่งชี้	มี	ไม่มี
1. ท่านอายุ 35 ปีขึ้นไป ใช่หรือไม่		
2. มีบิดา มารดา พี่หรือน้อง คนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน หรือไม่		
3. มีภาวะอ้วน โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 หรือไม่		
4. มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือไม่		
5. มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ(ไตรกลีเซอไรด์) มากกว่า 250 มก./ดล. เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล(HDL cholesterol) น้อยกว่า 35 มก./ดล.		
6. มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติคลอดบุตรที่น้ำหนัก ตัวแรกคลอด มากกว่า 4 กิโลกรัม หรือไม่		
7. มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือด โดยการ งดอาหาร (Fasting Plasma Glucose)= 110-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ ตรวจวัดน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม ตรวจพบระดับ น้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร		

ที่มา : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, (2552)

เครื่องมือนี้สามารถคัดกรอง แยกกลุ่มประชากรเสี่ยง เป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และถ้าประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปและมีข้อบ่งชี้ อีก 1 ข้อ (2 ถึง 7) ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ต้องส่งตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ในการบริการคัดกรองขั้นต่อไป แต่ถ้าไม่พบข้อบ่งชี้ใดๆ (ตามแบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวาน) ให้ถือว่ารายนั้นผ่านการคัดกรองแล้วสามารถลงรายงานได้

2) เครื่องมือคัดกรองโดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Blood screening) ที่ให้บริการ ให้สามารถใช้การตรวจเลือดค่าที่ข้อพับ หรือใช้การตรวจเลือดแดงจาก Capillary blood ด้วยเครื่องมือตรวจเลือดที่ปลายนิ้ว

- ในกรณีที่มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ให้แจ้งค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้แก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรองและอธิบายความหมายของระดับน้ำตาลต่อโอกาสเสี่ยงการเป็น

โรคเบาหวาน และโรคแทรกซ้อนอื่นๆ แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน สำหรับคนที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ต้องได้รับคำแนะนำข้อปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ถ้าพบว่า ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 110 และน้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรค ให้ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

กลุ่มที่ 2 ถ้าพบว่า ระดับน้ำตาลเท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ให้ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

3.1.6 การดูแลรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีได้หลายวิธี คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวอื่นๆ ถ้าควบคุมอาหารอย่างเดียวยังไม่ได้ผล อาจต้องใช้ยารักษาเบาหวาน สำหรับยาที่ให้ อาจให้ยาชนิดรับประทานที่ สะดวก ราคาถูก และคอยตรวจน้ำตาลในปัสสาวะทุกวัน ถ้ารับประทานยาไป 10 วันแล้วยังมีน้ำตาลในปัสสาวะ ขนาดสองบวก ถึงสี่บวก แสดงว่าไม่ได้ผล อาจต้องให้ยาเพิ่ม สำหรับผู้ป่วยในรายที่ใช้น้ำตาลรับประทานไม่ได้ผล หรือในกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรง ตั้งครรภ์ หรือต้องทำการผ่าตัดด้วย โรคอื่นๆ ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีแล้ว อาจกลับมาใช้ยาชนิดรับประทานแทน ซึ่ง โรคเบาหวานเป็น โรคที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจ บั่นทอนชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าผู้ป่วยเบาหวานสามารถมีการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพแล้ว จะช่วยไม่ให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนดังกล่าวหรือเกิดขึ้นได้น้อยมาก ยังผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

- 1) ควบคุมอาหาร อย่าปล่อยให้หิววัน ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ของหวาน งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา ควรรับประทานอาหารไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใยสูง
- 2) ออกกำลังกายพอควรและต่อเนื่อง โดยการกายบริหาร เดิน ปั่นจักรยาน วิ่ง รำมวยจีน ว่ายน้ำ เต้นรำ เป็นต้น
- 3) พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้ร่าเริง อย่าให้เครียดหรือวิตกกังวล
- 4) พบแพทย์และตรวจเลือดตามนัด รับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยเคร่งครัดและสม่ำเสมอ
- 5) หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอาจเกิดปฏิกิริยากับยาลดน้ำตาลในเลือด และอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้
- 6) ควรติดตามรับการตรวจร่างกายเป็นระยะ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
- 7) ดูแลรักษาเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ โดยปฏิบัติดังนี้

- ตรวจสอบเท้าทุกวัน ว่ามีเล็บขบ แผลพุพอง แผลซ้ำ รอยถลอกที่ใดบ้าง
- ความสะอาดเท้าด้วยน้ำอุ่นและเช็ดเท้าให้แห้งทุกวัน ควรเปลี่ยนถุงเท้าหรือถุงน่องทุกวัน

- ตัดเล็บเท้าด้วยความระมัดระวัง
- หลีกเลี่ยงไม่ให้เท้าสัมผัสความร้อน
- ไม่เดินเท้าเปล่า ใส่รองเท้าให้พอดีกับเท้า ไม่คับหรือหลวมไป
- บริหารเท้าทุกวัน อย่างน้อยวันละ 15 นาที

8) มีลูกอมติดตัวไว้ เพื่อป้องกันการหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป หลังรับประทานยาเบาหวาน

9) มีแผลแล้วหายช้าหรือมีความผิดปกติใดๆควรปรึกษาแพทย์ทันที

สรุป โรคเบาหวาน หมายถึงภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ ซึ่งมีสาเหตุจากตับอ่อนสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ หรืออินซูลินไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ ความอ้วน สูงอายุ และสาเหตุอื่นๆ โดยโรคเบาหวานจะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนหากไม่ได้รับการรักษา ดังนั้นการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยแล้วทำการรักษาจะช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้

3.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ,2543)

3.2.1 คำจำกัดความ

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่สูงและหรือต่อเนื่องไป เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความเจ็บป่วยต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตก หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดโป่งพอง เป็นต้น

โดยทั่วไปในการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงจะต้องตรวจวัดความดันได้ระดับสูงอย่างน้อย 3 ครั้ง ในวาระต่างกัน ห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วย mild hypertension ก่อนที่จะวินิจฉัย และรักษาต่อไป

3.2.2 ชนิดของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ชนิดดังนี้

1) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) อาจเกิดจากการได้รับยา หรือฮอร์โมนบางอย่าง หรือโรคที่อวัยวะต่างๆ เช่น โรคไต โรคต่อมไร้ท่อ ถ้าสาเหตุได้รับการแก้ไขภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปด้วย

2) ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension) ซึ่งประมาณว่ามีถึงร้อยละ 92-94 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากเชื่อว่า

ปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจทำให้เกิดโรคนี้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก ความอ้วน ตลอดจนการสูบบุหรี่

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยการแบ่งระดับความดันโลหิตสูงไว้หลายระดับดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้คือ ระดับความดันโลหิตสูง มีความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงออกเป็นกลุ่มดังนี้

ระดับ	ความดันซิสโตลิก	ความดันไดแอสโตลิก
- ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย	140-159 mmHg	90-99 mmHg
- ความดันโลหิตสูงปานกลาง	160-179 mmHg	100-109 mmHg
- ความดันโลหิตสูงรุนแรง	≥ 180 mmHg	≥ 110 mmHg
- ความดันโลหิตซิสโตลิกสูง	≥ 140 mmHg	< 90 mmHg

เพียงอย่างเดียว

(สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ,2543)แบ่งความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ใช้ค่าความดันโลหิตตัวล่าง(diastolic) เป็นเกณฑ์ในการจำแนกคือ

- ความดันโลหิตสูงระดับอ่อน (Mild) จะมีค่าความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 95-104 มิลลิเมตรปรอท

- ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (Moderate) จะมีค่าความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 105-114 มิลลิเมตรปรอท

- ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (Severe) จะมีค่าความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 115มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

กำหนดระดับความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 ระดับดังนี้

- ความดันโลหิตสูงระดับอ่อน (Mild level) จะมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทแต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 160/95มิลลิเมตรปรอท

- ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (Moderate level) จะมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอทแต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 180/95มิลลิเมตรปรอท

- ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (Severe level) จะมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 180/95มิลลิเมตรปรอท

จะเห็นได้ว่าการแบ่งชนิดของความดันโลหิตสูงมีได้หลายลักษณะ ด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน ดังนั้นการนำมาใช้ในการศึกษาแต่ละครั้งจึงเป็นเหตุผลของผู้วิจัยที่จะเลือกใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

3.2.3 อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลางจะไม่มีอาการ อาการที่อาจพบได้ในผู้ป่วยมีดังนี้

ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นตอนเช้าและอาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงหรือความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบบ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อยๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ

ในบางรายอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหนื่อยง่าย เนื่องจากหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น

3.2.4 ปัจจัยสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการ ดังนี้

ปัจจัยทางพันธุกรรมพบว่าบุคคลในครอบครัว มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน ประวัติครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงในบิดามารดาจะถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ นอกจากนี้ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความดันโลหิตตัวบน และตัวล่างกับพันธุกรรมในคนผิวขาว และผิวดำพบว่าความดันโลหิตสูงมักพบในสมาชิกของครอบครัวเดียวกัน ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว เป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยมักจะเริ่มเป็นอายุประมาณ 30-35 ปี และก่อนอายุ 55 ปี (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2543) กลุ่มอายุ 40 ปี จะมีอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงถึง 5.5%

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม อิทธิพลสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงที่สำคัญมีดังนี้

1) น้ำหนักตัว เป็นปัจจัยที่มีความใกล้ชิดกับความดันโลหิตสูง โดยพบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตสูงด้วย ดังนั้นคนที่มีรูปร่างใหญ่ หรืออ้วน จะมีความดันสูงกว่าคนรูปร่างเล็ก และผอม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มือน้ำหนักเพิ่มขึ้นกว่า 20 % ของน้ำหนักมาตรฐาน จะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนที่มือน้ำหนักปกติถึง 8 เท่า อย่างไรก็ตามยังมี

นักวิชาการหลายท่านที่ให้ข้อคิดเห็นว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค ปริมาณ และวิธีการออกกำลังกาย และบางท่านก็ให้ความเห็นว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับปริมาณไขมันในร่างกายมากกว่าน้ำหนักเพียงอย่างเดียว

2) จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ เป็นที่ยอมรับกันว่า ถ้าจำกัดจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวัน จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากเกลือโซเดียมคือน้ำได้มาก ทำให้ผิวหนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือด และความต้านทานในหลอดเลือดนี้จึงส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุของการมีเกลือโซเดียมสูง มักมาจากการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก องค์การอนามัยโลก ระบุว่าบุคคลที่เคยได้รับเกลือโซเดียมประมาณวันละ 3 กรัม หรือน้อยกว่านั้น เมื่อต้องจากพื้นที่เดิมและได้รับเกลือนี้วันละ 7-8 กรัม จะมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้นดังนั้นการจำกัดเกลือเป็นวิธีที่ดีในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3) จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับมีผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่พบว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2544) โดยพบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวัน กล่าวคือในคนที่ไม่ดื่ม ความชุกของโรค (Prevalence) ต่ำที่สุด และในคนที่ดื่มปริมาณ 56-83 กรัมต่อวัน มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม 2-3 เท่า และยังพบว่าการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ ทุกวัน จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์ทำให้การออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง อาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแข็งหรือแตก และความดันโลหิตสูงขึ้น โดยมีผู้ศึกษาการดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูงพบว่าความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 mmHg ถ้าดื่มสุราวันละ 3 เวลาหรือมากกว่าเป็นเวลานาน (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2544) และภายหลังการดื่มสุราความดันโลหิตสูงกว่าปกติเป็นเวลาหลายวัน

4) การออกกำลังกาย องค์การอนามัยโลก (WHO, 1983 อ้างในลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล, 2538) ได้ศึกษาวิจัยในอดีตที่ผ่านมาพบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีผลเลยกับความดันโลหิต และยังพบว่าไม่สามารถลดจำนวนไขมันในร่างกายได้

5) ความเครียดการเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อกระบวนการทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะความเครียด ในภาวะเครียดร่างกายหลั่งสารแอดรีนาลีน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และแรงตึงกล้ามเนื้อ ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียด สามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้นอกจากนี้ความเครียดยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ และการทำงานของไต ซึ่งจะส่งผลต่อความดันโลหิตของร่างกาย การที่ระบบประสาท sympathetic ถูกกระตุ้นนานๆ จากความตึงเครียดทางอารมณ์ ไขมันจะไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดแดงทำให้เกิดเป็น

atherosclerosis ดังนั้นในผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดเป็นเวลานานๆ จะมีความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดอุดตันจากการเกาะของไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดง ดังนั้นการขจัดและการผ่อนคลายความเครียดสามารถป้องกันความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้

3.2.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้รับการรักษา จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติที่ปลอดภัยได้ ความดันโลหิตสูงนานๆ มีผลทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่ทั่วร่างกายมีสภาพแข็ง มีผลให้อวัยวะต่างๆเปลี่ยนแปลงเสื่อมสภาพ และเป็นอันตรายเกิดความพิการและทำลายอวัยวะต่างๆ ดังต่อไปนี้

หัวใจจะพองโตขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจหนาเนื่องจากต้องสูบน้ำเลือดต้านกับความดันโลหิตสูงนานๆ เมื่อผนังหัวใจหนาขึ้น ขณะเดียวกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจแคบลง กล้ามเนื้อหัวใจก็จะขาดเลือด เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานอย่างหนัก เนื่องจากแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังเกิดขึ้นอีกต่อไป เส้นใยของกล้ามเนื้อจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะล้นตัวและไม่ทำงาน และไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักจนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งหลายประเทศถือว่าเป็นสาเหตุของการตายมากที่สุด

สมอง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ เกิดอัมพาตหรือบางส่วนของเนื้อสมองตายเกิดอัมพาต บางรายมีหลอดเลือดสมองโป่งพองและแตกทำให้เลือดออกในสมอง แรงต้านทานเมื่อเกิดติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการโป่งพองของผนังหลอดเลือดที่เรียกว่า เส้นเลือดโป่งพอง (aneurysm) ซึ่งทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นอีกอาจทำให้ตุ่มพองนี้แตก และเลือดไหลออกมาทำลายเนื้อเยื่อสมอง ถ้าสมองส่วนใหญ่ถูกทำลายจะเกิดอาการหมดสติ มากที่สุดในประเทศตะวันตก หลอดเลือดสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงได้มากกว่าสมองผิดปกติจากความดันโลหิตสูง มักเป็นภาวะที่เกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมองเสียไป พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 130 mmHg ผู้ป่วยจะซึมลงจนหมดสติร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน อาจชักเป็นอัมพาต ผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

ไต ความดันโลหิตที่สูงมากและเป็นมานาน อาจมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนา แข็งขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อย เป็นสาเหตุให้ไตทำงานได้ไม่เต็มที่ สมรรถภาพของไตในการกรองของสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย และถ้าค้างอยู่ในระดับสูงจะเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด ในระยะที่เป็นรุนแรงทำให้เกิดไตวายและโลหิตเป็นพิษเนื่องจากไตพิการและไม่สามารถขับปัสสาวะได้

ตา ความดันโลหิตสูงจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพ ซึ่งเป็นส่วนของประสาทและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงตา ให้เรามองเห็นหลอดเลือดที่ตาจะหนาขึ้น และมีการบดงอมากขึ้น ในรายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดนี้อาจแตก มีเลือดซึมออกมาเป็นผลทำให้ประสาทตาถูกทำลายหรือเสื่อมสมรรถภาพ และตาบอดได้

3.2.6 มาตรฐานการคัดกรองความดันโลหิต

1) การบริการตรวจวัดระดับความดันโลหิตสูงด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ตามแนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อคัดกรอง

2) บริการแจ้งค่าและอธิบายความหมายระดับความดันโลหิตที่วัดได้

3) บริการแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับความดันโลหิต

ข้อเสนอแนะการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับความดันโลหิตและโอกาสความเสี่ยงของผู้ถูกคัดกรอง โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มปกติ คือ กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งถือได้ว่าเป็นโรค และมีโอกาสเสี่ยงน้อย โดยให้คำแนะนำ ให้ระมัดระวังน้ำหนักเกินและการขาดการเคลื่อนไหวที่เพียงพอ เพื่อป้องกันโรค โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตเมือง ชุมชนแออัด และวิถีชีวิตนั่งๆนอนๆ

2) กลุ่ม Pre-hypertension คือกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งถือได้ว่าเป็นระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเริ่มมีโอกาสรiskต่อโรคหัวใจและอัมพาต โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวลดเค็ม เพิ่มกินผัก ออกกำลังกาย ลดน้ำหนักในกรณีน้ำหนักเกิน หยุดสูบบุหรี่ ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์

3) กลุ่ม Stage 1 Hypertension กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คำแนะนำให้ส่งต่อไปรับการวินิจฉัยโดยแพทย์

4) กลุ่ม Stage 2 Hypertension คือกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก

มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่อันตราย ให้ตรวจวัดซ้ำอีกครั้ง ถ้าระดับความดันโลหิตยังสูงอยู่ให้ส่งต่อทันทีเพื่อการวินิจฉัยและรักษา

3.2.7 การควบคุมความดันโลหิตสูง (Management of Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการรักษาคือ การควบคุมความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง อาจจะเป็นการควบคุมโดยการให้ยาหรือไม่ให้ยา แต่ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้การรักษาหรืออาการควบคุมดังกล่าวต้องสะดวกมีประสิทธิ ภาพ และบุคคลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามได้

การควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตที่สูงลดลงมาเท่ากับหรือต่ำกว่า 140/90mmHg โดยไม่เกิดอันตรายใดๆ ทั้งนี้เชื่อว่าถ้าสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงให้อยู่ระดับปกติได้

ปัจจุบันการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆคือ การควบคุมด้วยยา และการควบคุมโดยไม่ใช้ยา

การควบคุมด้วยยา (Drug treatment) เป็นการรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ยาที่ใช้มักจะเริ่มต้นด้วยยาขับปัสสาวะกลุ่มยาต้านเบต้า (Beta Blocker) ชนิดใดชนิดหนึ่งก่อนในขนาดที่น้อย หากไม่ได้ จึงใช้ 2 ชนิดตามดุลยพินิจของแพทย์ การใช้ยาแต่ละชนิดมีเป้าหมายโดยเฉพาะคือ ยาขับปัสสาวะเพื่อลดการดูดกลับของน้ำและเกลือที่ไต ยาต้านเบต้าลดความดันโลหิต โดยฤทธิ์ของยาจะขัดขวางการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ขยายหลอดเลือดทำให้แรงต้านทานในหลอดเลือดลดลง

การควบคุมโดยไม่ใช้ยา (Non Drug treatment) เป็นวิธีควบคุมความดันโลหิตที่ได้รับความสนใจมานานจนถึงปัจจุบัน ในการควบคุมความดันโลหิตนั้นผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง คือ ต้องมีการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนควบคุมน้ำหนักตัว ปรับพฤติกรรมการบริโภค และขจัดความวิตกกังวลหรือความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ซึ่งแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา

1) การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่ง ในการรักษาหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากการออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น ช่วยลดกรดไขมันอิสระซึ่งจะมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีผลต่อน้ำหนัก ทำให้มีการปรับตัวด้านจิตใจดีขึ้นช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด อย่างไรก็ตามไม่ควรออกกำลังกายชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อที่ แต่มีความตึงตัวเพิ่มขึ้นได้แก่ การยกของหนัก การเข็น การดึง การแบกหาม หรือการใช้แรงมากๆ กดลงวัตถุหนึ่ง การออกกำลังกายชนิดนี้มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว และเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็วซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการทำงานบ้านที่เหงื่อออก เช่น การถูบ้าน การกวาดบ้านถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง

2) การควบคุมน้ำหนัก อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีไขมันและแคลอรีต่ำ โดยใช้หลักการทั่วไปคือ ผู้ป่วยควรได้รับพลังงานแคลอรีให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน

3) การปรับพฤติกรรมการบริโภค อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปควรให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารก่อนใช้ยา การให้อาหารควรให้ครบ 5 หมู่ เหมือนคนทั่วไปแต่ควบคุมอาหารดังนี้

- อาหารเค็ม การจำกัดปริมาณ โซเดียมในอาหารมีความสำคัญมากในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานยาขับปัสสาวะ เพื่อลดความดันโลหิตเพราะเป็นการช่วยลดการคั่งของเกลือ ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา ในแต่ละวันควรรับประทานโซเดียมจากเกลือให้น้อยกว่า 500 มิลลิกรัม และไม่ควรเกิน 1,000 มิลลิกรัม คือประมาณ ½ ช้อนชา ดังนั้นในผู้ป่วยความดันโลหิตปานกลาง ไม่ควรเติมหรือจิ้มน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ซอสรสเค็ม ในอาหารที่ปรุงแล้ว หลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง เพราะส่วนใหญ่มีส่วนผสมของโซเดียมอาหารหมักดอง อาหารทะเล ควรแช่น้ำเพื่อคลายเกลือ ควรใช้ปลาน้ำจืด ที่สำคัญคือ อาหารประเภทกะหล่ำปลีสำเร็จรูป อาหารประเภทเคี้ยวกรอบนั้น ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากเครื่องปรุงของอาหารเหล่านี้มีเกลือโซเดียมสูง

การจำกัดเกลือในแต่ละวันนั้นสมาคมโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกา กำหนดการจำกัดเกลือไว้ 3 ระดับ

ก. จำกัดน้อย (Mild Restriction) ให้บริโภควันละ 2.5-4.5 กรัม ทำได้โดยงดอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป ไม่ให้เติมเกลือหรือน้ำปลา ก่อนบริโภค แต่อนุญาตให้ใส่ได้พอมีรสในการประกอบอาหาร

ข. จำกัดปานกลาง (Moderate Restriction) ให้ได้รับวันละประมาณ 1 กรัม ดังนั้นจะต้องงดใช้เกลือ น้ำปลา น้ำซีอิ๊ว ในการประกอบอาหาร ผักจะต้องเลือกที่มีเกลือโซเดียมต่ำ (ผักกาดขาว กระเทียม และหัวผักกาดขาว มีโซเดียมสูง)

ก. จำกัดมาก(Strict Restriction) ให้บริโภควันละประมาณ 0.5 กรัม

อาหารประเภทนี้ใช้กำหนดในผู้ป่วยที่มีอาการบวม อาจจากโรคไต หรือภาวะหัวใจวายเรื้อรัง

- อาหารที่มีพลังงานสูง เช่น แกงกะทิต่างๆ ขนมหวาน ข้าวขาหมู

ข้าวมันไก่ หนักรอก หนังกุ้ง หนังกุ้ง หมู สำหรับไข่แดง หอยนางรม มันปู มีสารโคเลสเตอรอลสูง ควรรับประทานแต่พอควร ในการประกอบอาหารควรเลือกใช้ใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ แต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เพราะให้พลังงานสูง

4) หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยการควบคุมน้ำหนัก งดการสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา หลีกเลี่ยงภาวะเครียด

สรุป โรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและ การไม่ได้รับการรักษาของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นของการป่วย ทำให้เกิดแทรกซ้อนที่รุนแรง การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้การดูแลรักษาในระยะเริ่มต้นจึงเป็นแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงได้

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

นักจิตวิทยาทางการศึกษา ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียน ในขณะที่นักพฤติกรรมศาสตร์ได้ให้คำจำกัดความของการเรียนรู้ว่าเป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้นๆ การเรียนรู้อาจจะเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้าและการตอบสนองอาจจะเกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งรวมถึงการให้เหตุผลการสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรม และการแก้ปัญหาในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยให้ความสนใจในการเรียนรู้จากกระบวนการที่ซับซ้อนมากกว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากสิ่งเร้า

เบนจามิน บลูม และคนอื่นๆ (Bloom, et al.1956 อ้างในสิริรัตน์ ผิวคำ, 2551) ได้แบ่งระดับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ (Taxonomy of Educational objectives) ออกเป็น 3 ด้าน ตามลักษณะของพฤติกรรม ดังนี้

พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นความสามารถและทักษะทางสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ นับเป็นการพัฒนาของปัญญาและทักษะซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้เกี่ยวกับการนิยามคำ ความจริง กฎเกณฑ์ ผลลัพธ์ และหลักการ ซึ่งรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความตีความหมายและขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ
3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริงหรือการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี เป็นต้น
4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่ส่วนย่อยเป็นส่วนๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์มุ่งที่จะสื่อความหมายให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่างๆ หรือส่วนต่างๆ ประกอบเข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียบเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือ โครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน
6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะเป็นการกำหนดเกณฑ์ขึ้นเองหรือเป็นการกำหนดของบุคคลอื่น

พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตพิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม ความสนใจ เจตคติ คุณค่าและค่านิยม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การยอมรับ (Receiving) เป็นความสามารถในการรู้หรือความนับใจในการรับรู้สิ่งต่างๆ
2. การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจเต็มใจและพอใจในสิ่งเร้า
3. การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (Value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึก หรือสำนึกในคุณค่าหรือคุณธรรมของสิ่งต่างๆ จนกลายเป็นความนิยมและเชื่อถือในสิ่งนั้น
4. การจัดระบบ (Organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ เข้ามาเป็นระบบ
5. การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยมหรือลักษณะนิสัยเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติเป็นคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลเสียเนื่องจากระบบค่านิยมที่บุคคลยึดถือ

พฤติกรรมกรเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวข้องกับระบบทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้ คือ

1. การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ
2. การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ
3. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำในสิ่งที่เห็นว่าถูกต้องนั้น
 อย่างเป็นเรื่องเป็นราวเป็นธรรมชาติ
4. การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติโดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

โดยสรุป การเรียนรู้คือกระบวนการที่ทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด คนสามารถเรียนได้จากการ ได้ยินการสัมผัส การอ่าน การใช้เทคโนโลยี เรียนรู้ด้วยการเรียนในห้อง การซักถาม เรียนรู้ด้วยประสบการณ์ที่มีอยู่ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผู้สอนนำเสนอ โดยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ผู้สอนจะเป็นผู้ที่สร้างบรรยากาศทางจิตวิทยาที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นเป็นรูปแบบใดก็ได้

5. รูปแบบการประเมินผลแบบชิปป์ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model of Evaluation)

แบบจำลอง CIPP (Context, Input, Process, Product Model) เป็นแบบจำลองที่ใช้เพื่อการประเมินผลโครงการ มีรูปแบบของการประเมิน โดยใช้หลักของเหตุผลทั่วไป อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลและการตัดสินใจ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

(Daniel L. Stufflebeam, 2004 อ้างใน สมคิด พรหมจ้อย, 2544)

- 1) ขั้นของการวิเคราะห์กิจกรรมและข้อมูลที่จะประเมินเพื่อสนองความต้องการของการตัดสินใจ
 - 2) ขั้นของการรวบรวมสารสนเทศให้แก่ผู้ตัดสินใจ
 - 3) ขั้นของการเสนอสารสนเทศให้แก่ผู้ตัดสินใจ
- ด้วยวิธีการดังกล่าวนี้เชื่อว่าการตัดสินใจนั้นจะเป็นไปด้วยความสมเหตุสมผลในการบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5.1 รูปแบบการประเมินผลแบบชิปปี้ (CIPP MODEL)

เป็นการประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่บริบท ปัจจัยป้อน กระบวนการ และผลผลิต โดยจะใช้วิธีการสร้างเกณฑ์และประสิทธิภาพของโครงการ ทั้งภาพรวมหรือรายปัจจัยเป็นสำคัญ (สมคิด พรหมจ้อย, 2544) ซึ่งแบบจำลองประเภทนี้ไม่เพียงแต่ประเมินว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่เท่านั้น แต่ยังเป็นการประเมินเพื่อให้รายละเอียดต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบการประเมินความก้าวหน้าเพื่อบ่งชี้จุดเด่น จุดด้อยของโครงการเพื่อนำผลไปปรับปรุงกิจกรรมโครงการได้อย่างทันทั่วทั้งที และมีการประเมินรวมสรุปหลังโครงการสิ้นสุดลงแล้ว เพื่อบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์ของโครงการที่เหมาะสม กรอบความคิดในการประเมินแบบชิปปี้ (CIPP) จึงเป็นที่นิยมใช้ ทั้งนี้เพราะนักประเมินจะได้ข้อดี ข้อบกพร่อง และประสิทธิภาพของโครงการที่จะประเมินได้เป็นอย่างดี ซึ่งถือได้ว่าเป็นการรับโครงการอย่างเหมาะสม ช่วยในการตัดสินใจได้เป็นอย่างมาก ทั้งยังเป็นแบบจำลองที่เข้าใจง่ายและสะดวกในการปฏิบัติ จึงเป็นที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางซึ่งประเด็นในการประเมินมีดังนี้ (เยวดี ราชชัยวิบูลย์ศรี, 2546)

5.1.1 การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context evaluation : C) เป็นการประเมินสภาวะแวดล้อมเพื่อให้ได้มาซึ่งเหตุผล เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยจะเน้นในด้านความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ความต้องการ และเงื่อนไขที่เป็นจริงต่างๆ นอกจากนี้ยังช่วยในการวินิจฉัยปัญหาเพื่อจะได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจ การประเมินสภาวะแวดล้อมนี้เป็นตัวกำหนดขอบเขตของการประเมินและการบรรยาย ทำให้ได้มาซึ่งการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ โดยอาศัยการวินิจฉัยและการจัดเรียงปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ ซึ่งวิธีการประเมินสภาวะแวดล้อมมี 2 วิธีคือ

1) การประเมินสภาวะแวดล้อมเพื่อหาโอกาสและแรงผลักดันจากภายนอก ระบบ (Contingency mode) เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการพัฒนา ส่งเสริมโครงการให้ดีขึ้น โดยใช้การสำรวจปัญหาภายในขอบเขตอย่างกว้างๆ เช่น การสำรวจปัญหาทางานวิจัยและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง การประเมินค่านิยมของชุมชน ข้อเสนอแนะต่างๆ แนวโน้มของการพัฒนา เศรษฐกิจ สถิติประชากร การสำรวจปัญหาเหล่านี้ทำให้สามารถที่จะคาดการณ์เกี่ยวกับอนาคต ซึ่งมีประโยชน์ต่อการวางแผนโครงการต่อไป

2) การประเมินโดยการเปรียบเทียบระหว่างการปฏิบัติงานจริงกับวัตถุประสงค์ที่วางเอาไว้ (Congruence) การประเมินแบบนี้จะทำให้ทราบว่าวัตถุประสงค์ใดบ้างที่จะทำให้เราสามารถบรรลุเป้าหมายได้

ดังนั้น การประเมินสภาวะแวดล้อมจะได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับระบบ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้บริหาร ควรจะมีการประเมินสภาวะแวดล้อมเพื่อให้ได้มาซึ่ง

ข้อมูลที่เป็น Contingency mode และ Congruence การกำหนดเป้าหมายและคุณค่าของระบบจำเป็นจะต้องมีการตรวจสอบเพื่อดูว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ต้องใช้วิธีแบบ Congruence แต่ในสภาพความเป็นจริงของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความต้องการของบุคคลและสถานที่จะเป็นตัวหลักในการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงควรประเมินแบบ Contingency mode เพื่อตัดสินใจว่าเป้าหมายและนโยบายเดิมนี้อาจจะได้มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ดังนั้นการประเมินทั่วไปจึงควรใช้ทั้ง 2 แบบ เพราะ Congruence จะเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของวัตถุประสงค์ ในขณะที่ Contingency mode เป็นไปเพื่อการปรับปรุง

5.1.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation : I)

เป็นการจัดหาข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจแผนงานโครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาว่าข้อมูลเหล่านั้นมีส่วนช่วยให้บรรลุจุดมุ่งหมายของโครงการหรือไม่ ซึ่งมักจะประเมินในด้านต่างๆ คือ 1) ความสามารถของหน่วยงานหรือตัวแทนในการจัดโครงการ 2) ยุทธวิธีที่ใช้ในการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ 3) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้โครงการดำเนินไปได้ ซึ่งผลที่ได้รับจากการประเมินนี้คือ การวิเคราะห์รูปแบบของวิธีการที่ใช้ในรูปของราคาและกำไรที่จะได้รับ โดยการประเมินในด้านอัตราค่าจ้าง เวลา งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ วิธีการที่มีศักยภาพ รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน เป็นต้น ซึ่งการประเมินปัจจัยนำเข้านี้ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่จะตัดสินใจได้ว่าควรตั้งวัตถุประสงค์เชิงปฏิบัติการอย่างไร ใช้อัตราค่าจ้างเท่าใด วางแผนและดำเนินการอย่างไร

5.1.3 การประเมินกระบวนการ (Process evaluation : P)

เป็นการประเมินระหว่างดำเนินงานโครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้จะเป็นโยบายอย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง และจุดด้อยของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ การประเมินกระบวนการมักจะมีบทบาทสำคัญในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะๆ เพื่อการตรวจสอบการดำเนินของโครงการ โดยทั่วไปการประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมายดังนี้

- 1) เพื่อการหาและทำนายข้อบกพร่องของกระบวนการในระหว่างที่มีการปฏิบัติการ หรือการดำเนินงานตามแผนนั้น
- 2) เพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการ

3) เพื่อการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการดำเนินงานของโครงการ
ยุทธวิธีในการประเมินกระบวนการมี 3 วิธี ดังนี้

1) แสดงให้เห็นหรือกระตุ้นเตือนถึงศักยภาพของทรัพยากรที่ทำให้เกิด
ความล้มเหลวในโครงการ ซึ่งอาจจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม วิธีการสื่อสาร การให้
เหตุผล ความเข้าใจและเห็นพ้องต้องกันในวัตถุประสงค์ของแผนงาน เป็นต้น

2) เกี่ยวกับการวางแผนโครงการและการตัดสินใจก่อนวางแผนโดยผู้ดำเนินการ
โครงการ ระหว่างการดำเนินโครงการนั้น

3) ยุทธวิธีในการประเมินกระบวนการจะบอกลักษณะสำคัญๆ ของ
โครงร่างโครงการ

ส่วนประกอบที่เป็นหัวใจสำคัญของการประเมินกระบวนการมี 4

ประการคือ

1) การจัดหาทรัพยากรประเมินกระบวนการเพิ่มเวลา

2) เครื่องมือที่เป็นสื่อในการบรรยายกระบวนการ

3) การร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอ ระหว่างนักประเมินกระบวนการและ
บุคลากรในโครงการ หรือในแผนงานเอง

4) การปรับปรุงโครงร่างการประเมินอยู่เป็นนิจ

5.1.4 การประเมินผลผลิต (Product evaluation : P)

เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้น กับวัตถุประสงค์ของ
โครงการหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งระเบียบวิธีต่างๆ ไปของการประเมินผลผลิตจะรวมถึงต่อไป
เข้าด้วยกัน คือ การดูว่าการกำหนดวัตถุประสงค์นั้นนำไปใช้ได้หรือไม่ เหนือในการวัดที่สัมพันธ์
กับวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมคืออะไร เปรียบเทียบผลที่วัดมาได้ด้วยมาตรฐานสัมบูรณ์หรือ
มาตรฐานสัมพันธ์ที่กำหนดไว้ก่อน และทำการแปลความหมายถึงเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้น โดยอาศัย
รายงานจากการประเมินสถานะแวดล้อม ปัจจัย และกระบวนการร่วมด้วย

การตัดสินใจโดยใช้การประเมินเป็นพื้นฐาน โดยเฉพาะสำหรับการวางแผน
ประเมินผลผลิต ขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการประเมินปัจจัย คือ การประเมินความเหมาะสมของ
กระบวนการที่เลือก และแผนการประเมินผลผลิตซึ่งสามารถประยุกต์เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระเบียบ
ปฏิบัติได้

การประเมินผลผลิตบอกถึงสิ่งที่มีอยู่ว่าได้บรรลุวัตถุประสงค์ไปแล้ว หรือ
กำลังจะบรรลุ แต่การประเมินกระบวนการจะประเมินสิ่งที่มีอยู่วาระเทียบการนั้นได้รับการกระทำ
ไปตามความตั้งใจไว้หรือไม่ การประเมินทั้ง 2 ชนิดจะให้ข้อมูลย้อนกลับสำหรับการควบคุมและ

พัฒนาการเปลี่ยนแปลงระเบียบปฏิบัติในกระบวนการ การประเมินกระบวนการทำให้สามารถที่จะ
 ลงความเห็นได้ว่าการนำระเบียบปฏิบัติไปทำจริงนั้นตรงกันหรือไม่กับแบบที่วางไว้ และการ
 ประเมินผลผลิตช่วยให้ตกลงใจได้ว่าวัตถุประสงค์นั้นบรรลุหรือไม่ สารนิเทศทั้ง 2 ชนิด ร่วมกันจะ
 แสดงให้เห็นอย่างหนักแน่นถึงสาเหตุได้มากกว่าอันใดอันหนึ่งโดยลำพัง ในการตัดสินใจว่าระเบียบ
 ปฏิบัตินั้นควรดำเนินการต่อไปโดยมีการแก้ไขหรือต้องกลับไปเริ่มต้นใหม่ทั้งหมด ถึงแม้จะเพิ่ม
 หน้าที่ในการควบคุมโครงการเข้ามาด้วยก็ตามการประเมินทั้งสองก็ยังคงอำนวยความสะดวกและ
 ช่วยอธิบายถึงผลที่ได้จากโครงการอยู่

การประเมินโดยใช้รูปแบบ CIPP เป็นที่นิยมใช้กันแพร่หลายมากที่สุด

โดยเฉพาะการประเมินโครงการต่างๆ เพราะว่าเป็นการประเมินให้สารสนเทศที่ครอบคลุม มีการ
 พิจารณาถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ ประกอบด้วย อย่างไรก็ตาม บางครั้งมีการนำรูปแบบการประเมิน
 แบบนี้ไปใช้โดยไม่ครบตามขั้นตอนด้วยการตัดการประเมินบริบทออก ทำให้สารสนเทศที่ได้ลด
 คุณค่าลง และมีผลต่อการตัดสินใจได้ สำหรับรูปแบบการประเมินแบบนี้

โดยสรุป รูปแบบการประเมินผล แบบซีบีพี (CIPP Model) สำหรับงานวิจัยนี้เป็นการ
 ประเมินผลภาพรวมของโครงการ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน บริบท (Context evaluation : C) คือการ
 ชี้แจงนโยบาย การติดต่อประสานงานกับส่วนต่างๆ ความร่วมมือในการดำเนินงาน ความคิดเห็นต่อการ
 ดำเนินงาน การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation : I) คือการประเมินความเหมาะสมของจำนวน อส
 ม. ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ งบประมาณ สื่อและการประชาสัมพันธ์ ความพร้อมของวัสดุ
 อุปกรณ์ การประเมินกระบวนการ (Process evaluation : P) คือ การประเมินกระบวนการดำเนินงาน
 รูปแบบการดำเนินงาน และความร่วมมือในการดำเนินโครงการของ อสม. และการประเมินผลผลิต
 (Product evaluation : P) คือความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ การประเมินความรู้
 เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การคัดกรองโรคเบาหวาน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง
 การปฏิบัติงานการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิต ซึ่งแต่ละด้านต้องผ่านเกณฑ์
 การประเมินในระดับสูงจึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย
 สถานการณ์ความชุกของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการประเมินผล เพื่อนำมาเป็นแนวทางการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ/ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมเกียรติ เลิศสกุล(2543) ศึกษาการส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์เดิม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พิชัย บุญมาหนองคู (2545) ศึกษาการพัฒนาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการในกระบวนการฝึกอบรม พบว่าการนำหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้จัดกิจกรรมการฝึกอบรม ทำให้ อสม.มีความกระตือรือร้น สนุกสนานเพลิดเพลิน มีโอกาสในการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รู้จักยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นและสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และจากผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของ อสม.และประชาชน พบว่าทั้ง อสม. และประชาชนมีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อารี บุตรสอน (2545) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับปานกลางทั้ง 8 หมวดงาน เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละหมวดงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และผลการเปรียบเทียบศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพแตกต่างกันเป็นส่วนใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ในด้านอายุตัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รายได้ การมีตำแหน่งในชุมชน

ทัศนพร ชูศักดิ์ (2546) ศึกษาผลการฝึกอบรมโดยใช้การเรียนรู้แบบร่วมมือที่มีต่อ ความรู้ความเข้าใจ เรื่อง การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความรู้ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับการฝึกอบรมโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกอบรมแบบปกติ ในด้านความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการ ฝึกอบรมโดยใช้การเรียนรู้แบบร่วมมือสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการ ฝึกอบรมแบบปกติ

สมภพ สุทัศน์วิริยะ (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรื่องการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรม มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีวิธีการถ่ายทอดความรู้โดยวิธีปาก ต่อปาก และการจัดหออกระจาข่าว ซึ่งสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้นำสุขภาพประจำครอบครัว ให้เข้าใจได้

ปราณี มหาบุญปิติ (2548) ศึกษาเรื่องการทดลองยุทธศาสตร์การฝึกอบรมโดยใช้ เทคนิคเพื่อสร้างพลังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเผยแพร่ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการเผยแพร่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

นิตยา อุ้นเบ้า (2549) ศึกษาเรื่องการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการ ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในระดับปานกลาง และความรู้ของอาสาสมัคร สาธารณสุขเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและผลกระทบของโรคเรื้อรังที่ต่างกัน มีบทบาทต่อการปฏิบัติงาน การดูแลดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในด้านการให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การรับข่าวสาร และ ด้านการประสานงานที่แตกต่างกัน

ศรีสุดา ลุนพุมิ (2550) ศึกษาการพัฒนาการคัดกรองโรคเบาหวานของศูนย์ สุขภาพชุมชน เพื่อพัฒนากระบวนการคัดกรองโรคเบาหวานให้เหมาะสมกับบริบทศูนย์สุขภาพ ชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและ อสม. พบว่า กระบวนการพัฒนาการคัดกรองโรคเบาหวาน โดยมีกระบวนการเริ่มตั้งแต่ 1) การศึกษาบริบท ชุมชน เพื่อเชื่อมโยงสถานการณ์ปัญหา 2) ค้นหาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้นำชุมชนเพื่อช่วยให้เข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาที่แท้จริงตลอดจนเป็นแกนนำหาทางออกของปัญหา และชุมชนยอมรับ 3) กิจกรรม

ต่างๆที่ดำเนินต้องรุกเข้าหากลุ่มเป้าหมาย 4) กระบวนการทำงานต้องใช้วงจร การวางแผน(Plan) การปฏิบัติ(Do) การประเมินผล(Check) และการปฏิบัติซ้ำ (Act) จึงจะสามารถจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์

สรุปการพัฒนาศักยภาพ/ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเทศไทยได้กำหนดให้ทศวรรษที่ 4 ของงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพชุมชนโดยชุมชน โดยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะ ในเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญ และจำเป็นต้องทำเร่งด่วน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเรื่องที่สำคัญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานตามสภาพปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการประเมินผล

นคร มุลนำ(2541)ประเมินผลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านบริบท พยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความเห็นด้วยมากต่อวัตถุประสงค์ และเห็นว่าการดำเนินโครงการเป็นการเพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ ด้านปัจจัยเบื้องต้นพบว่า วัสดุ อุปกรณ์ สื่อประชาสัมพันธ์ ยังไม่เพียงพอ การประเมินในส่วนกระบวนการ พบว่า แผนการปฏิบัติงานไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ การประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยยังไม่ครอบคลุม การประเมินด้านผลลัพธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการบริการและสะดวกที่จะมารับบริการที่สถานีอนามัย

จันทร์า ธีระสมบุรณ์ (2543) ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ญาติผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท วัตถุประสงค์ของโครงการนี้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ วิสัยทัศน์ของกรมสุขภาพจิต นโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ และแผนการปฏิบัติงานจริงมีความสอดคล้องกับแผนงานของโครงการในระดับสูง ด้านปัจจัยเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่าความพร้อมของปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือมีการวางแผนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ด้านผลผลิตพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง ส่วนผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้ปฏิบัติงานตามแผนการดำเนินงานครบถ้วน ผู้ป่วยและญาติให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้สังคมเกิดการยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2544) ศึกษาการประเมินผลโครงการเร่งรัดป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2542-2543 โดยใช้ CIPP Model เป็นกรอบในการประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระหว่างการดำเนินงานและหลังดำเนินโครงการ ศึกษาในพื้นที่ 5 อำเภอ 10 ตำบล 20 หมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า การประเมินสภาวะแวดล้อมพบว่าโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง และสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ผลการดำเนินงานในช่วงแรกพบว่าผู้นำชุมชนมีทัศนคติต่อการดำเนินงานไม่ค่อยดี แต่หลังจากได้ร่วมดำเนินงานจนเสร็จสิ้น โครงการพบว่ามีทัศนคติดีขึ้น ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าพบว่า ในด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณและสิ่งสนับสนุนไม่มีปัญหา แต่ด้านระบบข้อมูลข่าวสารพบมีปัญหาค่าการรายงานผลการสำรวจค่า BI,CI ค่าซ้ำ ไม่ครบถ้วน และไม่ได้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ด้านกระบวนการพบว่าปัญหาในการจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบในระดับจังหวัดที่มีความซ้ำซ้อนทั้งด้านบุคคลและระยะเวลาดำเนินงาน ด้านผลผลิตและผลกระทบพบว่าค่า BI,CI ลดลง 1.6 และ 1.8 เท่าตามลำดับ อัตราป่วยลดลงจาก 214.6 ต่อแสนประชากรในปี 2541 เหลือ 11.44 ต่อแสนประชากรในปี 2543

วนิดา วิระกุล (2546) ศึกษาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเลปโตสไปโรซิส ระดับตำบล เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้ผ่านการประชุมได้นำแผนงาน/โครงการที่ได้จัดทำขึ้นไปดำเนินการต่อในพื้นที่ มีการขยายเครือข่ายในประชาชนในพื้นที่ ซึ่งโครงการ/แผนงานได้รับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุจาก อบต. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านความต่อเนื่องของการทำกิจกรรมในปี 2546 พบว่ามีการนำแผนงาน/โครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจาก อบต. และหน่วยงานสาธารณสุข ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและประชาชน พบว่า เครือข่ายได้มีการทำกิจกรรมร่วมกันในด้านการร่วมเป็นวิทยากรกระบวนการ ทั้งในการจัดอบรมในหมู่บ้านและนักเรียนในโรงเรียน แต่พบว่าการทำหน้าที่วิทยากรกระบวนการมีกลุ่มเครือข่ายที่ร่วมคือ อบต.อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู ส่วนองค์กรอื่นๆ ยังมีส่วนร่วมน้อย ส่วนด้านพฤติกรรมการสวมใส่รองเท้าบูทของประชาชน พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการสวมใส่รองเท้าบูทในการดำรงชีวิตปกติและการทำอาชีพมากขึ้น

สมพันธ์ หิณชิระนันท์ และคณะ (2546) ได้วิจัยการประเมินผลโครงการค่ายบำบับรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลตนเองแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยติดเตียง จังหวัดนครปฐม โดยใช้รูปแบบการประเมินของเดเนียด แอล สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam) รูปแบบการประเมินซิปป์ (Context Input Process Product Evaluation Model) ผลการศึกษา พบว่าในจำนวนผู้เข้าร่วม

โครงการทั้งสิ้น 253 คน เป็นเพศชาย 252 คน (ร้อยละ 99.60) และเพศหญิง 1 คน (ร้อยละ 0.39) กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 21-25 ปี จำนวน 96 คน (ร้อยละ 38.73) การศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 83 คน (ร้อยละ 32.80) มีการประกอบอาชีพ จำนวน 192 คน (ร้อยละ 75.88) อาศัยอยู่กับบิดามารดา 196 คน (ร้อยละ 77.47) สาเหตุของการใช้สารเสพติดเนื่องจากอยากทดลองเสพด้วยตนเองจำนวน 109 คน (ร้อยละ 54.22) เคยทดลองหยุดยาเสพติดจำนวน 199 คน (ร้อยละ 78.65) โดยที่ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการบำบัดผู้ติดยาเสพติดจำนวน 198 คน (ร้อยละ 78.26) และยาเสพติดที่เสพมากที่สุดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 98.45) ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความเห็นเกี่ยวกับหัวข้อและกิจกรรมในโครงการในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นด้านความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในโครงการโดยภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกรุ่น ด้านการจัดการและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดโครงการโดยภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดสองรุ่นคือ รุ่นที่ 4 และ 5 ส่วนรุ่นที่ 1, 3 และ 6 มีความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ด้านหัวข้อและกิจกรรมในโครงการโดยภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกรุ่น ด้านความพึงพอใจในโครงการเมื่อโครงการเสร็จสิ้นแล้วโดยภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 3 รุ่น คือ รุ่นที่ 1, 3 และ 4 โดยเฉพาะผู้เข้าร่วมโครงการทุกรุ่นมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุดในเรื่องมีความหวังกับอนาคตของตนเองข้างหน้า และสิ่งที่จะปฏิบัติเมื่อมีความรู้สึกลอยอกเสพติดอีก ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการทุกรุ่นให้ข้อมูลว่าสิ่งที่จะปฏิบัติเป็นอันดับแรก คือ ปรึกษานักเคลไครอปกรัว

หนึ่งฤทัย มโนชัย (2547) ศึกษาการประเมินผลโครงการประชาคมสุขภาพตำบลคอนหว่าน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยประเมินในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ ภายหลังสิ้นสุดโครงการ ปี 2542-2546 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินชิปปี้ (CIPP Model) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 181 คน ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบทตำบลคอนหว่านมีบริบทที่เหมาะสมกับการเป็นตำบลประชาคม เพราะมีความเป็นชุมชนดั้งเดิม ประชาชนมีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ มีความรักสามัคคีกันและเป็นชุมชนที่มีประวัติการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือ การมีกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่หลากหลายในชุมชน มีกองทุนต่างๆ ในหมู่บ้านที่ประชาชนสามารถได้รับประโยชน์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและองค์การบริหารส่วนตำบล ด้านกระบวนการ ได้แก่ การพัฒนาคนและเครือข่ายในชุมชน การจัดจกระบบข้อมูลข่าวสาร โดยผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านผลผลิต มีทีมประชาคมสุขภาพประกอบด้วยกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน มีแผนพัฒนาตำบลด้านสาธารณสุขที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และนำแผนพัฒนานั้นไปปฏิบัติจริง ผลจากการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยชุมชนคือ การควบคุมไข้เลือดออกในชุมชน

สมศักดิ์ ทราวยเงิน (2549) ศึกษาการประเมินโครงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลแม่ขวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยประเมินโครงการตามแบบจำลองชิปป์ที่สร้างโดยสตัฟเฟิลบีม ใน 4 ด้าน ผลการศึกษาในด้านบริบท พบว่า สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่ขวมไม่รุนแรง แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ด้านปัจจัยเบื้องต้น อสม.มีความพึงพอใจกับจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ จำนวน อสม.แต่ละหมู่บ้าน และระยะเวลาในการดำเนินโครงการ อสม.มีความเห็นว่าเหมาะสม สำหรับอุปกรณ์ในการวัดความดันโลหิตที่ใช้ในโครงการ อสม.เห็นว่าไม่เพียงพอ ส่วนการประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน ใช้เสียงตามสายและการเดินบอกที่ละหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบมีความเหมาะสมและใช้ได้ผลดี ในด้านกระบวนการพบว่า รูปแบบการดำเนินงาน มี 2 ลักษณะ คือจัดกิจกรรมรณรงค์ให้บริการคัดกรองร่วมกันจุดเดียวกันในหมู่บ้าน และให้ อสม. เข้าไปวัดความดันโลหิตกลุ่มเป้าหมายในแต่ละบ้านในเขตรับผิดชอบของตนเอง ด้านผลผลิตพบว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตในระดับสูง ส่วนความรู้เรื่องการคัดกรองความดันโลหิตสูงพบว่า อสม. มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ และทักษะการวัดความดันโลหิต อยู่ในระดับสูง

กรรณิกา กาวิวงศ์ (2549) ศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาเป็น การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการรักษา และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชตามลำดับ เหตุผลของการปฏิบัติงานด้านที่น้อยที่สุดคือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ และยังขาดความรู้ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช

แสงเทียน อัจฉิมานูร และคณะ (2549) ทำการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา การวิจัยสรุปผลดังนี้

- 1) อสม. ทำงานได้ดี ในกิจกรรมการรณรงค์ตามช่วงเวลาที่ชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดของการที่เขาต้องมีอาชีพต้องทำมาหากิน ต้องเลี้ยงดูครอบครัว จึงไม่ควรไปคาดหวังให้เขาเป็น อสม.แบบเต็มเวลา รัฐพึงสนับสนุนงานที่เหมาะสมและ อสม.ทำได้คืออยู่แล้ว
- 2) กระบวนการที่ทำให้เป็นการเมืองเกิดขึ้นชัดเจน มีส่วนได้ส่วนเสียกับอาสาสมัครสาธารณสุขชัดเจนมากขึ้นและรูปแบบก็มีพัฒนาการมากขึ้นอยู่เรื่อย ๆ จากเดิมที่เป็นกลไกราชการประจำเป็นตัวหลักในการที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย พยายามที่จะสร้างระบบอุปถัมภ์นี้ก็เป็นแนวโน้มอีกประการหนึ่ง
- 3) ประสพการณ์ที่เรียกว่า การแบ่งแยกชนชั้นของ อสม. (Stratification) งานมากระจุกตัวที่ อสม. เป็นปรากฏการณ์ที่ต่อเนื่องของการมีระดับชั้นเกิดขึ้น การมีชนชั้นสัมพันธ์ไปกับการที่จะต้องสวม

หมวกหลายใบ อสม.กับการเป็นส่วนผู้นำซึ่งจะมีบทบาทหลายอย่างด้วยประธาน อสม. นั้นก็จะมีบทบาท และไปมีส่วนร่วมกิจกรรมและกรมนอื่น ๆ

แนวโน้มที่กำลังเกิดขึ้น คือ การเกิดพหุลักษณะของ อสม. ก็คือว่า อสม. เองนั้น ไม่ได้เป็น อสม. อย่างเดียว แต่ไปเป็นอาสาสมัครในลักษณะอื่น ๆ ในตัว อสม.เองด้วย นั้นมีความ หลากหลายอย่างน้อยอยู่ 4 แบบ คือ

- มีความหลากหลายเฉพาะทางชนชั้น สำหรับชนชั้นล่างมีทัศนคติต่อเรื่อง อาสาสมัครก็ไม่ใช่เป็นเรื่องจิตอาสาเท่านั้นแต่ยังไปเกี่ยวกับบาปบุญ คุณโทษ ความเชื่อถือเรื่องบุญ การช่วยเหลือผู้อื่น ชนชั้นสูงมีลักษณะความสัมพันธ์กับการให้ในลักษณะการสงเคราะห์คนอื่น

- ความแตกต่างที่หลากหลายจากความเป็นไปได้ในลักษณะพื้นที่เขตเมืองและ เขตชนบท รูปแบบการก่อตัวของ ชุมชนเมืองทำให้อาสาสมัครแตกต่างไปจากชนบท

- ความหลากหลายในการเป็นอาสาสมัครทั่วไป หรืออาสาสมัครที่ไม่ต้องการ ทักษะสูง ไปถึงอาสาสมัครที่ต้องการความรู้ความชำนาญเฉพาะ ฉะนั้นในความหลากหลายของ ความเป็นไปได้ ซึ่งต้องทำความเข้าใจแยกแยะและอาจต้องจัดกระบวนการฝึกอบรมกระบวนการ เรียนรู้ที่ไม่เท่ากันในประเภทต่าง ๆ ของอาสาสมัคร

- ความหลากหลายของอาสาสมัครที่เกิดขึ้นนั้น เป็นการให้ความร่วมมือกับรัฐ แต่อีกด้านหนึ่งกำลังต่อรองต่อสู้กับรัฐ ซึ่งการต่อรองต่อสู้กับรัฐนั้นในกรณีของอาสาสมัครที่เรา เห็นอยู่เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิต่าง

สรุป รูปแบบการประเมินผลที่ใช้ CIPP Model การประเมินผลรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญในการดำเนินงานโครงการ เป็นการประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่บริบท ปัจจัย นำเข้า กระบวนการ และผลผลิต โดยจะใช้วิธีการสร้างเกณฑ์และประสิทธิภาพของโครงการ ทั้ง ภาพรวมหรือรายปัจจัย เพื่อดูว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ทำให้ได้รายละเอียดต่างๆที่ช่วยในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ และทำให้ทราบจุดเด่น จุดด้อยของโครงการเพื่อนำผลไปปรับปรุง กิจกรรมโครงการได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการประเมินผลโครงการสามารถทำได้ทั้งก่อนการ ดำเนินงาน ขณะดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุดโครงการ และประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการ

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการ ทำให้ ผู้วิจัยได้เลือก ใช้รูปแบบชิปปี้ของสตัฟเฟิลบีม เพื่อประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม เพราะรูปแบบดังกล่าวเหมาะสมกับการประเมินการ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งการประเมินใน ด้านบริบทการดำเนินงาน ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงานและด้านผลผลิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินผล การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบชิปปี ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model)

1. ประชากรที่ศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการฝึกอบรมตามโครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,967 คน จาก 13 อำเภอของจังหวัดมหาสารคาม

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้จำนวนตัวอย่างโดยใช้ ตาราง Krejcie & Morgan (Robert V.Krejcie and Eayle W. Morgan,1970 อ้างใน ยุทธ ไกรวรรณ,2545) ได้ตัวอย่าง 322 คน ใช้วิธีการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ให้มีจำนวนตัวอย่างกระจายในทุกอำเภอ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากอำเภอทั้งหมด 13 อำเภอ โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่าง 322 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและจำนวนตัวอย่าง จำแนกตามรายอำเภอ จังหวัดมหาสารคาม

ลำดับที่	อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง(คน)
1	เมือง	193	32
2	แกดำ	93	15
3	โกสุมพิสัย	241	39
4	กันทรวิชัย	191	31
5	เชียงยืน	121	20
6	บรบือ	215	35
7	นาเชือก	93	15
8	พยัคฆภูมิพิสัย	237	39
9	วาปีปทุม	251	41
10	นาคูน	98	16
11	ยางสีสุราช	95	16
12	กุฉีกรัง	89	15
13	ชื่นชม	49	8
	รวม	1,967	322

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แหล่งข้อมูลในการวิจัย แบ่งได้ 2 แหล่งข้อมูล ดังนี้

3.1.1 ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ การประเมินผลการพัฒนาด้านผลผลิต ในประเด็นสถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ศึกษาจากรายงานอัตราป่วย อัตราตาย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และประเด็นความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากรายงานผลการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

3.1.2 แหล่งข้อมูลปฐมภูมิจากการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งเนื้อหาของแบบสอบถามเป็น 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ**

1.1) อายุ	มีระดับการวัดอัตราส่วน
1.2) เพศ	มีระดับการวัดนามบัญญัติ
1.3) การศึกษาสูงสุด	มีระดับการวัดเรียงลำดับ
1.4) อาชีพหลัก	มีระดับการวัดนามบัญญัติ
1.5) รายได้เฉลี่ย	มีระดับการวัดเป็นช่วง
1.7) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	มีระดับการวัดอัตราส่วน
1.8) จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	มีระดับการวัดอัตราส่วน

**ส่วนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาด้านบริบท (Context) ได้แก่ การชี้แจง
นโยบายการติดต่อประสานงานกับส่วนต่างๆ ความร่วมมือในการดำเนินงาน ความคิดเห็นต่อการ
ดำเนินงาน จำนวน 8 ข้อ**

เป็นการสอบถามความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านบริบท
มีระดับการวัดเป็นช่วง ตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด = 1 คะแนน, เห็น
ด้วยน้อย = 2 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน, เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน, เห็นด้วยมากที่สุด =
5 คะแนน

2.1 การแบ่งระดับของการดำเนินโครงการด้านบริบทในภาพรวม ผู้วิจัย
กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้ (สำเร็จ จันทรสวรรณ, 2544)

$$\begin{aligned}
 \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\
 &= \frac{40-8}{3} \\
 &= 10.66
 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลคะแนนเฉลี่ยการดำเนินโครงการด้านบริบทภาพรวม ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
8.00 - 18.66	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท อยู่ในระดับต่ำ
18.67 - 29.33	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท อยู่ในระดับปานกลาง
29.34 - 40.00	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท อยู่ในระดับสูง

2.2 การแบ่งระดับการดำเนินโครงการในด้านบริบทเป็นรายชื่อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้ (สำเร็จ จันทรสวรรณ, 2544)

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการดำเนินโครงการในด้านบริบท รายชื่อ ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 - 2.33	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินโครงการในด้านบริบท อยู่ในระดับต่ำ
2.34 - 3.66	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินโครงการในด้านบริบท อยู่ในระดับปานกลาง
3.67 - 5.00	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินโครงการในด้านบริบท อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การประเมินความเหมาะสมของจำนวน อสม. ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ งบประมาณ สื่อและ การประชาสัมพันธ์ ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 12 ข้อ

เป็นการสอบถามความเหมาะสมในด้านปัจจัยนำเข้าของผู้ตอบแบบสอบถาม มีระดับการวัดเป็นช่วง ตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง คือ เหมาะสมน้อยที่สุด = 1, คะแนน เหมาะสมน้อย = 2 คะแนน, เหมาะสมปานกลาง = 3 คะแนน, เหมาะสมมาก = 4 คะแนน, เหมาะสมมากที่สุด = 5 คะแนน

3.1 การแบ่งระดับของการดำเนินการพัฒนาด้านปัจจัยนำเข้าในภาพรวม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้ (สำเร็จ จันทรสวรรณ, 2544)

$$\begin{aligned}
 \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\
 &= \frac{60-12}{3} \\
 &= 16.00
 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
12.00 - 28.00	คะแนนเฉลี่ยการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท อยู่ในระดับต่ำ
28.01 - 44.00	คะแนนเฉลี่ยการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบทอยู่ในระดับปานกลาง
44.01 - 60.00	คะแนนเฉลี่ยการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท อยู่ในระดับสูง

3.2 การแบ่งระดับของการดำเนินการพัฒนาด้านปัจจัยนำเข้าเป็นรายชื่อ

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\
 &= \frac{5-1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 - 2.33	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับต่ำ
2.34 - 3.66	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับปานกลาง
3.67 - 5.00	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 การประเมินผลด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) ได้แก่ การประเมินกระบวนการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงาน และความร่วมมือในการดำเนินโครงการของ อสม. จำนวน 12 ข้อ

เป็นการสอบถามความเหมาะสมในด้านกระบวนการของผู้ตอบแบบสอบถาม มีระดับการวัดเป็นช่วง ตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง คือ เหมาะสมน้อยที่สุด = 1 คะแนน, เหมาะสมน้อย = 2 คะแนน, เหมาะสมปานกลาง = 3 คะแนน, เหมาะสมมาก = 4 คะแนน, เหมาะสมมากที่สุด = 5 คะแนน

4.1 การแบ่งระดับของการดำเนินการพัฒนาด้านกระบวนการในภาพรวม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้ (สำเร้ง จันทรสุวรรณ, 2544)

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{60-12}{3} \\ &= 16.00 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผล การดำเนินการพัฒนาด้านกระบวนการในภาพรวม ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
12.00 - 28.00	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท อยู่ในระดับต่ำ
28.01 - 44.00	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท อยู่ในระดับปานกลาง
44.01 - 60.00	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท อยู่ในระดับสูง

4.2 การแบ่งระดับของการดำเนินการพัฒนาด้านกระบวนการเป็นรายข้อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาด้านกระบวนการเป็นรายข้อ ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 - 2.33	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านกระบวนการอยู่ในระดับต่ำ
2.34 - 3.66	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านกระบวนการ อยู่ในระดับปานกลาง
3.67 - 5.00	คะแนนเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาในด้านกระบวนการอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 การประเมินผลการพัฒนาด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ การประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การคัดกรองโรคเบาหวาน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติงานการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิตและความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมายจำนวน 60 ข้อ

5.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

5.1.1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ

เป็นแบบทดสอบความรู้แบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คำถามเชิงบวก ตอบ ไม่ใช่=0 คะแนน, ตอบใช่= 1 คะแนน คำถามเชิงลบ ตอบไม่ใช่=1 คะแนน, ตอบใช่=0 คะแนน

การแบ่งระดับการวัดความรู้เรื่อง โรคเบาหวานในภาพรวม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{15-0}{3} \\ &= 5.00 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผล คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่อง โรคเบาหวานในภาพรวม ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
0 – 5.00	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน อยู่ในระดับต่ำ
5.01 - 10.00	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง
10.01 - 15.00	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง

5.1.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ

เป็นแบบทดสอบความรู้แบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คำถามเชิงบวก ตอบ ไม่ใช่=0 คะแนน, ตอบใช่=1 คะแนน คำถามเชิงลบ ตอบไม่ใช่=1 คะแนน, ตอบใช่=0 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงในภาพรวม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{15-0}{3} \\ &= 5.00 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงในภาพรวม ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
0 – 5.00	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ
5.01 - 10.00	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง
10.01 - 15.00	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง

5.2 ความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ

เป็นแบบทดสอบความรู้แบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบผิด=0 คะแนน

ตอบถูก=1

การแบ่งระดับของการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยจากสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{10-0}{3} \\ &= 3.33 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลคะแนนการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
0 -3.33	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ
3.34 - 6.67	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง
6.68 - 10.00	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง

4. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

4.1 ศึกษาของมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากตำรา ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ

4.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาแบบสอบถาม

4.3 นำแบบสอบถามของ สมศักดิ์ ทราชเงิน (2549) ซึ่งศึกษาในลักษณะเดียวกันกับที่ผู้วิจัยสนใจ ซึ่ง เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน มีผู้สนใจนำไปใช้อย่างกว้างขวางมาแล้วและทางผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้ใช้กับงานวิจัยของตนเองให้เหมาะสม

4.4 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.4.1 ความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (มีรายละเอียดดังภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของการวัดและเกณฑ์การให้คะแนนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามและนำไปใช้ในภาคสนาม

4.4.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้รับการแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน มีลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกันและไม่ใช่กลุ่มประชากรที่จะศึกษา แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังนี้

1) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) หรือ α - Coefficient สำหรับข้อคำถามที่เป็น ประเมินแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ได้แก่ แบบสอบถามด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ การแปลผลค่าความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้

2) ค่าอำนาจจำแนก โดยใช้ สูตร ของคูเดอร์ริชาดสัน KR-20 สำหรับข้อคำถามที่ให้เลือกตอบ คือที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ได้แก่ ข้อคำถามส่วนความรู้ การคัดกรองและการดูแลผู้ป่วย การแปลผลค่าอำนาจจำแนก มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้ (สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2547)

โดยได้ค่าการทดสอบความเชื่อมั่นดังนี้

- 1) การดำเนินการพัฒนาในด้านบริบท ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช α - Coefficient = 0.82
- 2) การดำเนินการพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช α - Coefficient = 0.88
- 3) การดำเนินการพัฒนาในด้านกระบวนการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช α - Coefficient = 0.88
- 4) การดำเนินการพัฒนาในด้านผลผลิต ด้านความรู้โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การคัดกรอง ได้ค่าอำนาจจำแนก ตามวิธีของ กูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) หรือ KR-20 = 0.98

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

- 5.1 ผู้วิจัยขออนุมัติหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- 5.2 นำหนังสือจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
- 5.3 ประสานงานขอความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม แจ้งวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับ และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการแจกแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่จะศึกษา
- 5.4 เมื่อได้แบบสอบถามกลับคืนแล้วนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ความตรงประเด็นของข้อมูลการวิจัย ตรวจสอบความผิดพลาดเพื่อให้ได้ข้อมูลความต้องการและติดตามข้อมูลให้ได้ครบถ้วน
- 5.5 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2553 ถ้ายังเก็บข้อมูลไม่ได้ครบ ผู้วิจัยใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามอีก 2 สัปดาห์ จากแบบสอบถามที่ส่งไป 322 ตัวอย่าง ได้รับการส่งกลับ 322 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 100

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การประมวลผลข้อมูลและบันทึกข้อมูล นำมากำหนดรหัสข้อมูลการวิจัย แต่ละตัวแปรในแบบสอบถาม และบันทึกรหัสตัวแปรไว้ตรวจสอบความถูกต้องการบันทึกข้อมูล

6.2 การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล โดยการทำการกระจายความถี่ของข้อมูลที่แต่ละตัวแปร และแก้ไขการลงบันทึกที่ผิดพลาด

6.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ สถิติพรรณนา แสดงด้วยค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อพรรณนาลักษณะของข้อมูล จากแบบสอบถามออกเป็น 6 ส่วน คือ 1) คุณส่วนบุคคลของสม.เชี่ยวชาญสาขาโรคเกาหวนและโรคความดันโลหิตสูง 2) การประเมินผลการพัฒนาด้านบริบท 3) การประเมินผลการพัฒนาด้านปัจจัยนำเข้า 4) การประเมินผลการพัฒนาด้านกระบวนการดำเนินงาน 5) การประเมินผลการพัฒนาด้านผลผลิต และ 6) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินโครงการ ใช้การประมวลเนื้อหาและจัดหมวดหมู่

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเรื่องการประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบชิปป์ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) โดยศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 322 คน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2553 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 322 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอโดยใช้ตารางประกอบคำอธิบาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านบริบท

ส่วนที่ 3 การประเมิน ผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านปัจจัยนำเข้า

ส่วนที่ 4 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านกระบวนการ

ส่วนที่ 5 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านผลผลิต

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพสาขา โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาเรื่องการประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยประชากรที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 322 ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ดังได้แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ

สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

(n=322)		
คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	0.3
20-40 ปี	113	35.1
41-60 ปี	197	61.2
มากกว่า 60 ปี	11	3.4
$\bar{x} = 43.51$, S.D = 8.01, Min. = 20 , Max. = 69		
เพศ		
ชาย	98	30.4
หญิง	224	69.6

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n=322)		
คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	18	5.6
คู่	282	87.6
ม้าย	14	4.4
หย่า	4	1.2
แยกกันอยู่	4	1.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	128	39.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	113	35.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	63	19.6
อนุปริญญา/ปวส./ปวท.	16	5.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	0.6
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	257	79.8
รับจ้าง	29	9.0
ค้าขาย	16	5.0
แม่บ้าน	17	5.3
อื่นๆ	3	0.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 3,001 บาท	109	33.9
3,001- 6,000 บาท	180	55.9
6,001- 9,000 บาท	23	7.1
9,000 บาท ขึ้นไป	10	3.1
$\bar{x} = 4,112.83$, S.D = 2,580.46 , Min. = 1,500 , Max= 25,000		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n=322)		
คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข		
ต่ำกว่า 6 ปี	96	29.8
6-10 ปี	117	36.3
11-15 ปี	69	21.5
16-20 ปี	22	6.8
มากกว่า 20 ปี	18	5.6
$\bar{x} = 9.66$, S.D = 5.57 ,Min. = 1 , Max. = 28		
จำนวนหลังคาเรือนที่ท่านรับผิดชอบ		
น้อยกว่า 8 หลังคาเรือน	34	10.6
8-15 หลังคาเรือน	265	82.3
มากกว่า 15 หลังคาเรือน	23	7.1
$\bar{x} = 11.96$, S.D = 2.56 ,Min. = 6, Max. = 24		

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 61.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.6 และเพศชาย ร้อยละ 30.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.6 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 39.7, อาชีพหลัก เกษตรกร ร้อยละ 79.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 3,001- 6,000 บาท ร้อยละ 55.9 ระยะเวลาการเป็น อสม. 6-10 ปี ร้อยละ 36.3 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน ร้อยละ 82.3

**ส่วนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับ
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน
โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านบริบท**

ได้แก่การชี้แจงนโยบาย การติดต่อประสานงานกับส่วนต่างๆ ความร่วมมือในการ
ดำเนินงาน ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเที่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในด้านบริบท จำแนกในภาพรวมและรายชื่อ

(n = 322)			
การดำเนินโครงการในด้านบริบท	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างชัดเจน	4.10	0.85	สูง
2.ความร่วมมือจากประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	3.96	0.78	สูง
3.การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	4.17	0.79	สูง
4.การประสานงานจาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการออกดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	4.20	0.84	สูง
5.การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นการเพิ่มภาระงานของท่าน	2.36	1.21	ปานกลาง
6.การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สามารถลดการอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	4.05	0.85	สูง
7.การณรงค์ สามารถเพิ่มจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้	4.07	0.86	สูง
8.อสม.มีความมั่นใจในการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	4.11	0.69	สูง
ภาพรวมการดำเนินงานในด้านบริบท	31.02	4.05	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ด้านบริบท ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=31.02, S.D.= 4.05$) และรายชื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เรียงตามลำดับดังนี้ การประสานงานจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการออกดำเนินงานการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($\bar{x}= 4.20, S.D.= 0.84$) การได้รับการสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการออกดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($\bar{x}= 4.17, S.D.= 0.79$) อสม.มีความมั่นใจในการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($\bar{x}= 4.11, S.D.= 0.69$) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างชัดเจน ($\bar{x}= 4.10, S.D.= 0.85$) การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สามารถลดการอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงได้ ($\bar{x}= 4.05, S.D.= 0.85$), ความร่วมมือจากประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($\bar{x}= 3.96, S.D.= 0.78$), ส่วนการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นการเพิ่มภาระงานของท่าน ($\bar{x}= 2.36, S.D.= 1.21$) ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านปัจจัยนำเข้า

การศึกษาเรื่องการประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 322 ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การประเมินความเหมาะสมของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน งบประมาณ สื่อและการประชาสัมพันธ์ ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการดำเนินการโครงการในด้านปัจจัยนำเข้า ในภาพรวม และรายด้าน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการดำเนินการพัฒนาอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านปัจจัยนำเข้า จำแนกในภาพรวมและรายข้อ

(n = 322)			
การดำเนินโครงการในด้านปัจจัยนำเข้า	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.จำนวน อสม.ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันมีความเพียงพอ	3.71	0.90	สูง
2.การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการรณรงค์มีความเหมาะสม	3.90	0.75	สูง
3.งบประมาณสนับสนุนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	3.22	0.83	ปานกลาง
4.สื่อประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรอง สามารถเข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย	3.85	0.79	สูง
5.จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ มีจำนวนเพียงพอ	3.37	0.95	ปานกลาง
6.หออกระจายข่าวที่ใช้การได้	3.87	0.80	สูง
7.อสม.มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย	3.83	0.99	สูง
8.แบบตรวจคัดกรองด้วยวาจา มีจำนวนเพียงพอ	3.69	0.85	สูง
9.เครื่องวัดความดันโลหิต มีจำนวนเพียงพอ	3.38	0.95	ปานกลาง
10.เครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด มีจำนวนเพียงพอ	3.23	1.08	ปานกลาง
11.เครื่องวัดความดันโลหิต สามารถใช้งานได้	3.64	0.89	ปานกลาง
12.เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถใช้งานได้	3.63	0.96	ปานกลาง
ภาพรวมการดำเนินการในด้านปัจจัยนำเข้า	43.32	6.81	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็น
อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานความดันโลหิตสูง ด้านปัจจัยนำเข้า ในภาพรวมอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 43.32$, S.D. = 6.81) และรายข้อที่อยู่ในระดับสูง เรียงตามลำดับดังนี้ การตรวจคัด
กรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการรณรงค์มีความเหมาะสม ($\bar{x} = 3.90$, S.D. =
0.75) หออกระจายข่าวที่ใช้การได้ ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = 0.80) สื่อประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรอง สามารถ

เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ($\bar{x} = 3.85$, S.D.= 0.79) อสม.มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย ($\bar{x} = 3.83$, S.D.= 0.99) จำนวน อสม.ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันมีความเพียงพอ($\bar{x} = 3.71$, S.D.= 0.90)แบบ ตรวจสอบคัดกรองด้วยวามีจำนวนเพียงพอ($\bar{x} = 3.69$, S.D.= 0.85)

รายชื่อในระดับปานกลาง เรียงตามลำดับดังนี้ เครื่องวัดความดันโลหิต สามารถใช้งานได้ ($\bar{x} = 3.64$, S.D.= 0.89) เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถใช้งานได้ ($\bar{x} = 3.63$, S.D.= 0.96) เครื่องวัดความดันโลหิต มีจำนวนเพียงพอ ($\bar{x} = 3.38$, S.D.= 0.95) จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดีประชาสัมพันธ์ มีจำนวนเพียงพอ ($\bar{x} = 3.37$, S.D.= 0.95) เครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด มีจำนวนเพียงพอ ($\bar{x} = 3.23$, S.D.= 1.08) งบประมาณสนับสนุนการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($\bar{x} = 3.22$, S.D.= 0.83)

ส่วนที่ 4 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านกระบวนการ

การศึกษาเรื่องการประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อ ยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต สูง จังหวัดมหาสารคาม โดยประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขา โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 322 ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรด้าน กระบวนการ ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงาน และความร่วมมือในการดำเนินโครงการของ อสม. นำเสนอ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการดำเนินโครงการใน ด้านกระบวนการในภาพรวม และรายด้าน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านกระบวนการ จำแนกในภาพรวมและรายข้อ

(n = 322)

การดำเนินโครงการในด้านกระบวนการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.วิธีการกำหนด อสม.ผู้รับผิดชอบการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน	3.80	0.80	สูง
2.อสม.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ร่วมกันกำหนดแผนการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	4.04	0.82	สูง
3.วิธีการรณรงค์โดยให้กลุ่มเป้าหมายมารวมตัวกันที่จุดนัดหมายเพียงจุดเดียวเพื่อตรวจคัดกรอง	3.93	0.80	สูง
4.วิธีการส่งจดหมายนัดหมายแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมายให้มาตรวจคัดกรอง	3.72	0.99	สูง
5.วิธีการตรวจคัดกรองด้วยแบบคัดกรองด้วยวาจา	3.47	0.88	ปานกลาง
6.วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย	3.89	0.76	สูง
7.อสม.ประชาสัมพันธ์โครงการให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน	3.98	0.80	สูง
8.อสม.ทุกคนเข้าร่วมดำเนินการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย	4.04	0.84	สูง
9.อสม.ได้ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้มารับบริการตรวจคัดกรอง	3.81	0.92	สูง
10.การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ดำเนินการเฉพาะในช่วงเช้า มีความเหมาะสม	4.12	0.88	สูง
11.อสม.ได้แจ้งผลการตรวจคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตรวจคัดกรอง	3.96	0.82	สูง
12.อสม.มีการประเมินผลการดำเนินโครงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	3.94	0.88	สูง
ภาพรวมการดำเนินงานในด้านกระบวนการ	46.69	7.13	สูง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ด้านกระบวนการในภาพรวมพบว่ามีอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 46.69$, S.D. = 7.13) และรายชื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เรียงตามลำดับดังนี้ การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ดำเนินการเฉพาะในช่วงเช้า มีความเหมาะสม ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.88) อสม.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ร่วมกันกำหนดแผนการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = 0.82) อสม.ทุกคนเข้าร่วมดำเนินการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = 0.84) อสม.ได้ประชาสัมพันธ์โครงการให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.80) อสม.ได้แจ้งผลการตรวจคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตรวจคัดกรอง ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.82) อสม.มีการประเมินผลการดำเนินโครงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($\bar{x} = 3.94$, S.D. = 0.88) วิธีการณรงค์โดยให้กลุ่มเป้าหมายมารวมตัวกันที่จุดนัดหมายเพียงจุดเดียวเพื่อตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.80) วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย ($\bar{x} = 3.89$, S.D. = 0.76) อสม.ได้ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้มารับบริการตรวจคัดกรอง ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.92) มีการกำหนด อสม.ผู้รับผิดชอบการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.80) วิธีการส่งจดหมายนัดหมายแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมายให้มาตรวจคัดกรอง ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.99) ส่วนในระดับปานกลาง ได้แก่ วิธีการตรวจคัดกรองด้วยแบบคัดกรองด้วยวาจา ($\bar{x} = 3.47$, S.D. = 0.88)

ส่วนที่ 5 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านผลผลิต

แบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย ดังนี้

5.1 การประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การคัดกรอง

โรคเบาหวาน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติงานคัดกรองและการดูแล โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงด้วยวงกลม ร้อยละ และระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติงานของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านผลผลิต ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.5 , 4.6, 4.7, 4.8

ตารางที่ 4.5 ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ สาขา
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

(n = 322)

ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 5.00)	2	0.6
ระดับปานกลาง(5.01 - 10.00)	22	6.8
ระดับสูง(10.01 - 15.00)	298	92.6
$\bar{x} = 12.77$, S.D.= 1.82, Min.= 4 , Max. = 15		

จากตารางที่ 4.5 พบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ด้านผลผลิต ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนมากอยู่ในระดับ สูง ร้อยละ 92.6 ($\bar{x} = 12.77$, S.D.= 1.82)

ตารางที่ 4.6 ระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ สาขา
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

(n = 322)

ระดับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 5.00)	2	0.6
ระดับปานกลาง(5.01 - 10.00)	63	19.6
ระดับสูง(10.01 - 15.00)	257	79.8
$\bar{x} = 11.75$, S.D.= 1.84, Min. = 3 , Max. = 14		

จากตารางที่ 4.6 พบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ด้านผลผลิต ในเรื่องความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนมากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.8 ($\bar{x} = 11.75$, S.D.= 1.84)

ตารางที่ 4.7 ระดับความรู้เรื่องความรู้การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม.

(n = 322)			
ระดับความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับต่ำ	42	13.0	
ระดับปานกลาง	195	60.6	
ระดับสูง	85	26.4	
$\bar{x} = 5.47$, S.D.= 1.71, Min. = 1, Max. = 10			

จากตารางที่ 4.7 พบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ด้านผลผลิต ในเรื่องความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 ($\bar{x} = 5.47$, S.D.= 1.71)

ตารางที่ 4.8 ระดับการปฏิบัติงานการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

(n = 322)		
ระดับการปฏิบัติงานการคัดกรอง และการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ(0 - 6.66)	0	0
ระดับปานกลาง (6.67 – 13.33)	23	7.1
ระดับสูง (13.34 - 20.00)	299	92.9
$\bar{x} = 18.09$, S.D.= 2.32, Min. = 8, Max. = 20		

จากตารางที่ 4.8 พบว่าการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ด้านผลผลิต ในเรื่องการปฏิบัติงานการคัดกรองและการดูแล โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนมากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.69 ($\bar{x} = 18.09$,S.D.= 2.32)

5.2 ความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2552 จากรายงานความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงด้วยความถี่ ร้อยละ ผลการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละความครอบคลุม การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2551 พ.ศ. 2552

การคัดกรอง	ปี 2551		ปี 2552	
	จำนวน	ความครอบคลุม	จำนวน	ความครอบคลุม
โรคเบาหวาน	320,201 คน	67.32	461,989 คน	97.00
โรคความดันโลหิตสูง	332,631 คน	67.74	461,961 คน	96.99

ที่มา: รายงานความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

จากตารางที่ 4.9 จากรายงานความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2552 พบว่า สามารถดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 320,201 คน ครอบคลุม ร้อยละ 67.32 ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 461,989 คน ครอบคลุม ร้อยละ 97 และสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 332,631 คน ครอบคลุม ร้อยละ 67.74 ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 461,961 คน ครอบคลุมร้อยละ 96.99

5.2 สถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างปี พ.ศ. 2551 -2552 แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551 – 2552

อัตราป่วยต่อแสนประชากร	ปี พ.ศ. 2551	ปี พ.ศ. 2552
โรคเบาหวาน	3,239.96	3,922.50
โรคความดันโลหิตสูง	2,145.38	2,729.12

ที่มา: รายงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2551-2552

จากตารางที่ 4.10 พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 3,239.96 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 3,922.50 ต่อประชากรแสนคน สำหรับอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 2,145.38 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 2,729.12 ต่อประชากรแสนคน

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินโครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

(n= 322)		
ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินโครงการ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านปัจจัยนำเข้า		
1.งบประมาณสนับสนุนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขาดหรือได้รับสนับสนุนไม่เพียงพอ	44	13.66
2.จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดีประชาสัมพันธ์ มีจำนวนไม่เพียงพอ	36	11.18
3.ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการรณรงค์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	21	6.52
4.จำนวน อสม.ผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรองมีจำนวนไม่เพียงพอ	14	4.35
5.ไม่มีการดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด ทำให้ชำรุดได้ง่าย	13	4.04
ด้านกระบวนการ		
6. กลุ่มเป้าหมายเดินทางไปทำงานที่อื่น	7	2.17

จากตารางที่ 4.11 พบว่ามีการเสนอปัญหาอุปสรรค เรียงลำดับ ดังนี้ ด้านปัจจัยนำเข้างบประมาณในการดำเนินการคัดกรองมีไม่เพียงพอ ร้อยละ 13.66 จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดีประชาสัมพันธ์ มีจำนวนไม่เพียงพอ ร้อยละ 11.18 ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการรณรงค์ เช่นเครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 6.54 จำนวนอสม.ผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 4.35 ไม่มีระบบการดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด ทำให้ชำรุดได้ง่าย ร้อยละ 4.04 และด้านกระบวนการกลุ่มเป้าหมายเดินทางไปทำงานที่อื่น ร้อยละ 2.17

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

(n= 322)		
ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านปัจจัยนำเข้า		
1.ควรจัดให้มีอุปกรณ์ในการรณรงค์ครบทุกหมู่บ้านอย่างเพียงพอ	48	14.91
2.องค์การบริหารส่วนตำบลควรสนับสนุนงบประมาณในการซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดให้ครบทุกหมู่บ้าน	27	8.39
3.ควรมีงบประมาณในการจัดทำอาหารเข้าให้กับผู้มารับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	21	6.52
4.ควรจัดหาของชำร่วยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรอง	17	5.28
ด้านกระบวนการ		
5.ควรจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์	12	3.73
6.อสม.ทุกคนต้องมาช่วยกันคัดกรอง เนื่องจากการรณรงค์จะมีผู้มารับบริการพร้อมกันจำนวนมาก	11	3.42
7.ควรจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่ติดตามทางแยกสำคัญ	8	2.48
8.ควรมีการประกวดการทำงานของ อสม.เชี่ยวชาญ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	7	2.17
9.ควรจัดทำแผ่นซีดีประชาสัมพันธ์	6	1.86

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

(n= 322)		
ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านกระบวนการ		
10.ควรเพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญ เป็น 3-5 วัน	6	1.86
11.จนท.สาธารณสุขควรเข้าร่วมกิจกรรมการคัดกรองร่วมกับอสม.เชี่ยวชาญ โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	5	1.55
12.ควรมีการอบรมเพื่อเพิ่มจำนวน อสม.เชี่ยวชาญ โรคเบาหวานความดัน โลหิตสูง	5	1.55

จากตารางที่ 4.12 พบว่ามีการเสนอแนะ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ด้านปัจจัย
นำเข้าควรมีอุปกรณ์ในการรณรงค์ครบทุกหมู่บ้าน ร้อยละ 14.91 องค์การบริหารส่วนตำบลควร
สนับสนุนงบประมาณในการซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดให้
ครบทุกหมู่บ้าน ร้อยละ 8.39 ควรมีงบประมาณในการจัดทำอาหารเช้าให้กับผู้มารับการตรวจคัดกรอง
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.52 ควรจัดหาของชำร่วยให้ประชาชนกลุ่ม เป้าหมายที่มา
ตรวจคัดกรอง ร้อยละ 5.28 ด้านกระบวนการ ควรจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 3.73 อสม.ทุกคน
ต้องมาช่วยกันคัดกรอง เนื่องจากการรณรงค์จะมีผู้มารับบริการพร้อมกันจำนวนมาก ร้อยละ 3.42 ควรมี
การประกวดการทำงานของ อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.17 และควรจัดทำ
แผ่นซีดีประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 1.86 ควรเพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญ เป็น 3-5 วัน ร้อยละ
1.86 จนท.สาธารณสุขควรเข้าร่วมกิจกรรมการคัดกรองร่วมกับอสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง
ร้อยละ 1.55 ควรมีการอบรมเพื่อเพิ่มจำนวน อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง โรคความ
ดันโลหิตสูง ให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 1.55

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินผล การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบซีพีบี ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) โดยศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ ผ่านการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 322 คน ซึ่งเป็นการประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อ ยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2553 โดยใช้ แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 322 ชุด คิด เป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอโดยใช้ตาราง ประกอบคำอธิบาย ใช้สถิติพรรณนาแสดงด้วยค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อพรรณนาลักษณะของข้อมูลจากส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการพัฒนาด้านบริบท ปัจจัย นำเข้า กระบวนการ ส่วนปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินโครงการ ใช้การประมวล เนื้อหาและจัดหมวดหมู่

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ส่วนใหญ่อายุ ระหว่าง 41-60 ปี เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 3,001- 6,000 บาท ระยะเวลาการเป็น อสม. 6-10 ปี จำนวนหลังคา เรือนที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน

1.2 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขา

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านบริบท ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ผลการประเมินรายชื่อในระดับสูงได้แก่ การประสานงานจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการออกดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการออกดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อสม.มีความมั่นใจในการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

1.3 การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชิงวิชาชีพ สาขา

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ด้านปัจจัยนำเข้า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผลการประเมินรายชื่อในระดับสูงได้แก่ รูปแบบการรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความเหมาะสม หอกระจายข่าวที่ใช้การได้ สื่อประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรอง สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ส่วนผลการประเมินรายชื่อในระดับปานกลางได้แก่ เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดมีจำนวนเพียงพอ เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถใช้การได้ เครื่องวัดความดันโลหิตมีจำนวนเพียงพอ

1.4 การประเมินการผลพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านกระบวนการ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ ผลการประเมินรายชื่อในระดับสูงได้แก่ การดำเนินการเฉพาะในช่วงเช้าในตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตมีความเหมาะสม อสม.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ร่วมกันกำหนดแผนการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อสม.ทุกคนเข้าร่วมดำเนินการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1.5 การประเมินการผลพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม ด้านผลผลิต ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลางถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน การดำเนินการคัดกรองและการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้ ปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 67.32 ปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 97 ความครอบคลุมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 67.74 ปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 96.99 ซึ่งครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 ถือว่าผ่านเกณฑ์

ส่วนการประเมินอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 3,239.96 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 3,922.50 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งปี พ.ศ.2552 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 มากกว่าร้อยละ 3 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 2,145.38 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 2,729.12 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งปี พ.ศ.2552 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 มากกว่าร้อยละ 3 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน

1.6 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม มีการเสนอปัญหาอุปสรรค ได้แก่ งบประมาณในการดำเนินการคัดกรองมีไม่เพียงพอ จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์มีจำนวนไม่เพียงพอ ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการรณรงค์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีระบบการดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด ทำให้ชำรุดได้ง่าย จำนวน อสม.ผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรอง และกลุ่มเป้าหมายเดินทางไปทำงานที่อื่น

ข้อเสนอแนะ ควรมีอุปกรณ์ในการรณรงค์ครบทุกหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล ควรสนับสนุนงบประมาณในการซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดให้ครบทุกหมู่บ้าน ควรมีงบประมาณในการจัดทำอาหารเช้าให้กับผู้มารับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควรจัดหาของชำร่วยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรอง ควรจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์ อสม.ทุกคนต้องมาช่วยกันคัดกรอง เนื่องจากการรณรงค์จะมีผู้มารับบริการพร้อมกันจำนวนมาก ควรมีการประกวดการทำงานของ อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และควรจัดทำแผ่นซีดีประชาสัมพันธ์ เพิ่มระยะเวลาการอบรมเป็น 2 วัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรร่วมปฏิบัติงานคัดกรองร่วมกับ อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และควรอบรมเพื่อเพิ่มจำนวน อสม.เชี่ยวชาญเบาหวานโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2. อภิปรายผล

จากการวิจัย ประเมินผลโครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบซีพีพี (CIPP Model) ผลการวิจัยมีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-60 ปี เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 3,001- 6,000 บาทระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6-10 ปี ซึ่งประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน ซึ่งในการศึกษานี้จำนวน อสม.เชี่ยวชาญมีจำนวนเหมาะสมและครอบคลุมทุกอำเภอ ทั้งนี้เนื่องจาก อสม.ในแต่ละอำเภอ ได้ทำการคัดเลือกตามขั้นตอนตามที่กรมสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอสม.ได้อย่างครอบคลุมในทุกพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา อุ้นบัว(2549)และการ ศึกษาของ ศุภชัย สายสร (2543) ศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงราย พบว่าการคัดกรองโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดเนื่องจากประชากรกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนมากเมื่อเทียบกับจำนวน อสม. ที่มีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น จำนวน อสม.ที่เหมาะสมที่ ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง จะช่วยให้การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงมีความครอบคลุม

2.2 การประเมินผลตามรูปแบบซิปป่า

2.2.1 ด้านบริบท (Context) ซึ่งประกอบด้วยการชี้แจงนโยบาย การติดต่อประสานงานกับส่วนต่างๆ ความร่วมมือในการดำเนินงาน ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน อยู่ในระดับสูงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญสาขาโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากมีการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ ทรายเงิน (2549) ที่ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมั่นใจในทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในระดับปานกลาง อันเป็นผลมาจากขาดการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความเห็นว่าการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นการเพิ่มภาระงานของตนเอง ในระดับปานกลาง เป็นผลมาจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากเดิมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักในการให้บริการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำเป็นที่จะต้องจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีการศึกษาของละมัย ภูริบัญชา (2548) พบว่าการกำหนดแผนงานในการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนร่วมในการวางแผน ทำให้การดำเนินงานคัดกรอง

โรคเบาหวาน ได้รับความร่วมมือจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นอย่างดี และกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา บุญยะคงรัตน์ (2544) ที่ศึกษาพบว่า การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนแล้วจัดกิจกรรมคัดกรอง มีผลทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานเป็นไปตามความต้องการของประชาชน

2.2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ความเหมาะสมของจำนวน อสม. ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ งบประมาณ สื่อและการประชาสัมพันธ์ ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ ในระดับปานกลาง ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่วนเรื่องรูปแบบการรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความเหมาะสม ดังนั้น รูปแบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทั้งการรณรงค์ในชุมชน และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่สถานีอนามัย ในการให้บริการปกติ ต้องมีการดูแลหรือกระจายข่าวให้ใช้การได้ ปัจจัยนำเข้าในระดับสูง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง ซึ่งส่งผลทำให้การคัดกรองมีความครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เสือพุมี่(2548) ซึ่งพบว่าการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมในการสำรวจครัวเรือนที่รับผิดชอบ ทำให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่มีอยู่จริง ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ จำเป็น ชาญชัย (2543) ที่ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสามารถในการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง กับประชากรที่มีอยู่จริงในพื้นที่ และสื่อประชาสัมพันธ์ และอุปกรณ์การคัดกรองไม่เพียงพอ และสภาพการใช้งานของอุปกรณ์การคัดกรอง ไม่สามารถใช้งานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ ทรายเงิน (2549) พบว่าอุปกรณ์ในการวัดความดันโลหิตที่ใช้ในโครงการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นว่าไม่เพียงพอ

2.2.3 ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ กระบวนการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงาน และความร่วมมือในการดำเนินงานของ อสม. อยู่ในระดับสูงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ในเรื่องรูปแบบการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ดำเนินการเฉพาะในช่วงเช้า มีความเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องมาจาก ภายหลังจากดำเนินการคัดกรองแล้วสามารถไปทำงานตามปกติได้ การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ร่วมกันกำหนดแผนการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้สามารถวางแผนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา บุญยะคงรัตน์ (2544) ที่ศึกษาพบว่า การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวาน มีผลทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ บริการคัดกรองเป็นไปตามความต้องการของประชาชน

การประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย นอกจากการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว การเข้าไปกระตุ้นเตือนในชุมชน และการได้รับจดหมายเชิญ การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปติดตามเป็นรายบุคคล ทำให้กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้รับทราบข้อมูลอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมปอง เสนา(2548) ที่ศึกษาพบว่าในด้านช่องทางการรับรู้ข่าวสารการเข้าถึงบริการคัดกรองโรคเบาหวาน กรอบคลุมและมีประสิทธิภาพควรมีการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายและต่อเนื่อง คือ จดหมายเชิญ ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวและการติดตามเป็นรายบุคคล

วิธีการตรวจคัดกรองด้วยวาจาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุดา ลุนพุมิ (2550) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนน้อยที่สามารถตรวจคัดกรองโรคเบาหวานด้วยวาจา ดังนั้นจึงต้องมีการฝึกปฏิบัติการคัดกรองด้วยวาจา เนื่องจากการคัดกรองขั้นต้นที่ใช้งบประมาณน้อย ก่อนที่จะมีการตรวจคัดกรองด้วยการเจาะเลือดเพื่อหาปริมาณน้ำตาลในเลือด

2.2.4 ด้านผลผลิต (Product) ในการศึกษาประกอบด้วย

1) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อสม.เชี่ยวชาญฯ มีความรู้ในระดับสูง ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ทั้งนี้เนื่องมาจาก การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และมีคู่มือหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง สามารถอ่านทบทวนความรู้ หลังจากเสร็จสิ้นการอบรม ประกอบกับส่วนมาก ระยะเวลาการเป็น อสม. 10 ปี ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ แสงโสภา และคณะ (2539) ได้ประเมินความรู้และทักษะการวัดความดันโลหิตของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.2 และมีความรู้ถูกต้องทุกข้อ ร้อยละ 20.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของศรีสุดา ลุนพุมิ (2550) ที่ทำการศึกษาคัดกรองโรคเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการของโรคเบาหวาน และอาการแทรกซ้อน ในระดับดี

2) ความรู้ในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อสม.เชี่ยวชาญสาขาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีความรู้ในระดับปานกลาง ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ในระดับสูง แต่มีปัญหาคาดการแปลผลแบบคัดกรองด้วยวาจา ทั้งนี้เนื่องมาจากในแบบคัดกรองมีคำศัพท์ภาษาอังกฤษ ทำให้ไม่เข้าใจความหมายของคำศัพท์ จึงต้องมีการเพิ่มเติมความรู้การคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บังอร เจริญผล(2543) ศึกษาการเฝ้า

ระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเชียงคน จังหวัดเลย พบว่า การการได้รับความรู้เรื่องการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปฏิบัติได้ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา สุขกำเนิด และคณะ (2540) ในรายงานโครงการวิจัยและพัฒนาแบบประเมินความ สามารถของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยตนเอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินตนเองว่าสามารถวัดความดันโลหิตได้ ร้อยละ 71.9

3) ความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พ.ศ. ครอบคลุมร้อยละ 67.32 พ.ศ. 2552 ครอบคลุมร้อยละ 97 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2551 ครอบคลุมร้อยละ 67.74 ปี พ.ศ. 2552 ครอบคลุมร้อยละ 96.99 ซึ่ง พ.ศ. 2552 เพิ่มสูงขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2551 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีความรู้และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนา ส่งผลให้การดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4) สถานการณ์จังหวัดมหาสารคาม อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนผู้ป่วย ปี พ.ศ.2551 – 3,239.96 ปี พ.ศ. 2552=3,922.50 ซึ่งปี พ.ศ.2552 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 มากกว่าร้อยละ 3 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 2,145.38 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2552 เท่ากับ 2,729.12 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งปี พ.ศ.2552 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 มากกว่าร้อยละ 3 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ทั้งนี้อัตราการป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปีที่มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงกว่าปีก่อนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการดำเนินการคัดกรองที่มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ทำให้พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามการคัดกรองที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าโอกาสการเกิดโรคเบาหวานยังมีสูง จำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานต่อไป

ผลการดำเนินการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จากการประเมินโดยรูปแบบชิปป์ของสตีฟเฟิลบีม ผลการประเมินด้านบริบทผ่านเกณฑ์ ปัจจัยนำเข้าไม่ผ่านเกณฑ์ กระบวนการผ่านเกณฑ์ และผลผลิตผ่านเกณฑ์ โดยรวมการพัฒนาประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ อสม.เชี่ยวชาญสามารถช่วยให้การดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมมากกว่าเป้าหมาย

ร้อยละ 90 ซึ่งความครอบคลุมเพิ่มสูงขึ้นกว่าปีที่ยังไม่มีการพัฒนา ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ และทักษะในการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นกลวิธีหลักในการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนและให้การดูแลรักษาต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

3.1.1 จากการประเมินผลโดยรูปแบบชิปป์ของสต๊าฟเฟิลบีม (CIPP Model) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Product) ผลผลิต (Product) สำหรับ การศึกษานี้พบว่า ด้านบริบทระดับสูง ปัจจัยนำเข้าระดับปานกลาง กระบวนการระดับสูง ผลผลิต ความรู้โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ระดับสูง ความรู้การคัดกรองระดับปานกลาง การดำเนินการ คัดกรองระดับสูง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ สามารถประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพเป็นไปได้อย่าง เป็นระบบ ชัดเจนทั้ง 4 องค์ประกอบ ค้นพบข้อดี ข้อจำกัด สามารถเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในโครงการ จึงควรมีนำรูปแบบการประเมินนี้ไปใช้ในการประเมินการพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาอื่นๆ

3.1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ แปลผลแบบคัดกรองด้วย วาจา ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากในแบบคัดกรองมีคำศัพท์ภาษาอังกฤษ ทำให้ไม่เข้าใจ ความหมายของคำศัพท์ จึงต้องมีการพัฒนาแบบคัดกรองด้วยวาจาที่เหมาะสมกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้สามารถอ่านและทำ ความเข้าใจได้ง่าย โดยพัฒนาเป็นภาษาท้องถิ่น และการอบรมเพิ่มเติมในการใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา

3.1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ ได้ประชาสัมพันธ์ โครงการให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน แต่เป็นเพียงการใช้ช่องทางกระจายข่าว เท่านั้น ดังนั้นการให้คนในชุมชนเข้ามาร่วมประชาสัมพันธ์ และการประชาสัมพันธ์เชิงรุกที่ หลากหลายช่องทาง และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการประชาสัมพันธ์ เช่น แผ่นพับ แผ่นซีดี ป้าย ประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่ จะช่วยให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

3.1.4 จำนวนเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและเครื่องวัดความดันโลหิต ไม่ เพียงพอ และสภาพที่ไม่พร้อมในการใช้งาน จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ งบประมาณการตรวจคัด กรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินการคัดกรอง

กลุ่มเสี่ยง ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินการคัดกรอง จัดหาเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลให้เพียงพอ การจัดทำอาหารเข้าให้กับผู้รับการตรวจคัดกรอง รวมถึงสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

3.1.5 อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีความเห็นว่าการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นการเพิ่มภาระงาน ดังนั้นการกำหนดแผนการดำเนินงานคัดกรองร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ เพื่อกำหนดรูปแบบการปฏิบัติงานที่เหมาะสมและสร้างความเป็นเจ้าของงานและการยอมรับ ช่วยให้การดำเนินการคัดกรองตามแผนงานที่ร่วมกันกำหนด

3.1.6 ควรเพิ่มระยะเวลาการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็น 3-5 วัน เพื่อให้ผู้รับการอบรมได้รับความรู้อย่างเต็มที่ ประกอบกับจะได้มีเวลาในการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ

3.1.7 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยควรเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ลดความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผลัดภาระงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

3.1.8 ควรมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประมาณหมู่บ้านละ 1 คน แต่การปฏิบัติงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนต้องมาร่วมกิจกรรม

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยเพศ รายได้ การได้รับเงินค่าป่วยการ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ข่าวสารต่างๆ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับการยอมรับนับถือ

3.2.3 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) เพื่อศึกษารูปแบบในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เหมาะสม

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. นายศักรินทร์ทองภูธรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สาธารณสุขอำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม
2. นายชวลิตปี เสนาวงศ์ นักบริหารงานสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม 7ว.
หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม
เทศบาลตำบลขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม
3. นางสาวอารยา ฉัตรระนะพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้างานเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลเชียงใหม่
จังหวัดมหาสารคาม
4. นางสาวจมาภรณ์ ใจภักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
5. นายอดิสร วงศ์คงเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

เรื่อง การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบชิปปี้ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model)

สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง
จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาในด้านบริบท	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 การประเมินผลการพัฒนาในด้านกระบวนการ	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5 การประเมินผลการพัฒนาในด้านผลผลิต	จำนวน 60 ข้อ
ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินโครงการ	จำนวน 18 ข้อ

2. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ของ นายชาติ ยะวร นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เรื่องการประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบชิปปี้(CIPP Model) ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้ตอบแบบสอบถามนี้ และขอได้โปรดตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง เพราะคำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะทำให้ผลของการศึกษาวิจัยมีความสมบูรณ์เกิดประโยชน์สูงสุดในการนำไปปรับปรุง และส่งเสริมให้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบมาทั้งหมด ถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่มีการกระทบอันจะทำให้เกิดผลเสียหายต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด

3. เมื่อท่านตอบเสร็จแล้วโปรด และส่งกลับสถานีอนามัย ซึ่งสถานีอนามัยจะรวบรวมส่งผู้วิจัยภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2553

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

นายชาติ ยะวร

นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข

- 1.อายุ.....ปี (นับถึง 31 ธันวาคม 2552)
- 2.เพศ () ชาย () หญิง
- 3.สถานภาพสมรส

() โสด	() คู่
() ม้าย	() หย่า
() แยกกันอยู่	
- 4.การศึกษาสูงสุด

() ประถมศึกษา	() มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	() อนุปริญญา/ปวส./ปวท.
() ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
- 4.อาชีพหลัก

() ทำนา,ทำไร่,ทำสวน	() รับจ้าง
() ค้าขาย	() แม่บ้าน
() อื่นๆ(ระบุ).....	
- 5.รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน รวมจากทุกแหล่ง เช่น การขายพืชผลการเกษตรรับจ้าง
บุตรส่งมาให้ อื่นๆ คิดเป็นมูลค่า บาท
6. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขปี (นับถึง 31 ธันวาคม 2552)
- 7.จำนวนหลังคาเรือนที่ท่านรับผิดชอบ หลังคาเรือน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาในด้านบริบท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการประเมินตามความเป็นจริง

ข้อที่	การพัฒนาในด้านบริบท	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1	เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ชี้แจงให้ท่านทราบถึงวัตถุประสงค์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างชัดเจน					
2	การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย					
3	ท่านได้รับการสนับสนุนในการออกดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย					
4	ได้รับการประสานงานในการออกดำเนินงานการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย					
5	การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นการเพิ่มภาระงานของท่าน					
6	การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สามารถลดการอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง					
7	การณรงค์ สามารถเพิ่มจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
8	อสม. มีความมั่นใจในการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง					

ส่วนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการประเมินตามความเป็นจริง

ข้อที่	การพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า	เหมาะสม น้อยที่สุด	เหมาะสม น้อย	เหมาะสม ปานกลาง	เหมาะสม มาก	เหมาะสม มากที่สุด
1	จำนวน อสม. ผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันมีความเพียงพอ					
2	การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการรณรงค์มีความเหมาะสม					
3	งบประมาณสนับสนุนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง					
4	สื่อประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรอง สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย					
5	จำนวน สื่อ ประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดีประชาสัมพันธ์ มีจำนวนเพียงพอ					
6	หอกระจายข่าวที่ใช้การได้					
7	อสม. มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย					
8	แบบตรวจคัดกรองด้วยวาจา มีจำนวนเพียงพอ					
9	เครื่องวัดความดันโลหิต มีจำนวนเพียงพอ					
10	เครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด มีจำนวนเพียงพอ					
11	เครื่องวัดความดันโลหิต สามารถใช้งานได้					
12	เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถใช้งานได้					

ส่วนที่ 4 การประเมินผลการพัฒนาในด้านกระบวนการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการประเมินตามความเป็นจริง

ข้อที่	การพัฒนาในด้านกระบวนการ	เหมาะสม น้อยที่สุด	เหมาะสม น้อย	เหมาะสม ปานกลาง	เหมาะสม มาก	เหมาะสม มากที่สุด
1	มีการกำหนด อสม.ผู้รับผิดชอบการคัดกรอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสม ต่อการปฏิบัติงาน					
2	อสม.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ร่วมกันกำหนด แผนการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
3	วิธีการรณรงค์โดยให้กลุ่มเป้าหมายมารวมตัว กันที่จุดนัดหมายเพียงจุดเดียวเพื่อตรวจคัด กรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
4	วิธีการส่งจดหมายนัดหมายแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อนัดหมายให้มาตรวจคัดกรอง					
5	วิธีการตรวจคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง ด้วยวาจา					
6	วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง การ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย					
7	อสม.ได้ประชาสัมพันธ์โครงการให้ กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน					
8	อสม.ทุกคนเข้าร่วมดำเนินการคัดกรอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย					
9	อสม.ได้ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้มารับ บริการตรวจคัดกรอง					
10	การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง ที่ดำเนินการเฉพาะในช่วงเช้า มี ความเหมาะสม					
11	อสม.ได้แจ้งผลการตรวจคัดกรองแก่ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตรวจคัดกรอง					
12	อสม.มีการประเมินผลการดำเนินโครงการคัด กรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง					

ส่วนที่ 5 การประเมินผลการพัฒนาในด้านผลผลิต

5.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

5.1.1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการประเมินตามความเป็นจริง

ข้อที่	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ใช่	ไม่ใช่
1	สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนผิดปกติไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ		
2	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ น้ำหนักเกิน กรรมพันธุ์ ความเครียด การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น		
3	อาการของโรคเบาหวาน สังเกตได้จากการมีปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก คอแห้ง กระหายน้ำ กินจุ ผอมลง ซาปลายมือปลายเท้า คันตามผิวหนังและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นแผลหายยาก		
4	ถ้าพ่อแม่เป็นโรคเบาหวาน ลูกต้องเป็นโรคเบาหวาน		
5	ค่าระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 110 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่ออดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง แสดงว่าเป็นเบาหวาน		
6	เบาหวานเป็นโรครักษาให้หายขาดได้		
7	ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ควรได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทุกปี		
8	คนที่กินอาหารมีรสหวานจัด มันจัด เค็มจัด มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน		
9	ตามัว ตัวบวม เท้าเน่า เจ็บหน้าอก เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง		
10	รอบเอวที่เหมาะสม ผู้ชายไม่เกิน 80 เซนติเมตร รอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 90 เซนติเมตร		
11	การมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนลงพุง พ่อแม่พี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และออกกำลังกายน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน		

ข้อที่	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ใช่	ไม่ใช่
12	เราสามารถประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ โดยประเมินจาก อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิตสูง และประวัติเบาหวานในพ่อ แม่ พี่น้อง		
13	การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้		
14	โรคเบาหวานอาจทำให้เกิดโรคจอตาเสื่อม หรือโรคความดันโลหิตสูงได้		
15	คนปกติจะมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 80-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์		

5.1.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการประเมินตามความเป็นจริง

ข้อที่	ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	ใช่	ไม่ใช่
1	โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้		
2	โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้		
3	โรคหัวใจเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง		
4	โรคอัมพฤกษ์/ อัมพาตเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง		
5	โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง		
6	โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองแตกเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง		
7	การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง		
8	เมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน มักจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย		
9	คนที่มีความเครียดสูง เป็นเวลานานๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง		
10	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง		
11	การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง		

ข้อที่	ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	ใช่	ไม่ใช่
12	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารเค็ม และของหมักดองต่างๆ		
13	ผงปรุงรสต่างๆ ที่ใช้ในการเพิ่มรสชาติอาหารเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง		
14	การควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีส่วนช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง		
15	การรับประทานผักสด และผลไม้ทุกชนิดสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้		

5.2 ความรู้เรื่องการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลือกที่ถูกต้องเพียงตัวเลือกเดียว

1. ผู้ที่มีภาวะอ้วน คือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) เท่าใด

- | | |
|--------------|--------------|
| ก.มากกว่า 20 | ข.มากกว่า 21 |
| ค.มากกว่า 22 | ง.มากกว่า 23 |

2. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ต้องงดน้ำงดอาหารอย่างน้อยกี่ชั่วโมง

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| ก.อย่างน้อย 6 ชั่วโมง | ข.อย่างน้อย 7 ชั่วโมง |
| ค.อย่างน้อย 8 ชั่วโมง | ง.อย่างน้อย 9 ชั่วโมง |

3. หญิงที่มีประวัติคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกคลอด มากกว่ากี่กิโลกรัม ที่มีโอกาสเป็นเบาหวาน

- | | |
|------------------------|------------------------|
| ก.มากกว่า 3.0 กิโลกรัม | ข.มากกว่า 3.5 กิโลกรัม |
| ค.มากกว่า 4.0 กิโลกรัม | ง.มากกว่า 4.5 กิโลกรัม |

4. ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยแบบคัดกรองด้วยวาจา ต้องมีข้อบ่งชี้อย่างน้อยกี่ข้อ

- | | |
|-------------------|-------------------|
| ก.อย่างน้อย 1 ข้อ | ข.อย่างน้อย 2 ข้อ |
| ค.อย่างน้อย 3 ข้อ | ง.อย่างน้อย 4 ข้อ |

5.ระดับไขมันในเลือด(ไตรกลีเซอไรด์) เท่าใดที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน

- ก.มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ข.มากกว่า 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ค.มากกว่า 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ง.มากกว่า 350 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

6.กลุ่มประชากรที่ท่านควรวัดความดันโลหิต เพื่อค้นหาผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรมีอายุเท่าใด

- ก.35 ปีขึ้นไป
- ข.40 ปีขึ้นไป
- ค.45 ปีขึ้นไป
- ง.50 ปีขึ้นไป

7.บุคคลที่สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านคิดว่าต้องมีระดับความดันโลหิตเท่าใด

- ก.ตั้งแต่ 130/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป
- ข. ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป
- ค.ตั้งแต่ 150/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป
- ง.ตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป

8.บุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่บุคคลใด

- ก.คนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
- ข.คนที่มีประวัติญาติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- ค.คนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
- ง.บุคคลที่มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งที่กล่าวมา

9.ก่อนวัดความดันโลหิตทุกครั้ง ควรให้ผู้ที่ถูกวัดนั่งพักก่อนอย่างน้อยเท่าใด

- ก.ไม่ต้องพักก็ได้
- ข.พักก่อนอย่างน้อย 5 นาที
- ค.พักก่อนอย่างน้อย 10 นาที
- ง.พักก่อนอย่างน้อย 15 นาที

10.การวัดความดันโลหิตเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตามแนวทางการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง วัดอย่างไรจึงจะถูกต้อง

- ก.วัดความดันโลหิต 1 ครั้ง
- ข.วัดความดันโลหิต 1 ครั้ง หลังนั่งพัก 5 นาที
- ค.วัดความดันโลหิต 2 ครั้ง หลังนั่งพัก 5 นาที
- ง.วัดความดันโลหิต 2 ครั้ง หลังนั่งพัก 10 นาที

5.3 การปฏิบัติงานการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิต การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ข้อที่	กิจกรรม	ทำ	ไม่ทำ
1	ท่านทำการวัดรอบเอวผู้ที่มาตรวจคัดกรอง ทุกครั้ง		
2	การวัดรอบเอว ท่านได้วัดรอบเอวระดับสะดือ ทุกครั้ง		
3	ท่านตรวจดูเข็มหน้าปัดของตาชั่งก่อนทำการชั่งน้ำหนักทุกครั้ง		
4	ท่านได้สอบถามผู้ที่คัดกรองเป็นผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่		
5	ท่านได้สอบถามผู้ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดว่าได้งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทุกคน		
6	ท่านได้ทำความสะอาดปลายนิ้ว ที่จะเจาะเลือดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70 % ให้เปียกก่อนการเจาะปลายนิ้ว ทุกครั้ง		
7	ท่านได้ดำเนินการคัดกรอง ดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับองค์กรอื่นในชุมชน		
8	ท่านแจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือด แก่ผู้รับการตรวจ ทุกครั้ง		
9	ท่านนัดหมายให้ผู้ที่มึระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มาตรวจซ้ำอีก 1 เดือน ทุกครั้ง		
10	ท่านได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานพื้นที่รับผิดชอบ		
11	ก่อนวัดความดันโลหิต ท่านได้ตรวจสอบสายยางว่าพับ งอ		
12	ก่อนวัดความดันโลหิต ท่านได้ตรวจสอบข้อต่อระหว่างสายยางกับน้ำปีดสเกลและถูกยางต่อกันแน่น		
13	ท่านได้บีบลมที่ค้างในผ้าพันแขนออกจนหมด		
14	ท่านได้ให้ผู้ถูกวัดความดัน ได้นั่งพักก่อนวัดความดันอย่างน้อย 5 นาที		

ข้อที่	กิจกรรม	ทำ	ไม่ทำ
15	ท่านได้พันผ้าพันแขนเหนือข้อศอกอย่างน้อย 1 นิ้ว		
16	ท่านวางเครื่องวัดความดันโลหิต ในระดับสายตาของท่าน		
17	ท่านใช้หูฟังในการฟังวิทยุที่ข้อพันแขน ในการวัดความดันโลหิตทุกครั้ง		
18	ท่านบีบลูกยางให้ลมเข้าไปในผ้าพันแขน โดยให้ดันปรอทในเครื่องวัดได้ค่าอย่างน้อย 180 มิลลิเมตรปรอท		
19	ท่านค่อยๆคลายเกลียวลูกยางออกจากผ้าพันแขน โดยให้ปรอทค่อยๆลดลงช้าๆ		
20	ท่านให้คำแนะนำในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเสี่ยง		

ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินโครงการ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องไม่มี หากท่านไม่มีปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ แต่หากท่านมี
มีปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ โปรดระบุในช่องมีปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ข้อ	กิจกรรม	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ	
		ไม่มี	มีปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ (โปรดระบุ)
1.	การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ คัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	.....	1..... 2..... 3.....
2	ความร่วมมือการคัดกรองจาก ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	.....	1..... 2..... 3.....
3	การสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยในการคัดกรอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	.....	1..... 2..... 3.....
4	เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ประสานงานในการออก ดำเนินงานการคัดกรอง	.....	1..... 2..... 3.....

ข้อ	กิจกรรม	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ	
		ไม่มี	มีปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ (โปรดระบุ)
5	จำนวน อสม.ผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรอง	.....	1..... 2..... 3.....
6	วิธีการรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	.....	1..... 2..... 3.....
7	งบประมาณสนับสนุนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	.....	1..... 2..... 3.....
8	จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดีประชาสัมพันธ์ มีจำนวนเพียงพอ	.....	1..... 2..... 3.....
9	การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว	.....	1..... 2..... 3.....
10	วัสดุอุปกรณ์ในการรณรงค์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	.....	1..... 2..... 3.....
11	การกำหนด อสม.ผู้รับผิดชอบการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	.....	1..... 2..... 3.....
12	อสม.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ร่วมกันกำหนดแผนการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	.....	1..... 2..... 3.....

ข้อ	กิจกรรม	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ	
		ไม่มี	มีปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ (โปรดระบุ)
13	วิธีการรณรงค์โดยให้ กลุ่มเป้าหมายมารวมตัวกันที่จุด นัดหมายเพียงจุดเดียวเพื่อตรวจ คัดกรอง	.....	1..... 2..... 3.....
14	วิธีการส่งจดหมายนัดหมายแก่ กลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมายให้ มาตรวจคัดกรอง	.....	1..... 2..... 3.....
15	วิธีการตรวจคัดกรองด้วยแบบ คัดกรองด้วยวาจา	.....	1..... 2..... 3.....
16	วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัด กรองโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย	.....	1..... 2..... 3.....
17	อสม.ได้ประชาสัมพันธ์ โครงการให้กลุ่มเป้าหมายใน หมู่บ้าน	.....	1..... 2..... 3.....
18	อื่นๆ ..... ..... .....	.....	1..... 2..... 3.....

จบแบบสอบถาม

ขอขอบคุณ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ค
รายละเอียดข้อมูล

1. การประเมินผลการพัฒนาในด้านบริบท

ตารางที่ 1 ร้อยละของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านบริบท

		(n=322)				
ข้อที่	การพัฒนา ในด้านบริบท	ร้อยละความคิดเห็น				
		เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1	เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ชี้แจงให้ ท่านทราบถึงวัตถุประสงค์ของการ คัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง อย่างชัดเจน	0.3	4.7	15.5	43.8	35.7
2	การคัดกรองโรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง ได้รับความ ร่วมมือเป็นอย่างดีจากประชาชนที่ เป็นกลุ่มเป้าหมาย	0.3	3.4	21.8	51.3	24.2
3	ท่านได้รับการสนับสนุนในการออก ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	0	3.1	14.6	44.4	37.19
4	ได้รับการประสานงานในการออก ดำเนินงานการคัดกรอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต สูง จาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	0.6	3.7	12.1	41.7	41.9
5	การดำเนินการคัดกรอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต สูง เป็นการเพิ่มภาระงานของท่าน	32.3	23.9	23.3	16.5	4.0
6	การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สามารถลด การอัตราการเสียชีวิตจาก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	0	3.7	23.0	38.2	35.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อที่	การพัฒนา ในด้านบริบท	ร้อยละความคิดเห็น				
		เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
		(n=322)				
7	การณรงค์ สามารถเพิ่มจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง	0.3	4.0	19.6	40.1	36.0
8	อสม.มีความมั่นใจในการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง	0	0.3	17.7	52.5	29.5

2. การประเมินผลการพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า

ตารางที่ 2 ร้อยละของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านปัจจัยนำเข้า

ข้อที่	การพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า	ร้อยละความคิดเห็น				
		เหมาะสม น้อยที่สุด	เหมาะสม น้อย	เหมาะสม ปานกลาง	เหมาะสม มาก	เหมาะสม มากที่สุด
		(n=322)				
1	จำนวน อสม.ผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดัน มีความเพียงพอ	0	9.3	31.1	38.8	20.8
2	การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการรณรงค์มีความเหมาะสม	0	3.7	22.0	54.7	19.6
3	งบประมาณสนับสนุนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง	1.2	18.9	39.8	36.6	3.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อที่	การพัฒนาในด้านปัจจัยนำเข้า	ร้อยละความคิดเห็น				
		เหมาะสม	เหมาะสม	เหมาะสม	เหมาะสม	เหมาะสม
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4	สื่อประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรอง สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	0	7.2	18.6	56.5	17.7
5	จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดี ประชาสัมพันธ์ มีจำนวนเพียงพอ	1.6	16.8	36.6	32.9	12.1
6	หอกระจายข่าวที่ใช้การได้	0.3	4.4	24.5	49.7	21.1
7	อสม.มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย	3.4	5.3	22.7	41.9	26.7
8	แบบตรวจคัดกรองด้วยวาจา มีจำนวนเพียงพอ	1.6	6.5	27.3	50.9	13.7
9	เครื่องวัดความดันโลหิต มีจำนวนเพียงพอ	2.5	18.3	25.8	45.7	7.7
10	เครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด มีจำนวนเพียงพอ	5.0	24.5	23.3	37.0	10.2
11	เครื่องวัดความดันโลหิต สามารถใช้งานได้	0.6	10.3	29.2	44.4	15.5
12	เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถใช้งานได้	2.8	10.9	22.0	49.1	15.2

3. การประเมินผลการพัฒนาในด้านกระบวนการ

ตารางที่ 3 ร้อยละของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านกระบวนการ

ข้อที่	การพัฒนาในด้านกระบวนการ	ร้อยละความคิดเห็น (n=322)				
		ร้อยละความคิดเห็น				
		เหมาะสม น้อยที่สุด	เหมาะสม น้อย	เหมาะสม ปานกลาง	เหมาะสม มาก	เหมาะสม มากที่สุด
1	มีการกำหนด อสม.ผู้รับผิดชอบการ คัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน	0.3	5.0	27.23	49.7	17.7
2	อสม.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ ร่วมกันกำหนดแผนการตรวจคัด กรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	0.3	3.4	19.6	45.0	31.7
3	วิธีการรณรงค์โดยให้กลุ่มเป้าหมาย มารวมตัวกันที่จุดนัดหมายเพียงจุด เดียวเพื่อตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	0.6	3.7	20.5	52.2	23.0
4	วิธีการส่งจดหมายนัดหมายแก่ กลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมายให้มา ตรวจคัดกรอง	3.7	5.6	28.0	40.7	22.0
5	วิธีการตรวจคัดกรองด้วยแบบคัด กรองด้วยวาจา	4.0	9.0	27.6	54.7	4.7
6	วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย	0	4.7	20.8	55.6	18.9
7	อสม.ได้ประชาสัมพันธ์โครงการ ให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน	0.3	5.6	14.0	55.9	24.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อที่	การพัฒนาในด้านกระบวนการ	ร้อยละความคิดเห็น				
		เหมาะสม น้อยที่สุด	เหมาะสม น้อย	เหมาะสม ปานกลาง	เหมาะสม มาก	เหมาะสม มากที่สุด
8	อสม.ทุกคนเข้าร่วมดำเนินการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเป้าหมาย	0.9	4.7	13.7	51.2	29.5
9	อสม.ได้ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้มารับบริการตรวจคัดกรอง	2.2	5.9	22.4	47.8	21.7
10	การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ดำเนินการเฉพาะในช่วงเช้า มีความเหมาะสม	0.6	3.4	19.6	36.3	40.1
11	อสม.ได้แจ้งผลการตรวจคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตรวจคัดกรอง	2.2	1.2	19.0	54.0	23.6
12	อสม.มีการประเมินผลการดำเนินโครงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	1.2	5.3	18.4	48.4	26.7

(n=322)

4. การประเมินผลการพัฒนาในด้านผลผลิต

ตารางที่ 4 ร้อยละความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

(n=322)			
ข้อที่	เนื้อหา	ตอบถูก	ตอบผิด
1	สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนผิดปกติไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ	88.8	11.2
2	ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ น้ำหนักเกิน กรรมพันธุ์ ความเครียด การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น	93.2	6.8
3	อาการของโรคเบาหวาน สังเกตได้จากการมีปัสสาวะบ่อย และมีปริมาณมาก คอแห้ง กระจกตา กินจุ ผอมลง ชาปลายมือปลายเท้า คันตามผิวหนังและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นแผลหายยาก	98.8	1.2
4	ถ้าพ่อแม่เป็นโรคเบาหวาน ลูกต้องเป็นโรคเบาหวาน	50.3	49.7
5	ค่าระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 110 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่ออดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง แสดงว่าเป็นเบาหวาน	59.9	40.1
6	เบาหวานเป็นโรครักษาให้หายขาดได้	79.2	20.8
7	ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ควรได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทุกปี	92.2	7.8
8	คนที่กินอาหารมีรสหวานจัด มันจัด เค็มจัด มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน	94.4	5.6
9	ตามัว ตัวววม เท้าเน่า เจ็บหน้าอก เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	91.0	9.0
10	รอบเอวที่เหมาะสม ผู้ชายไม่เกิน 80 เซนติเมตร รอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 90 เซนติเมตร	64.6	35.4

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n=322)			
ข้อที่	เนื้อหา	ตอบถูก	ตอบผิด
11	การมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนลงพุง พ่อแม่พี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไขมันใน เลือดสูง และออกกำลังกายน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยง ของการเป็นโรคเบาหวาน	96.3	3.7
12	เราสามารถประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้ โดยประเมินจาก อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิตสูง และประวัติเบาหวานในพ่อ แม่ พี่น้อง	95.0	5.0
13	การออกกำลังกายน้อยสามารถลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้	91.6	8.4
14	โรคเบาหวานอาจทำให้เกิดโรคจอตาเสื่อม หรือโรคความดันโลหิตสูงได้	96.8	3.2
15	คนปกติจะมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า80-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	84.8	15.2

ตารางที่ 5 ร้อยละความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

(n=322)			
ข้อที่	เนื้อหา	ตอบถูก	ตอบผิด
1	โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้	59.3	40.7
2	โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้	65.8	34.2
3	โรคหัวใจเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	94.4	5.6
4	โรคอัมพฤกษ์/ อัมพาตเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	93.5	6.5
5	โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	73.6	26.4

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อที่	เนื้อหา	(n=322)	
		ตอบถูก	ตอบผิด
6	โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองแตกเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	93.2	6.8
7	การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	92.5	7.5
8	เมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน มักจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย	6.2	93.8
9	คนที่มีความเครียดสูง เป็นเวลานานๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	95.3	4.7
10	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	91.3	8.7
11	การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	91.9	8.1
12	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารเช้าและของหมักดองต่างๆ	93.8	6.2
13	ผงปรุงรสต่างๆ ที่ใช้ในการเพิ่มรสชาติอาหารเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	88.8	11.2
14	การควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีส่วนช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	46.3	53.7
15	การรับประทานผักสด และผลไม้ทุกชนิดสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้	88.8	11.2

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของความรู้การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

(n=322)		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ตอบถูก	ตอบผิด
1. ผู้ที่มีภาวะอ้วน คือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) เท่าใด	79.8	20.2
2. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ต้องงดน้ำงดอาหารอย่างน้อยกี่ชั่วโมง	70.5	29.5
3. หญิงที่มีประวัติคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกคลอด มากกว่ากี่กิโลกรัม ที่มีโอกาสเป็นเบาหวาน	71.1	28.9
4. ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยแบบคัดกรองด้วยวาจา ต้องมีข้อบ่งชี้อย่างน้อยกี่ข้อจึงจะตรวจน้ำตาลในเลือด	33.2	66.8
5. ระดับไขมันในเลือด(ไตรกลีเซอไรด์) เท่าใดที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน	31.4	68.6
6. กลุ่มประชากรที่ท่านควรวัดความดันโลหิต เพื่อค้นหาผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรมีอายุเท่าใด	92.5	7.5
7. บุคคลที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีระดับความดันโลหิตเท่าใด	58.4	41.6
8. บุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่บุคคลใด	59.3	40.7
9. ก่อนวัดความดันโลหิตทุกครั้ง ควรให้ผู้ที่ถูกวัดนั่งพักก่อนอย่างน้อยเท่าใด	31.4	68.6
10. การวัดความดันโลหิตเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตามแนวทางการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง วัดอย่างไรจึงจะถูกต้อง	19.3	80.7

ตารางที่ 7 ร้อยละการปฏิบัติงานการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิต การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

		(n=322)	
ข้อที่	กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	ท่านทำการวัดรอบเอวผู้ที่มาตรวจคัดกรอง ทุกครั้ง	97.5	2.5
2	การวัดรอบเอว ท่าน ได้วัดรอบเอวระดับสะดือ ทุกครั้ง	76.8	23.3
3	ท่านตรวจดูเข็มหน้าปัดของตาชั่งก่อนทำการชั่งน้ำหนักทุกครั้ง	99.7	0.3
4	ท่านได้สอบถามว่าผู้ที่คัดกรองเป็นผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่	98.8	1.2
5	ท่านได้สอบถามผู้ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดว่าได้ดื่มน้ำด อาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทุกคน	97.8	2.2
6	ท่านได้ทำความสะอาดปลายนิ้ว ที่จะเจาะเลือดด้วยสำลีชุบ แอลกอฮอล์ 70 % ให้เปียกก่อนการเจาะปลายนิ้ว ทุกครั้ง	94.4	5.6
7	ท่านได้ดำเนินการคัดกรอง ดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับองค์กร อื่นในชุมชน	94.4	5.6
8	ท่านแจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือด แก่ผู้รับการตรวจ ทุกครั้ง	96.0	4.0
9	ท่านนัดหมายให้ผู้ที่มึระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มาตรวจซ้ำอีก 1 เดือน ทุกครั้ง	95.0	5.0
10	ท่านได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานพื้นที่รับผิดชอบ	47.2	52.8
11	ก่อนวัดความดันโลหิต ท่านได้ตรวจดูสายยางว่าพับ งอ	93.5	6.5
12	ก่อนวัดความดันโลหิต ท่านได้ตรวจดูข้อต่อระหว่างสายยาง กับน้ำปีดสเกลและลูกยางต่อกันแน่น	93.8	6.2
13	ท่านได้บีบลมที่ค้างในผ้าพันแขนออกจนหมด	94.4	5.6
14	ท่านได้ให้ผู้ถูกวัดความดันได้นั่งพักก่อนวัดความดันอย่างน้อย 5 นาที	90.1	9.9
15	ท่านได้พันผ้าพันแขนเหนือข้อศอกอย่างน้อย 1 นิ้ว	91.0	9.0
16	ท่านวางเครื่องวัดความดันโลหิต ในระดับสายตาของท่าน	93.2	6.8
17	ท่านใช้หูฟังในการฟังชีพจรที่ข้อพับแขน ในการวัดความดันโลหิต ทุกครั้ง	83.5	16.5

ตารางที่ 7 (ต่อ)

(n=322)			
ข้อที่	กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
18	ท่านเก็บลูกยางให้ลมเข้าไปในผ้าพันแขน โดยให้ดันปรอทในเครื่องวัดได้ค่าน้อย 180 มิลลิเมตรปรอท	79.5	20.5
19	ท่านค่อยๆคลายเกลียวลูกยางออกจากผ้าพันแขน โดยให้ปรอทค่อยๆลดลงช้าๆ	90.7	9.3
20	ท่านให้คำแนะนำในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเสี่ยง	95.3	4.7

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการพัฒนา

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนา

(n= 322)		
ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินโครงการ	จำนวน	ร้อยละ
1.จำนวน อสม.ผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรอง	14	4.35
2.กลุ่มเป้าหมายเดินทางไปทำงานที่อื่น	7	2.17
3.งบประมาณสนับสนุนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	44	13.66
4.จำนวนสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดีประชาสัมพันธ์ มีจำนวนไม่เพียงพอ	36	11.18
5.ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการรณรงค์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	21	6.52
6.ไม่มีระบบการดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด ทำให้ชำรุดได้ง่าย	13	4.04

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สาขาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

(n= 322)		
ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
1.ควรจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์	12	3.73
2.ควรมีอุปกรณ์ในการณรงค์ครบทุกหมู่บ้าน	48	14.91
3.ควรจัดหาของชำร่วยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรอง	17	5.28
4.ควรจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่ติดตามทางแยกสำคัญ	8	2.48
5.ควรจัดทำแผ่นซีดีประชาสัมพันธ์	6	1.86
6.ควรมีงบประมาณในการจัดทำอาหารเข้าให้กับผู้มารับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	21	6.52
7.อสม.ทุกคนต้องมาช่วยกันคัดกรอง เนื่องจากการณรงค์จะมีผู้มารับบริการพร้อมกันจำนวนมาก	11	3.42
8.องค์การบริหารส่วนตำบลควรสนับสนุนงบประมาณในการซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดให้ครบทุกหมู่บ้าน	27	8.39
9.ควรมีการประกวดการทำงานของ อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	7	2.17
10.ควรเพิ่มระยะเวลาการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญ เป็น 3-5 วัน	6	1.86
11.จนท.สาธารณสุขควรเข้าร่วมกิจกรรมการคัดกรองร่วมกับอสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	5	1.55
12.ควรมีการอบรมเพื่อเพิ่มจำนวน อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	5	1.55

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรณีกา กาวิวงศ์ (2549) “การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย” การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552) *คู่มือหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข ปีพุทธศักราช 2552* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550) *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปี พุทธศักราช 2550* กรุงเทพมหานคร เริดิเอชั่น
- กระทรวงสาธารณสุข (2536) *แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า* เอกสารประกอบการบรรยายโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (ม.ป.ท.:ม.ป.พ.)
- กระทรวงสาธารณสุข (2545) *สถิติสาธารณสุข ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข*
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ (2547) *คู่มือแนวทางการดำเนินงานเป้าหมาย ตัวชี้วัดการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ*
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ (2552) “รายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” (<http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>)
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ (2550) *อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป* สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- จันทร์หา วีระสมบุรณ์ (2543) “การประเมินโครงการผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี” *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 8,1
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2531) *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุข* เอกสารประกอบการสัมมนาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1 วันที่ 12-15 กันยายน 2531 กรุงเทพมหานคร
- เทพ หิมะทองคำ (2548) *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบุรณ์* พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร วิทยพัฒน์

- ทัศนพร ชูศักดิ์ (2546) “ผลการฝึกอบรม โดยใช้การเรียนรู้แบบร่วมมือที่มีต่อความรู้ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์” ปรินญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
- ชิตติ สนับบุญ (2543) *โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น
- นกร มุลนำ (2541) “การประเมินผลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอคอดอยเต่า จังหวัด เชียงใหม่” การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นิตยา อุ้นบัว (2549) “การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง กรณีศึกษาเฉพาะเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร” ปรินญานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- บัญญัติ สุขศรีงาม (2550) การอยู่อย่างโดดเด่นเดียวดายกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รวมบทความรายการก้าวไกลในโลกกว้าง เล่มที่ 8 กรุงเทพมหานคร สุจิตต์วัฒน์ เทรคดิ่ง
- บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) “การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสุขภาพ ภาคประชาชน อำเภอเขาสวนกวางจังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ปราณี มหามบุญปิติ (2548) “การทดลองยุทธศาสตร์การฝึกอบรมโดยใช้เทคนิคเพื่อสร้างพลัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเผยแพร่ระบบบริการการแพทย์ จุกเงิน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์ การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- พาณี จินดาวงศ์ (2541) *การประเมินโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียนสามัคคีวิทยา 2 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย*
- พิชัย บุญมาหนองถู (2545) “การพัฒนาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการใน กระบวนการฝึกอบรม” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ยุทธ ไกรวรรณ (2545) *พื้นฐานการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 4* กรุงเทพมหานคร สุวีริยาสาส์น
- เยาวดี ราชชัยกุลวิบูลย์ศรี (2542) *การประเมินผลโครงการ: แนวคิดและแนวปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ละมัย ภูริบัญชา กัณหา เกียรติสุด และกรรณิการั ตถณวุฒิพงษ์ (2548) “การศึกษาเพื่อพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมความโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของ หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2547” วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 12(4):61-72
- ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล (2538) “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์” วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- วนิดา วิระกุล และ ถวิล เลิกชัยภูมิ (2543) “รายงานผลการศึกษาการประเมินศักยภาพการพึ่งตนเอง ด้านสาธารณสุขของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานากรรม
- วนิดา วิระกุล (2546) “รายงานการประเมินผลเรื่องการประเมินศักยภาพและการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายเลปโตสไปโรซิส ระดับตำบล” ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานากรรม
- ศรีสุดา ลุนพุมิ (2550) “การพัฒนาการคัดกรองโรคเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน” วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุกัญญา สายสร (2543) การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงราย วารสารกรมการแพทย์ 25,1
- ศุภวรรณ มโนสุนทร (2542) การพยาบาลโรคเบาหวาน: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และ ปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย
- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2550) “อบรม อสม. เชี่ยวชาญ รุ่นที่ 2 รณรงค์ตรวจเต้านมด้วยตนเอง มะเร็งไม่ถามหา” วารสารสุขภาพภาค ประชาชน ภาคอีสาน 22 , (ตุลาคม-ธันวาคม) : 5-6
- สมเกียรติ เลิศสกุล (2543) “การส่งเสริมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดบุรีรัมย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สมคิด พรหมจ้อย (2544) เทคนิคการประเมินโครงการ สุพรรณบุรี โรงพิมพ์ ออฟเซท อาร์ท ออโตเมชั่น
- สมภพ สุทัศน์วิริยะ (2546) “การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่องการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ” วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัย และพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

- สมพันธ์ หิญชีระนันท์ ปิยะพรรณ เทียนทอง และมารยาท โยทองยศ (2546) “การประเมินผลโครงการค่ายบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแล”
วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเดียน 9,3 (กันยายน-ธันวาคม) : 26-33
- สมศักดิ์ ทราเงิน (2549) “การประเมินโครงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลแม่ข่ม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน” การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุทิน ศรีอัญญาพร (2544) “วิธีการวินิจฉัย และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานแบบใหม่”
วารคดี 17,12
- สิริรัตน์ ผิวคำ (2551) “ผลการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพในการบริหารร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษา เขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครพนม” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ (2543) บทพรรณานุกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วารสารคดี (พฤษภาคม) แสงเทียน อัจฉิมางกูร สุจินดา สุขกำเนิด ศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมางกูร กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์ (2549) โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2542) คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ รสพ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2544) “การวิจัยประเมินผลโครงการเร่งรัดป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2542-2543” ขอนแก่น ม.ป.ท.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (2552) “รายงานความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง”
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (2552) “รายงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม”
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

- สำเร็จ จันทรสวรรณ และ สุวรรณ บัวทวน (2544) สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์
 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- หนึ่งฤทัย มโนชัย (2547) “การประเมินผลโครงการประชามสุขภาพตำบลคอนหวาน
 อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อารี บุตรสอน (2545) “การศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 จังหวัดศรีสะเกษ” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันราชภัฏสุรินทร์
- อัจฉริยา บุญยะคงรัตน์ (2544) “ผลของการบริการการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและ
 เบาหวาน โดยประชาชนมีส่วนร่วมต่ออัตราการใช้บริการ และความพึงพอใจของ
 ผู้ใช้บริการ อำเภอหันคา ชัยนาท” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายชาติ ยะวร
วัน เดือน ปีเกิด	6 สิงหาคม 2516
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	- สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2540 - ครุศาสตรบัณฑิต วิชาเอกเคมี สถาบันราชภัฏมหาสารคาม พ.ศ. 2540 - นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2547 - สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2552
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ