



รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
THE INTEGRATIVE HEALTH MANAGEMENT MODEL FOR HYPERTENSIVE PATIENTS



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพลศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE INTEGRATIVE HEALTH MANAGEMENT MODEL FOR HYPERTENSIVE PATIENTS



SAIFON TANTAYOTHIN

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF EDUCATION
(Health Education & Physical Education)

Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปฏิญานิพนธ์
เรื่อง
รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ของ
สายฝน ตันตะโยธิน

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
 ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพลศึกษา
 ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปฏิญานิพนธ์

<p>..... ที่ปรึกษาหลัก</p> <p>(อาจารย์ ดร.อนันต์ มาลารัตน์)</p>	<p>..... ประธาน</p> <p>(ศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์)</p>
<p>..... ที่ปรึกษาร่วม</p> <p>(อาจารย์ ดร.สิงหา จันทน์ขาว)</p>	<p>..... กรรมการ</p> <p>(อาจารย์ ดร.ภาณุ กุศลวงศ์)</p>

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ผู้วิจัย	สายฝน ตันตะโยธิน
ปริญญา	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2564
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. อนันต์ มลารัตน์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. สิงหา จันทน์ขาว

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวทางของ เคมีมิส และแมกทากาด (Kemmis; & Mc Taggart. 1990) ร่วมกับเทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งพัฒนาผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวทางของ ADKAR Model ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ผู้ดูแล จำนวน 16 คน และทีมจัดการสุขภาพในชุมชน จำนวน 10 คน และ โดยเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการให้ตอบแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกชัน และการทดสอบแมน - วิทนีย ยู ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัยได้รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 รูปแบบย่อย ได้แก่ 1)รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) รูปแบบการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน 3) รูปแบบการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆในชุมชน 4) รูปแบบของกระบวนการทำงานในชุมชน 5) รูปแบบของการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินการ โดยผลของการใช้รูปแบบจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความตระหนักรู้ ความปรารถนา ความรู้ ความสามารถ และการเสริมแรงสนับสนุนดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการวิจัย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. และระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการวิจัย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

คำสำคัญ : การจัดการสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, รูปแบบ, บูรณาการ

Title	THE INTEGRATIVE HEALTH MANAGEMENT MODEL FOR HYPERTENSIVE PATIENTS
Author	SAIFON TANTAYOTHIN
Degree	DOCTOR OF EDUCATION
Academic Year	2021
Thesis Advisor	Dr. Anan Malarat
Co Advisor	Dr Singha Chankhaw

This study is a participatory action research. The purpose is to construct an integrative health management model for hypertensive patients based on the research of Kemmis and McTaggart and the model of Appreciation Influence Control (AIC). The objectives are to develop an integrative health management model for hypertensive patients, especially the developmental concepts based on the ADKAR model. The samples used in this study were comprised of 16 hypertensive patients, 16 caregivers, and 10 people on the community health management team. The data collection was made by group discussions, interviews, and surveys. The qualitative analysis was interpreted by content analysis. The quantitative analysis was done by descriptive statistics, and the Wilcoxon-Mann-Whitney U test at a significance level of 0.05. The investigation revealed that the integrative health management model for hypertensive patients was comprised of five sub-models: (1) Networking for Behavior Change model (NBC); (2) Health Service Support model (HSS); (3) Community Participation and Support model (CPS); (4) Community Working Process model (CUP); and (5) Achieving Goal in Overall Model (AGO). The model was then implemented and evaluated for its effectiveness. The results showed that the hypertensive patients and caregivers had more awareness, desires, knowledge, ability, and also reinforcement compared to those prior to the investigation. The patients also had behaviors aligned with the three Aor 2 Sor 1 Yor and a proper level of hypertension at a statistically significant level of 0.05.

Keyword : Health management, Hypertension, Integrative, Patterns

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ ความเมตตา ของ อาจารย์ ดร. อนันต์ มาลารัตน์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ อาจารย์ ดร. สิงหา จันทน์ขาว อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตรวจสอบ ให้กำลังใจ และแก้ไข ร่างปริญญาานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. เอมอัชฌา วัฒนบุรณนที ที่กรุณาให้เกียรติ เป็นประธานโดยมี อาจารย์ ดร.ภาณุ กุศลวงค์ เป็นกรรมการในการสอบปริญญาานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณา ตรวจสอบแก้ไขปริญญาานิพนธ์นี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาธิต ประจันบาญ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการ ขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการทำปริญญาานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงไป ด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. รัชก คชไกร รองศาสตราจารย์ ดร. อัสรา ประเสริฐสิน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล อาจารย์ ดร. เมทนี ระดาบุตร และ อาจารย์ กาญจนา อนุตริยะ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพลศึกษาทุกท่านที่ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ กรุณาแก้ไข ให้ประสบความสำเร็จของการศึกษาตามเป้าหมาย และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลวัดคลองขวาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน หมู่ที่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณครอบครัว ที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ แก้ไขปัญหาอุปสรรค ในการทำปริญญาานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้เขียนขอโน้มรำลึกถึงบารมีของคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายใน สากลโลก ที่พึงให้ผู้เขียนมีสติปัญญาในการจัดทำปริญญาานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอให้ เป็น กตเวทิตาแต่บิดา มารดา ครอบครัวของผู้วิจัย ตลอดจนผู้เขียนหนังสือ และบทความต่างๆ ที่เป็น แหล่งความรู้แก่ผู้วิจัยจนสามารถทำให้ปริญญาานิพนธ์นี้สำเร็จด้วยดี

สายฝน ตันตะโยธิน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง	1
ปัญหาการวิจัย	4
คำถามการวิจัย.....	4
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษา.....	7
ขอบเขตด้านตัวแปร ประกอบไปด้วย.....	7
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
สมมติฐานในการวิจัย.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1.ทฤษฎีโรคความดันโลหิตสูง	12

2.แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมด้าน อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การงดดื่มสุรา การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยา	15
3.แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและการวินิจฉัยชุมชน (Community Participatory and Community Diagnosis)	16
4.แนวคิดแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR MODEL)	31
5.การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)	38
6.เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
6.1 งานวิจัยในประเทศ	44
6.2 งานวิจัยต่างประเทศ	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชนและการจัดการสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ...	56
ขั้นตอนที่ 2 ศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	60
ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	84
ตอนที่ 1 ผลการศึกษาบริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	85
ตอนที่ 2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	135
ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	148
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	177
ความมุ่งหมายการวิจัย	177
วิธีดำเนินการวิจัย	177

สรุปผลการวิจัย.....	179
อภิปรายผล	188
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	199
บรรณานุกรม	200
ภาคผนวก.....	203
ประวัติผู้เขียน.....	272



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป	12
ตาราง 2 การเปรียบเทียบการประเมินผล การควบคุมกำกับ และการนิเทศงาน	23
ตาราง 3 สื่อที่ใช้รายงานผลการประเมินผล	26
ตาราง 4 ขั้นตอนและภารกิจหลักในการประชุม AIC	62
ตาราง 5 กิจกรรมในการขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (A1) ครั้งที่ 1	65
ตาราง 6 กิจกรรมในการขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (A1) ครั้งที่ 2	65
ตาราง 7 กิจกรรมในการขั้นตอนที่ 6 ปฏิบัติตามแผน (A2) วงรอบที่ 2	68
ตาราง 8 สรุปเครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนการวิจัย	76
ตาราง 9 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่าย และค่าความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ	79
ตาราง 10 ผลการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน ของชุมชนบ้านคลองขวาง ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพชุมชน (เมื่อเริ่มต้น กระบวนการวิจัย)	93
ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	120
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการ ตระหนักรู้ และ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และ ภาพรวม (n = 32)	123
ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพด้านความปรารถนาและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความปรารถนา ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และ ภาพรวม (n = 32)	125

ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม (n = 32)	126
ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความสามารถการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=32)	129
ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรม และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ ของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม (n=32)	130
ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม (n=32)	132
ตาราง 18 กลยุทธ์พัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม (วงรอบที่ 1)	140
ตาราง 19 กลยุทธ์พัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม (วงรอบที่ 2)	142
ตาราง 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม	149
ตาราง 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความปรารถนาและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม	153
ตาราง 22 จำนวนและ ร้อยละของความรู้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้(Knowledge) และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ ภาพรวม	156

ตาราง 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความสามารถ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายชื่อและภาพรวม	160
ตาราง 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนน และ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้า ร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายชื่อ และภาพรวม.....	163
ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนน และ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของ ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายชื่อ.....	167
ตาราง 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายชื่อ (n = 32)...	170
ตาราง 27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต เมื่อก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วม กิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=32)	173

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	11
ภาพประกอบ 2 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	16
ภาพประกอบ 3 การประเมินผลโครงการ.....	22
ภาพประกอบ 4 องค์ประกอบการประเมินผลโครงการ	24
ภาพประกอบ 5 รูปแบบการประเมิน CIPP Model.....	26
ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการสาธารณสุขในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ..	27
ภาพประกอบ 7 โมเดลบริหารการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR MODEL)	37
ภาพประกอบ 8 วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	38
ภาพประกอบ 9 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	55
ภาพประกอบ 10 รายละเอียดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัย.....	56
ภาพประกอบ 11 ขั้นตอนศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในวงรอบที่ 1.....	61
ภาพประกอบ 12 ขั้นตอนศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในวงรอบที่ 2.....	67
ภาพประกอบ 13 ประเด็นของบริบทชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3.....	85
ภาพประกอบ 14 ผังประวัติศาสตร์ชุมชนบ้านคลองขวาง	86
ภาพประกอบ 15 ลักษณะภูมิประเทศชุมชนบ้านคลองขวาง.....	87
ภาพประกอบ 16 แผนที่ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.....	88
ภาพประกอบ 17 สภาพถนนภายในชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3	89
ภาพประกอบ 18 ร้อยละของประชากรชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3 จำแนกตามเพศและช่วงอายุ	90
ภาพประกอบ 19 ผังโครงสร้างองค์กรชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3.....	92
ภาพประกอบ 20 รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	147

ภาพประกอบ 21 รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 174



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเกิดโรคต่างๆ เพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลต่อการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นเป็นอย่างมาก แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ปี 2554-2563 (สำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของประชาชนจากการบริโภคอาหารและหารดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน รสมัน รสเค็ม มากเกินไป มีการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การขาดออกกำลังกาย บุคคลไม่สามารถดูแลอารมณ์และจัดการปัญหาความเครียดของตนเอง มักมีการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โรคอ้วน เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตที่ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ ได้แก่กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป้าหมายหลักคือการลดอัตราการเกิดโรคดังกล่าวข้างต้น ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การจัดการอารมณ์ได้

องค์การอนามัยโลก (2559) รายงานว่าปัจจุบันโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่ามีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และพบว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ใน 3 คน จะพบ 1 คน มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยในปี 2568 คาดการณ์ว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 1.56 พันล้านคน จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่า ประมาณ 4 ใน 10 คน ของวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี จะมีความดันโลหิตสูงและในหลายๆ ประเทศทั่วโลกพบว่า 1 ใน 5 คน เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และมีการประมาณว่า 9 ใน 10 ของวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุไปจนถึง 80 ปี จะป่วยเป็นโรคนี้

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้สำรวจพบว่า ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถจัดการตนเองที่ทำให้ค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มีจำนวนไม่ถึงร้อยละ 20 ปัญหาของการควบคุมระดับความดันโลหิตเกิดจากการคิดว่าการป่วยของตนเองปกติแล้วหยุดรับประทานยาเองไม่ไปพบแพทย์ รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันและเกลือสูง ขาดการออกกำลังกาย มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วย เมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้านยังคงมีการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรงและเสียชีวิตในที่สุด (กรมควบคุมโรค, 2558) โดยที่สาเหตุหลักที่ทำให้ประชาชนทั่วโลกมีการเสียชีวิตในอายุน้อยและ

ยังคงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง เป็นฆาตกรเงียบ (silent killer) เป็นโรคที่ไม่มีสัญญาณเตือนถึงอาการและอาการแสดงของโรค ผู้คนจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง ได้แก่ หัวใจและโรคไตวายได้ ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนหลายชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) และโรคไตวาย (renal failure) เป็นต้น จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด ของจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 4 ตั้งแต่ ในปี 2560 พบว่า จังหวัดนนทบุรีมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงสุดโดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 657.48 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคบาตวิทยา, 2560) ในปี พ.ศ. 2559 เขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี มีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1,100.74 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 1,023.54 ต่อแสนประชากร (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและเทคโนโลยี, 2561)

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และปล่อยให้สูงเป็นเวลานานจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การควบคุมความดันโลหิตเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยต้องจัดการด้วยตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตให้เหมาะสมได้แก่ พฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ และควบคุมโรคด้วยยา ทั้งนี้การที่บุคคลจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยที่แบบจำลองการจัดการความเปลี่ยนแปลงบุคคลของโมเดล ADKAR (Hiatt, 2006) ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางการจัดการความเปลี่ยนแปลงให้ทั้งปัจเจกบุคคลและชุมชน ได้แก่ การสร้างการตระหนักรู้ (Awareness) ถึงความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงตนเอง การตระหนักรู้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลรับรู้และเข้าใจถึงลักษณะของการที่จะจัดการกับปัญหาตนเอง ทำไมจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงที่มาจากที่ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงตนเอง การเกิดความตระหนักรู้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการจัดการปัญหาตนเอง และมีความปรารถนา (Desire) ที่จะมีส่วนร่วมและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงตนเอง การจะประสบผลลัพธ์ที่ดีได้นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบในด้านความรู้ (Knowledge) ในการที่จะจัดการสุขภาพตนเองที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงตนเองสำเร็จ อีกทั้งจะต้องมีการสร้างทักษะความสามารถ (Ability) ที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงให้เกิดผลสำเร็จในระดับที่ตั้งเป้าหมายไว้ และยังต้องมีการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) ของ

ครอบครัวและชุมชน ที่ช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงต่อบุคคลหรือชุมชนได้ (Hiatt, 2006) นอกจากนี้ การที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอันนำสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการจัดการปัญหาสุขภาพนั้น โดยผู้วิจัยได้นำเทคนิคกระบวนการ เอไอซี (Appreciation influence control) ซึ่งเป็นเทคนิคที่จะสามารถให้ประชาชนมาร่วมกันในการวางแผนแก้ไขปัญหา ซึ่งเทคนิคนี้เป็นเทคนิคที่มีความสามารถทำให้ของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดแก้ไขปัญหารวมทั้งการวางแผนพัฒนาชุมชนที่ตนเองอาศัย ประกอบกับได้นำแนวคิดของกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งจะประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความร่วมมือกัน (Collaborative) ของเครือข่ายชุมชนในทุกกิจกรรม 2) การเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (Group dynamic) โดยการปฏิบัติงานจะใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการ 3) การสะท้อนผลตามวงจรบันไดเวียน (Spiral of reflective) โดยกำหนดประเด็นที่สนใจร่วมกันและดำเนินการโดยยึดหลัก 4 ประการ ที่เป็นวงจร คือ 1) การจัดทำแผน (Plan) เพื่อนำเอาปัญหามาวางแผนแก้ไขและแนวทางการวางแผนต้องมีความยืดหยุ่น และสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนที่กำหนดไว้ได้ 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ 3) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) เป็นการสังเกตการณ์ด้วยเทคนิคต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินการ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นการทบทวนการปฏิบัติเพื่อพัฒนาการในวงรอบต่อไป (Kemmis; & McTaggart, 1988) โดยที่ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแนวคิดและกระบวนการข้างต้นมาบูรณาการในการดำเนินการวิจัยเพื่อสังเคราะห์ให้เกิดรูปแบบการจัดการสุขภาพที่มีการบูรณาการและเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ และรูปแบบนี้ ควรมีองค์ประกอบและกระบวนการ ตลอดจนกิจกรรมในการดำเนินงานอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อควบคุมโรคให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จากการศึกษาจากการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 พบว่าผู้ป่วยระดับความดันโลหิตสูง มีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารประเภททอด ของหมักดอง การใช้ผงชูรสในการปรุงอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 60.0 การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เป็นประจำ ร้อยละ 41.0 และไม่มีการออกกำลังกายร้อยละ 56.0 และเมื่อตรวจสอบประวัติผู้ป่วยจากเวช

ระเบียบจำนวน 20 ราย พบว่า ร้อยละ 41 มีค่าความดันโลหิตมากกว่าเกณฑ์(140/90 มิลลิเมตรปรอท) (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง, 2562) ผู้วิจัยจึงจะนำแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ แนวคิดการจัดการความเปลี่ยนแปลงบุคคลของโมเดล ADKAR เทคนิคเอไอซี กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และการรับประทานยา มาบูรณาการการดำเนินการร่วมกับชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนจากโรค
2. ผู้ดูแลยังไม่สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

คำถามการวิจัย

1. บริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในมิติของระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ปัจจุบันเป็นอย่างไร
2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายเพื่อนำไปสู่การสร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยควรอย่างไร
3. รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยที่สร้างและพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลได้หรือไม่

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ตั้งความมุ่งหมายหลักเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกำหนดความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัยที่สอดคล้องกับคำถามการวิจัย โดยมี 3 ข้อ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในปัจจุบัน

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการสร้าง และพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยเชิงบูรณาการที่มีประสิทธิผล สามารถสร้างเสริมพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. 1ย. ของผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้นได้

2. ผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ สามารถที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงขึ้น และ/หรือ สามารถลดความดันโลหิตให้ลดลงได้

3. เป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุข รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมในผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย ดังนี้

ขอบเขตด้านพื้นที่หรือสนามศึกษา (setting) ประกอบด้วย

สนามศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ชุมชนคลองขวาง หมู่ที่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอนาทม จังหวัดนันทบุรี

ขอบเขตด้านผู้เข้าร่วมวิจัย (Participants)

ผู้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี หรือเคยมี ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่มีการแทรกซ้อน

2) ผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการติดตามการรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง

3) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาและควบคุมการรักษาโดยแพทย์

4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและสามารถเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) มีความประสงค์ที่จะออกจากการทดลอง

2) มีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้ หากเข้าร่วมกิจกรรม

3) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้จนครบถ้วนตามระยะเวลา และ/หรือ จำนวนกิจกรรมที่กำหนด

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและสามารถเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) มีความประสงค์ที่จะออกจากการทดลอง

2) เข้าร่วมการทดลองไม่ได้จนครบถ้วนตามระยะเวลา และ/หรือจำนวนกิจกรรมที่กำหนด

3. ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน รวมจำนวน 10 คน ทั้งหมดนี้ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์และเกี่ยวข้องในการทำหน้าที่การดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ศึกษา หรือ

2) เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย แนวทาง ในการดูแลผู้ป่วย

3) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและสามารถเข้าร่วม ตลอดกระบวนการวิจัย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ที่จะออกจากการทดลอง
- 2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้จนครบถ้วนตาม ระยะเวลา และ/หรือจำนวนกิจกรรมที่กำหนด

ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาในการวิจัย จำนวน 12 เดือน ตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - 31 มีนาคม 2565 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของชุมชนที่เป็น กรณีสึกษา จำนวน 2 เดือน (1 เมษายน 2564 - 31 พฤษภาคม 2564)

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่าย จำนวน 8 เดือน (1 มิถุนายน 2564 - 31 มกราคม 2565)

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ จำนวน 2 เดือน (1 กุมภาพันธ์ 2565 - 31 มีนาคม 2565)

ขอบเขตด้านตัวแปร ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของชุมชน

1.1 ตัวแปร ประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนN
- พฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลัก 3 อ.2 ส.1ย.
- กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล(ADKAR)
- ระดับความดันโลหิต

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่าย

2.1 ตัวแปร ประกอบด้วย

- กระบวนการวางแผน
- กิจกรรมตามแผน

- พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3 อ.2 ส.1ย.
- กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล(ADKAR)
- การมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วย

3.1 ตัวแปร ประกอบด้วย

- กระบวนการวางแผน
- กิจกรรมตามแผน
- พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3 อ.2 ส.1ย.
- กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล(ADKAR)
- ระดับความดันโลหิต
- การมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อตกลงเบื้องต้น

การเก็บข้อมูลจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย มีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยมีการจัดประชุมอบรมเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย เพื่อซักซ้อมความเข้าใจ จัดประสบการณ์ ตลอดจนแนวทางการจัดกิจกรรมต่างๆ ในกระบวนการวิจัยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยฯ ที่มีติดตามการรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง และได้รับการดูแลรักษาและควบคุมการรักษาโดยแพทย์

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง คือ สมาชิกในครัวเรือนที่ให้การช่วยเหลือประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยฯ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

ทีมจัดการสุขภาพชุมชน หมายถึง ทีมงานที่ดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ ผู้นำชุมชน

รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลัก 3 อ. 2 ส.1ย. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และการรับประทานยา โดยมุ่งพัฒนาผู้ป่วย ผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย

ในชุมชนที่เกี่ยวข้องก่อให้เกิดความสามารถตามแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของ ADKAR Model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย.ที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ได้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2ส. 1 ย. หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดย อ. ที่ 1 (อาหาร) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับ งดหรือลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การงดการรับประทานชา กาแฟ ควรมีผักหรือผลไม้ในอาหารทุกมื้อ อ. ที่ 2 (ออกกำลังกาย) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน อ. ที่ 3 (อารมณ์) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการทำจิตใจให้แจ่มใส การผ่อนคลาย ความเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ สามารถจัดการหรือหาทางแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ ส.ที่ 1 (ไม่สูบบุหรี่) หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีการไม่สูบบุหรี่ ซิการ์ ยามวน ยาเส้น และเหล็กเลี้ยงควันบุหรี่ และ ส. ที่ 2 คือ (งดการดื่มสุรา) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการงดการดื่มสุรา เบียร์ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ 1 ย. (การรับประทานยา) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการกินยาตามแผนการรักษา การรับการตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนของตนเอง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล (ADKAR) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆได้แก่ด้านการตระหนักรู้ในปัญหาสุขภาพในความจำเป็นที่จะเปลี่ยนแปลงความปรารถนา (Awareness)หรือความต้องการในการที่จะเปลี่ยนแปลง(Desire) ความรู้ในการที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Knowledge) ความสามารถในการที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Ability) การเสริมแรงสนับสนุน ในการที่จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน (Reinforcement)

ระดับความดันโลหิต หมายถึง ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท

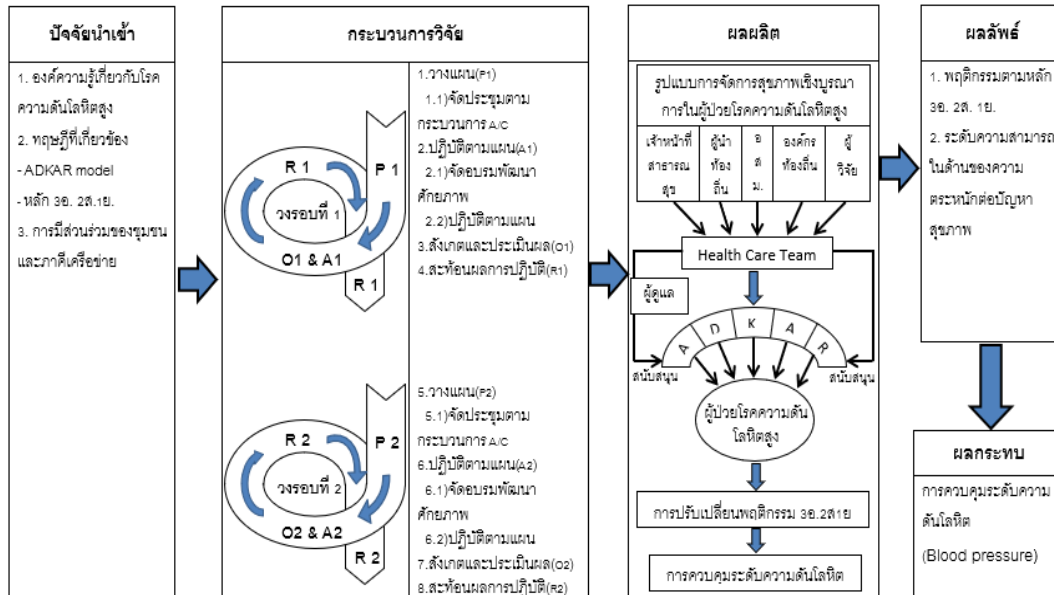
การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมจัดการสุขภาพ ชุมชน ผู้นำชุมชน อสม จิตอาสา เครือข่ายในชุมชน และประชาชน ในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนตั้งแต่ การศึกษาชุมชนที่เป็นกรณีศึกษา การพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่าย การประเมินผลการพัฒนาร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย และการถอดบทเรียนเพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้

บริบทของชุมชน หมายถึง ข้อมูลด้านโครงสร้างพื้นฐาน ลักษณะภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ลักษณะประชากร โครงสร้างองค์กรชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน ระบบสุขภาพ ชุมชน ลักษณะของชุมชน และกิจกรรมที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฯ รวมทั้งหมดที่อยู่ในชุมชน

กระบวนการวางแผน หมายถึง กระบวนการวางแผนในการการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ตามหลัก 3 อ.2 ส.1ย. โดยมุ่งพัฒนาผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดความสามารถตามแนวทางการพัฒนาของ ADKAR Model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. ที่ดีและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ได้

กิจกรรมตามแผน หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลัก 3อ.2ส.1ย โดยมุ่งพัฒนาผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดความสามารถตามแนวทางการพัฒนาของ ADKAR Model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. ที่ดีและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ได้





ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

กำหนดสมมติฐานการวิจัยเฉพาะกระบวนการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ดังนี้

1. เมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัยผู้ดูแลและผู้ป่วยมีพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย ไม่แตกต่างกัน
2. เมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัยผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ADKAR) ไม่แตกต่างกัน
3. เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ผู้ดูแล ผู้ป่วยและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR) ดีกว่าเมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย
4. เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยผู้ป่วยมีพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. ดีกว่าเมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย
5. เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ทฤษฎีโรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมตามสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participatory)
4. แนวคิดแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR Model)
5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1.ทฤษฎีโรคความดันโลหิตสูง

จำแนกตามระดับความดันโลหิต หรือ สาเหตุ และความรุนแรง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. จำแนกตามความรุนแรง
การจำแนกความรุนแรงของโรคใช้ โดยมีรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

Category	SBP(มม.ปรอท)		DBP(มม.ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High Normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Hypertension ระดับ1	140-159	และ/หรือ	90-99
Hypertension ระดับ2	160-179	และ/หรือ	100-109
Hypertension ระดับ3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 180
Isolated Systolic Hypertension(ISH)	≥ 140	และ	< 90

2. การจำแนกตามชนิด สาเหตุ และความรุนแรง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ความดันโลหิตสูงจำแนกตามชนิด สาเหตุและความรุนแรงได้ 5 ประเภท ได้แก่

2.1 Essential Hypertension ชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกาย พบได้มากกว่าร้อยละ 90 อาจมีสาเหตุมาจาก กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีภาวะเครียด

2.2 Secondary Hypertension) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (พบประมาณร้อยละ 10 สาเหตุอาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคไต โรคหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาตีบตัน ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

2.3 ภาวะ White Coat Hypertension เป็นความดันโลหิตสูงที่พบในบุคคลที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวัดความดันโลหิตแล้วพบว่าผิดปกติ เพราะฉะนั้นจึงต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันแยกโรค

2.4 ความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant hypertension) มีความดันไดแอสโตลิกสูงเกิน 110 มิลลิเมตรปรอทตลอดเวลา และมีอวัยวะเป้าหมายถูกทำลาย หรือไม่ตอบสนองต่อยา ไม่ได้ได้รับการรักษาโรคที่เป็นอยู่ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา และจะกลายเป็นภาวะฉุกเฉินและมีความรุนแรงหากความดันโลหิตยังสูงต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

นำเสนอแยกเป็น 2 ประเด็นดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1. สาเหตุ

1.1 ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

1.1.1 หลอดเลือดแดงที่ตีบขาดความยืดหยุ่น อาจเป็นเพราะมีสารไขมันอุดตันหลอดเลือด เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดเมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น หลอดเลือดแดงโคโรนารี เอออร์ตา หลอดเลือดแดงของเบซิลลาของสมอง และหลอดเลือดของแขนขา หรืออวัยวะส่วนปลายจะเริ่มตีบแข็งขาดความยืดหยุ่น รูหลอดเลือดเล็กลง แรงต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือดสูงขึ้น

1.1.2 การทำหน้าที่ของ เรนิน-แองจิโอเทนซินมีการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีอายุมากขึ้น เรนินจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ทำให้มีการกระตุ้นการสร้างเรนินเพิ่มขึ้น ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายจะเพิ่มขึ้น กลไกของเรนิน-แองจิโอเทนซินมีความสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต

1.1.3 การกรองของไตมีอัตราลดลง โดยปริมาตรของเลือดที่ไปยังไตจะลดลงทำให้มีการคั่งของอิลีคโตรลัยท์ และ ของเสีย จึงมีการคั่งของของเหลวในร่างกาย

1.2 วิธีการดำเนินชีวิต ในเรื่องพฤติกรรมการใช้ชีวิต ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

1.3 สาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้น เช่น โรคของต่อมธัยรอยด์ โรคไตวาย ภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง เป็นต้น

2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

2.1.1 ประวัติครอบครัว มีเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและการที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น บุคคลในครอบครัวเป็น เชื่อว่าพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดโรค คือ การมีระดับไขมันในเซลล์สูง และการลดลงของระดับไขมันกับโพแทสเซียม (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

2.1.2 อายุที่เพิ่มมากขึ้น พบมีเกิดโรคเมื่ออายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และพบในเพศชายอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เพศหญิงอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีการแข็งตัวของหลอดเลือดจากกระบวนการเสื่อม หรือจากความเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น

2.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้

2.2.1 ภาวะเครียด เมื่อมีความเครียดหัวใจจะเต้นเร็วขึ้น และมีความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้ามีความเครียดเกิดขึ้นบ่อย จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น และไขมันในเลือดสูงขึ้นอย่างค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลให้มีสารไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือดมากขึ้นและหลอดเลือดแข็งตัวได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

2.2.2 ภาวะอ้วน จะเกี่ยวกับการเป็นความดันโลหิตสูง ถ้ามีความอ้วนร่วมกับโรคเรื้อรัง จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น

2.2.3 สารอาหาร การรับประทานอาหารที่มีเกลือสูง การบริโภคโซเดียมสูงมี จะกระตุ้น มีผลเพิ่มความดันโลหิต

2.2.4 การสูบบุหรี่ มีผลทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelet Aggregation) เพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุของการหดตัวของหลอดเลือดแดง โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะเป็นตัวกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน ทำให้หลอดเลือดตีบตัวมาก

2.2.5 การดื่มกาแฟมักทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอทภายในหลังดื่ม 15 นาที ถ้าดื่ม 2-3 ถ้วย จะสูงราว 2 ชั่วโมง แต่อาจมีผลทางอ้อมคือนอนไม่หลับ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

จากข้อมูลของสมพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (2559) ระบุว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิด ได้แก่

- ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร
- ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 มีความเกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือเพิ่มขึ้น และร้อยละ 20 มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลไม้และผักปริมาณน้อย
- มีกิจกรรมทางกายน้อย สัมพันธ์กับการเกิดโรค ร้อยละ 20
- มีภาวะอ้วน สัมพันธ์กับการเกิดโรค ร้อยละ 30
- การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเกินไป
- ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่

ผลการศึกษาของ ศิรินันท์ ตริมิ่งคัลทิพย์ (2555) ที่ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง ในระยะเริ่มต้นในชุมชน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความชุกของโรคระยะเริ่มต้น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม มีไขมันมาก กิจกรรมทางกายน้อย ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

ในระยะแรกของโรคหรือในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่แสดงเด่นชัด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1. ปวดศีรษะ จะพบเมื่อความดันโลหิตสูงมาก จะปวดบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะตอนเช้าหลังตื่นนอน
2. อาการมึนงง อาการเวียนศีรษะ
3. มือ-เท้าเย็น ชาปลายมือปลายเท้า และมีอาการเท้าบวม
5. มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบากและชีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น
6. อ่อนเพลียง่ายโดยไม่มีสาเหตุ
7. มีอาการบวมของจอภาพนัยน์ตา มีการหดตัวของหลอดเลือดแดง และสายตาเสื่อมมีเลือดออกที่ขั้วประสาทตา มีอาการเปลี่ยนแปลงที่จอร์ับภาพในตา

2.แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมด้าน อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การงดดื่มสุรา การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยา

โรคนี้ที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ มีพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ เคลื่อนไหวร่างกายน้อย และการมีภาวะเครียด จากสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ดีที่สุด จึงเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ให้ดำเนินชีวิตให้มีความสุขด้วยผลในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

3.แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและการวินิจฉัยชุมชน (Community Participatory and Community Diagnosis)

ความหมายของการมีส่วนร่วม

คือ กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมที่จะรับผิดชอบ โดยเน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนของเขาเอง

มีการจัดระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ 8 ระดับ คือ (อัญชลี ศีลาเกษ และคณะ, 2545)

ระดับ 8 ประชาชนควบคุมเองทั้งหมด	←	อำนาจอยู่ที่ประชาชน
ระดับ 7 ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน		
ระดับ 5 ประชาชนได้เข้ามาช่วยบางส่วนในโครงการ	←	ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง
ระดับ 4 ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ		
ระดับ 2 ประชาชนเป็นผู้รับบริการ	←	ประชาชนไม่มีส่วนร่วมเลย
ระดับ 1 ประชาชนเป็นผู้รับคำสั่ง		

ภาพประกอบ 2 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพได้หลายประการคือ ชุมชนตระหนักในปัญหาของตนเอง มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาได้ใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในการร่วมทำกิจกรรม ร่วมตัดสินใจ ตลอดจนได้นำทรัพยากรมนุษย์ มาใช้และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน ทำให้รู้สึกว่าเป็นเจ้าของก่อให้เกิดการพึ่งพาตนเอง มีความสามัคคีในกลุ่มและนำไปสู่การพัฒนาที่มั่นคงถาวร

สรุปว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน จะต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน เป็นการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมกำหนดปัญหา พิจารณาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหานำไปสู่การกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ และวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้น สุดท้ายนำไปสู่การมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังแล้วรับทราบ

ความก้าวหน้าของการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ตลอดจนร่วมกันรับประโยชน์ที่ได้จากความสำเร็จของการพัฒนานั้น

ขั้นตอนการทำงานชุมชน

ขั้นตอนและรูปแบบการทำงานที่คล้ายๆ กัน บุคลากรจะต้องมีความรู้ ตลอดจนเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และทักษะต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิดชุมชนแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน หลักการประชาคม หลักการ สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน วิธีการศึกษาชุมชน และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาชุมชน และจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักการวางแผนเป็นอย่างดี จึงขอให้ทำความเข้าใจดังนี้

1. หลักการวางแผน
2. การประเมินผลเบื้องต้น
3. ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน

หลักการวางแผนเบื้องต้น

การวางแผนขั้นแรกของการบริหาร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตหน้าที่การจัดการ 3 ประการคือ การจัดองค์กร การชักนำ การควบคุม จะเกี่ยวข้องกับการบรรลุเป้าหมายในกระบวนการวางแผน ผู้บริหารต้องวางแผนเพื่อจะได้เข้าใจผลลัพธ์ในอนาคตโดยแสดงในรูปของเป้าหมาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรผู้บริหารจึงต้องจัดเตรียมแผน ซึ่งสอดคล้องกับ อาร์เทอร์ กล่าวว่า กระบวนการจัดการหรือวางแผน ประกอบด้วย P : Planning การวางแผน O : Organizing การจัดองค์กร A : Actuating การกระตุ้น และ C : Controlling การควบคุม ดังนั้นการวางแผน จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง

ความหมายของการวางแผน (Planning)

การวางแผนหรือการจัดทำแผนงาน/โครงการเป็นกระบวนการทางความคิด (Mental Activity) คำจำกัดความของการวางแผนหรือการจัดทำแผนในประเด็นต่างๆดังนี้ (จิรัศักดิ์ เจริญพันธ์, 2553)

คาสท์และโรเซนไว (Kast & Rosenweig) กล่าวว่า การวางแผน เป็นกระบวนการในการตัดสินใจ มีการกำหนดวัตถุประสงค์อะไร รายการหรือโครงการ และ แนวทางปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

เฮอริเบิร์ต และฮิคส์ (Herbert & Hicks) ให้ความหมายว่า การวางแผน (planning) คือ การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร และการกำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

วอร์เตอร์สัน (A.Watson) ให้ความหมายว่า การวางแผน (planning) เป็นความพยายามที่ฉลาดเพื่อที่จะหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายเฉพาะที่ต้องการ

ยุกติ ศุขมิตติ ให้ความหมายว่า การวางแผน หมายถึง การคิดถึงกิจกรรมต่างๆ ที่จะนำมาแก้ไขปัญหาที่เป็นข้อขัดข้องขององค์กร แล้วนำกิจกรรมรวมเหล่านั้นมาร้อยเรียงอย่างเป็นระบบเพื่อให้เห็นสภาพปัญหา สาเหตุปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหได้อย่างชัดเจน

สงครามชัย ลีทองดี สรุปว่า การวางแผน หมายถึง ขั้นตอนที่ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างชาญฉลาดและถูกต้อง ในการเลือกการดำเนินงานที่ดีและเกิดประโยชน์สูงสุดในขณะที่ทรัพยากรจำกัด

กล่าวโดยสรุปว่า การวางแผน หมายถึง การเลือกและจัดความเกี่ยวเนื่องของข้อเท็จจริงและจัดวางสมมติฐานซึ่งเกี่ยวกับการมองภาพในอนาคตที่เกิดขึ้นและการจัดทำข้อเสนอในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเชื่อว่าเป็นต่อการบรรลุผลสำเร็จที่วางไว้ โดยแผน (Plan) จะเป็นวิธีการให้บรรลุจุดมุ่งหมายและแผนจะเป็นสะพานช่วยเชื่อมระหว่างสภาพปัจจุบันไปยังสภาพอนาคต

ความสำคัญและประโยชน์ของการวางแผน

การวางแผนที่ดีไม่ได้หมายความว่า การวางแผนนั้นจะต้องสลับซับซ้อนหรือละเอียดมาก แต่การวางแผนนั้นจะต้องมีเหตุผลที่ถูกต้อง และมุ่งทำให้เกิดการตัดสินใจ สามารถติดตามผลของการปฏิบัติและประเมินผลงานได้

1. ทำให้ผู้บริหารคำนึงถึงความรับผิดชอบได้ดีขึ้น
2. สามารถควบคุมงานโดยการวัดความสำเร็จของงานได้
3. สามารถที่จะกำหนดทิศทางขององค์กร ทำให้เกิดการสื่อความหมายและการประสานงานการทำงานภายในองค์กร

4. การปฏิบัติงานตามแผนงานสามารถใช้ตรวจสอบผลงาน ซึ่งจะมีผลทำให้นำไปแก้ไขปรับปรุงนโยบายในอนาคตและเป้าประสงค์ในระยะยาวได้

5. ผู้บริหารมีความคิดกว้างขวางขึ้น ปรับตัวเองให้ดีขึ้นแก้ปัญหาได้ดีขึ้น
6. ใช้ทรัพยากรที่ให้คุ้มค่า
7. การพัฒนาและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขการบริหารเกิดผลอย่างมีความสมดุลกัน

การวางแผนคือกระบวนการที่ต่อเนื่อง มีการตัดสินใจร่วมกัน จัดทำเอกสารที่สมบูรณ์และดำเนินการได้คาดคะเนในอนาคต บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด

ประเภทของแผน

ได้มีผู้แบ่งประเภทของแผนไว้หลายแบบแต่ที่นิยมกัน ได้แบ่งประเภทของแผนโดยยึดเอาลักษณะของแผนออกเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539)

1. แผนกลยุทธ์ (Strategic plans)

เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกลยุทธ์ (Strategic goals) กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูง แผนกลยุทธ์จะครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากรและกำหนดขอบเขตอย่างกว้างของกิจกรรม องค์การในระยะยาวที่ออกแบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์

2. แผนยุทธวิธี (Tactical plans)

เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายยุทธวิธี (Tactical goals) แผนนี้เป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะกำหนดแผนร่วมกัน แผนยุทธวิธีระยะสั้นกว่าแผนกลยุทธ์ และให้การสนับสนุนการปฏิบัติการของแผนกลยุทธ์

3. แผนการปฏิบัติการ (Operational plans)

เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปฏิบัติการ (Operational goals) แผนนี้จะสนับสนุนแผนยุทธวิธีโดยกำหนดการปฏิบัติการในแต่ละฝ่ายหรือแผนกหน้าที่ต่างๆ แผนนี้จะครอบคลุมระยะเวลาที่สั้นกว่าแผนยุทธวิธีโดยรวมถึงการปฏิบัติการ ในแต่ละวันขององค์การ

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2539) ได้แบ่งประเภทของแผนตามลักษณะของแผนได้ 3 แบบประกอบด้วย

1. แผนกลยุทธ์ (Strategic plans)

เป็นแผนสำหรับแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละปัญหาจะพิจารณาจากองค์ประกอบของการแก้ไขปัญหาทั้งหมดว่ามีอะไรบ้างหรือจะต้องทำอะไรบ้างในด้านพฤติกรรมสุขภาพจะระบุว่า ต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายใด มีพฤติกรรมสุขภาพอะไร จะต้องดำเนินการอะไรบ้างที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายผลตามที่กำหนดไว้ในองค์ประกอบของการแก้ไขปัญหา โดยทั่วไปแล้วแผนกลยุทธ์เป็นเพียงแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อขึ้นำการวางแผนดำเนินการต่อไปเท่านั้น

2. แผนดำเนินการหรือแผนหลัก (Master plans)

เป็นแผนที่จัดทำขึ้นในระดับจังหวัด สำหรับเป็นกรอบในการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด สารสำคัญในแผนดำเนินการ ได้แก่ การระบุถึงปัญหาแต่ละปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับแก้ไขปัญหา และแนวทางในการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ รวมทั้งเครื่องมือชี้วัดที่กำหนดขึ้นสำหรับการประเมินผลการดำเนินงานตามแผน

3. แผนปฏิบัติการหรือแผนกิจกรรม (Action plans)

เป็นแผนที่จัดทำขึ้นตามกรอบของแผนดำเนินการสำหรับใช้ในการปฏิบัติงาน แผนปฏิบัติการจำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการสาธารณสุขหรือส่วนหนึ่งของกิจกรรมสาธารณสุข สาระสำคัญของแผนปฏิบัติการ ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการพร้อมทั้งรายละเอียดของการปฏิบัติงานตามกิจกรรม

นอกจากนี้ยังอาจแบ่งประเภทของแผนตามระยะเวลาดำเนินงาน ซึ่งแบ่งได้ 3 ประเภท ประกอบด้วย

1. แผนระยะยาว

เป็นแผนที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนกลยุทธ์พัฒนามหาวิทยาลัย เป็นต้น

2. แผนระยะกลาง

เป็นแผนที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 3-5 ปี เช่น แผนดำเนินงานระยะ 3 ปี กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

3. แผนระยะสั้น

มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-2 ปี เช่น แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2549 แผนกลยุทธ์สภาคณาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2549-2550 เป็นต้น

สรุปว่า ผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานในองค์กรจะต้องเข้าใจประเภทของแผนว่าแผนแต่ละประเภทได้อย่างไร เพราะว่าแผนแต่ละประเภทจะมีวัตถุประสงค์ในการจัดการแตกต่างกันไป ดังนั้นจะต้องพิจารณาหลายๆ ส่วนประกอบกันตั้งแต่ระดับของผู้บริหาร ระดับของผู้ปฏิบัติการ และระยะเวลาที่จะต้องดำเนินการเป็นส่วนสำคัญในการพิจารณา และการวางแผนผู้รับผิดชอบจะต้องเข้าใจหลักการและขั้นตอนการวางแผนแต่ละประเภทด้วย จึงขอแนะนำหลักการและขั้นตอนการวางแผนที่ใช้กันอยู่ทั่วไปมีรายละเอียดดังนี้

หลักการและขั้นตอนการวางแผน

1. หลักในการวางแผน (Principle of Planning)

หลักในการวางแผนโดยทั่วไปมีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้

1.1 ระบุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

1.2 กำหนดหนทางปฏิบัติที่ดีที่สุดไม่ว่าจะทำใ้บรรลุวัตถุประสงค์

- ศึกษาสถานการณ์แวดล้อมและข้อเท็จจริง
- กำหนดหนทางพอที่จะเป็นไปได้

- วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย

- กำหนดข้อตกลงใจ เลือกหนทางปฏิบัติที่ดีที่สุด

1.3 จัดทำแผนงานโครงการวางแผนปฏิบัติการตามแนวทางที่ได้เลือกไว้ แล้วมอบหมายให้ใครทำ อะไร ที่ไหน เมื่อไร ทำไม ขั้นตอนประสานงานและใช้ทรัพยากรอย่างไร

1.4 มีการสั่งการตามแผน

1.5 ติดตามประเมินผล และศึกษาสถานการณ์เปลี่ยนแปลง

1.6 มีการปรับปรุงแผนงาน

ลักษณะการวางแผนที่ดี

1. ทำขึ้นโดยมีข้อมูลถูกต้องสมบูรณ์
2. ยืดหยุ่นได้ เหมาะสมตามความจำเป็น
3. เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติสามารถเข้าใจได้ดี
4. ประหยัด
5. ต้องปฏิบัติได้ วิจารณ์ได้ กรณีที่มีปัญหา
6. ต้องมีเวลาเพียงพอแก่การวางแผน
7. เหมาะสมกับเหตุการณ์ในอนาคต

2. ขั้นตอนในการวางแผน (Planning Process)

ในการวางแผนสาธารณสุขเพื่อให้ได้แผนงานที่มีประสิทธิภาพนั้น มีวิธีดำเนินการเป็นขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอนด้วยกัน ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะต้องมีการพิจารณาตัดสินใจตามลักษณะของงานในแต่ละแผนนั้นๆ การวางแผนงานสาธารณสุขในแต่ละขั้นตอนต่างๆ มีดังนี้

รูปแบบที่ 1 คือ

1. การรวบรวมข้อมูล
2. วิเคราะห์ข้อมูล
3. ค้นหาปัญหา
4. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
5. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
6. นโยบาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลวิธี
7. กำหนดงบประมาณ
8. แนวทางการประเมินผล

รูปแบบที่ 2 คือ

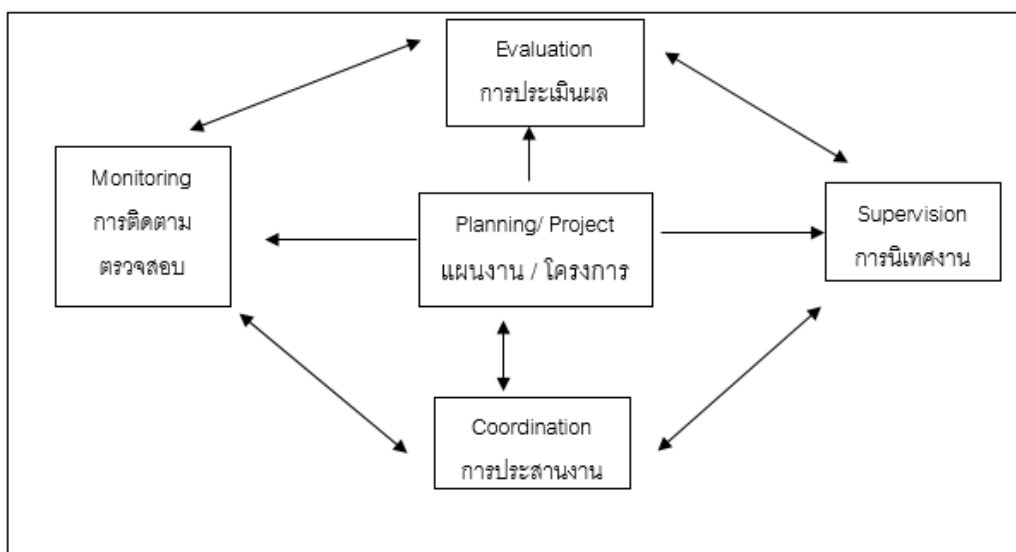
1. เตรียมจัดทำโครงการ
2. วิเคราะห์ สถานการณ์ การจัดรูปแบบบริหารงาน
3. การวิเคราะห์สถานะปัญหา สังคม ประชากร
4. คาดคะเนสาเหตุปัญหา
5. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย
6. วิเคราะห์ข้อข้องในการปฏิบัติงาน
7. รูปแบบกลวิธี หรือวิธีปฏิบัติ
8. การวางแผนโครงการ
9. การเขียนโครงการ

3.2 การประเมินผลเบื้องต้น

ความหมายของการประเมินผล

1. แนวคิดในการประเมินผล

การบริหารแผนงานเพื่อเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้ต้องใช้การบริหารหลายๆ ด้านด้วยกันที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด องค์ประกอบที่ควรให้ความสนใจอย่างมากก็คือ การประเมินผล การนิเทศงาน การควบคุมกำกับ และการประสานงาน โดยองค์ประกอบทั้ง 4 มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (อำนาจ เจริญกุล, 2538) ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 การประเมินผลโครงการ

ในการบริหารงานจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจการประเมินผล การนิเทศงาน และการควบคุมกำกับให้ถูกต้อง เพราะถ้านำไปใช้ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดความสับสน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้การบริหารงานขาดคุณภาพไม่บรรลุเป้าหมายที่องค์การวางไว้จึงต้องทำความเข้าใจในการประเมินผล การควบคุมกำกับและการนิเทศงาน ในด้านการดำเนินงาน ดังตาราง 2

สรุปว่าการประเมินผล การควบคุมกำกับ และการนิเทศงาน มีส่วนเหมือนกัน และส่วนที่ต่างกัน

ตาราง 2 การเปรียบเทียบการประเมินผล การควบคุมกำกับ และการนิเทศงาน

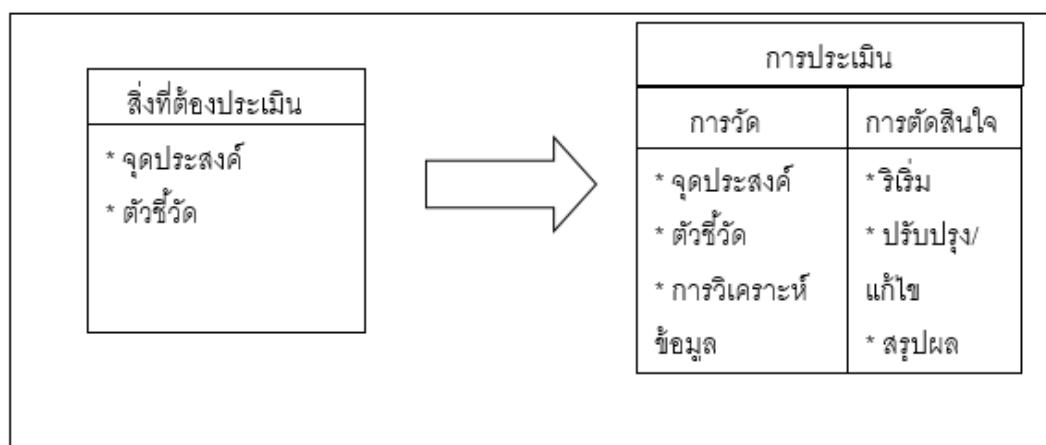
หัวข้อ	เป้าหมาย	ความสำคัญ
1. การประเมินผล	มุ่งองค์การประสบ ความสำเร็จ	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์ทั้งระบบหรือบางส่วนของระบบ 2. วัดผลลัพธ์และปรับปรุงงาน 3. ตัดสินใจเลือกแนวทางใหม่ 4. ไม่มีส่วนให้คุณให้โทษ 5. คนภายนอกทำก็ได้ 6. ปรับแก้ไขหลังดำเนินการ 7. ใช้เวลาการรายงานยาว 8. เสนอและเสร็จสิ้นมุ่งรายงานเป็นลำดับ
2. การควบคุม กำกับ	มุ่งบุคคลร่วมกัน บริหารองค์การ	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์ / ตรวจสอบการทำงานและวัดผลงาน 2. เน้นบริหารตามกฎ ระเบียบ และให้คุณให้โทษ 3. เป็นการวางเงื่อนไขในการทำงาน 4. มีส่วนให้คุณให้โทษ 5. เป็นหน้าที่ของคนในองค์การ 6. ปรับแก้ไขในขณะที่ดำเนินงานได้ 7. ใช้เวลาในการรายงานสั้น 8. เสนอผู้บริหารเมื่อมีปัญหาและตัดสินใจแก้ไขทันที
3. การนิเทศงาน	มุ่งความสำเร็จของ งานโดยบุคคลใน องค์การ	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์กระบวนการทำงาน 2. พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ทำงานอย่างมีคุณภาพ 3. แนะนำช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและอุปสรรค 4. ไม่มีส่วนให้คุณให้โทษ 5. เป็นหน้าที่ของคนระดับกลางระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติ 6. เสนอแนวทางแก้ไขทันทีในระหว่างนิเทศ 7. ใช้เวลาในการรายงานไม่ยาวหรือสั้นเกินไป 8. เสนอผู้บริหารตรวจสอบหลังจากนิเทศ

2. ความสำคัญและประโยชน์ของการประเมินผล

ในระบบสังคมทั่วไป ประกอบด้วยสถาบันและองค์การภาครัฐต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนย่อมมีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย โดยกลุ่มบุคคลมีบทบาทหน้าที่ต่างๆ กัน ร่วมมือกันอย่างมีระบบและมีแบบแผนเพื่อปฏิบัติหน้าที่ของตนให้สำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวัดผลในผลงานประกอบการตัดสินใจ เรียกว่า การประเมินผล(Evaluation) เป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งของการบริหาร เน้นวิธีการปฏิบัติงานให้ไปสู่ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ และนำไปสู่การตัดสินใจปรับปรุงแก้ไขดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ โดยมีความสำคัญดังนี้

1. รับรู้สภาพปัญหาที่เป็นอยู่ รวมทั้งสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. รับรู้ถึงการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหมายหรือไม่ เหตุใด จึงเป็นเช่นนั้น
3. รับรู้ผลของการดำเนินงานในเรื่องต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใด
4. รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการดำเนินงานมีความเหมาะสม เพียงใด เหตุใด จึงเป็นเช่นนั้น

สรุปว่า การประเมินผล จะเกี่ยวข้องกับการ วัด และการตัดสินใจในสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยมีรายละเอียดสรุปได้ ดังภาพประกอบ 4 ดังนี้



ภาพประกอบ 4 องค์ประกอบการประเมินผลโครงการ

ในการประเมินผลโครงการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ นิยมแบ่งผลที่เกิดจากการดำเนินโครงการเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1. การประเมินด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ การรับรู้ และทักษะที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรม ฯลฯ ซึ่งเป็นการประเมินผลที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมโดยตรง การประเมินผลโครงการใน ระดับนี้ ถือว่าเป็นการประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยนำแล้วบางโครงการหรือบางกรณีอาจจำเป็นต้องทำการประเมินการบริหารจัดการปัจจัยเอื้อ และการใช้ปัจจัยเสริมในการส่งเสริมกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การประเมินในระดับนี้อาจจะจัดอยู่ในประเภทการประเมินผลกระทบที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ ในแง่การประเมินผลแผนงาน/โครงการ สาธารณสุขเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนั้นถือว่า การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการประเมินประสิทธิผลของแผนงานโครงการ

3. การประเมินสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคน เช่น ระดับน้ำตาล ระดับความดัน น้ำหนักตัว ฯลฯ

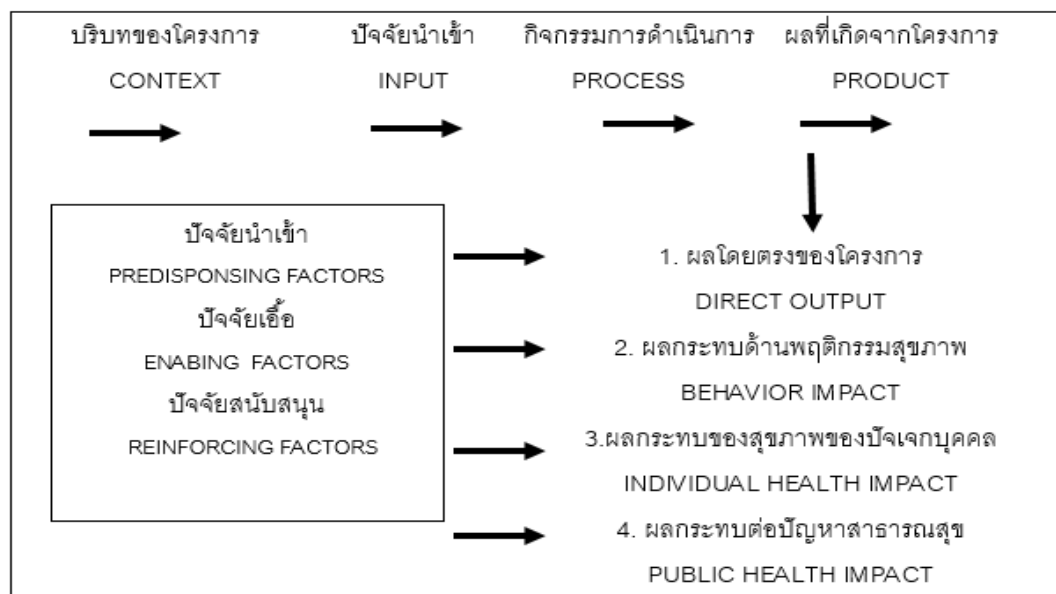
4. การประเมินการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุข เช่น อัตราป่วย อัตราตาย การป่วยซ้ำที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

ดังนั้น การประเมินผลการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับต่างๆ สามารถทำการประเมินได้ 2 ลักษณะคือ

1. ประสิทธิภาพของโครงการ หมายถึง การประเมินสัดส่วนระหว่างผลที่เกิดขึ้นจริงในช่วงระยะเวลาที่กำหนดกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผน

2. การประเมินประสิทธิภาพ หมายถึง การเปรียบเทียบระหว่างผลที่เกิดจากการดำเนินงานกับปัจจัยนำเข้าของโครงการทั้งหมดที่ใช้ไป ในกรณีที่มีความยุ่งยากในการเปลี่ยนค่าของผลและปัจจัยนำเข้าเป็นค่าของเงิน การประเมินประสิทธิภาพโครงการด้านสาธารณสุขจึงนิยมประเมินโครงการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างโครงการด้วยกัน

Green และ Stufflebeam ได้เสนอรูปแบบการประเมินผลโครงการที่เรียกว่า CIPP Model ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินแบบวิเคราะห์โครงการ โดยพิจารณาสิ่งที่จะทำ เป็นการประเมินบริบทจนถึงการประเมินผลของโครงการ ในการประเมินผลของโครงการแบ่งการประเมินออกเป็น 4 ระดับ โดยมีรูปแบบการประเมิน CIPP ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 รูปแบบการประเมิน CIPP Model

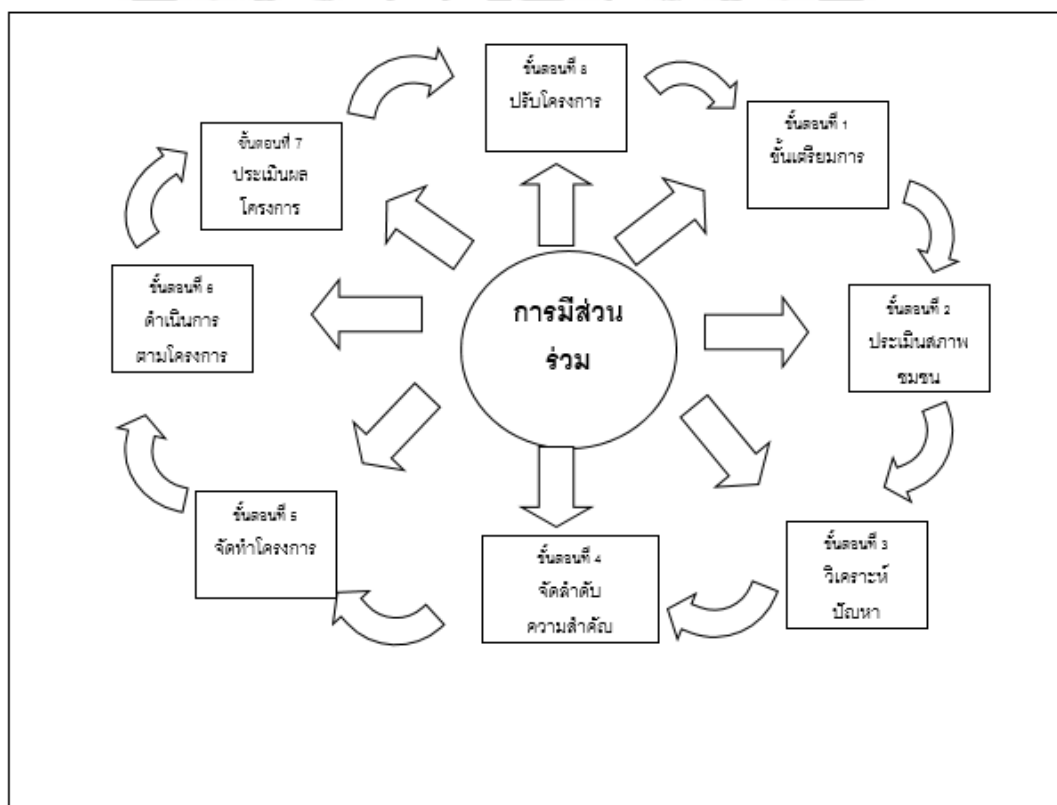
ตาราง 3 สื่อที่ใช้รายงานผลการประเมินผล

วิธีการบรรยาย	ภายใน	ภายนอก
1. ปากเปล่า	การรายงานคณะกรรมการ การให้ข้อมูลย้อนกลับตัวต่อตัว การประชุมเจ้าหน้าที่นักวิชาการ	การรายงานทางโทรศัพท์ การรายงานทางวิทยุ การสัมภาษณ์ทางหนังสือพิมพ์ การบรรยาย การรายงานต่อที่ประชุมใหญ่
2. การเขียน	รายงานการประเมิน รายงานเฉพาะ กิจเกี่ยวกับการประเมิน โครงการ เช่น รายงานความก้าวหน้า ครึ่งปี ฯลฯ รายงานเพื่อขอตำแหน่งสูงขึ้น บัญชีประกาศของหน่วยงาน	รายงานประจำปี การให้ข่าวแก่สื่อมวลชน วารสาร หรือ เอกสาร สิ่งพิมพ์ รายงานที่แจกให้คนทั่วไป
3. กราฟฟิค	ภาพพลิก การใช้แผ่นใส วิดีทัศน์ สไลด์	ภาพพลิก การใช้แผ่นใส วิดีทัศน์ สไลด์

สรุปว่า การประเมินผลการดำเนินงานหรือการประเมินผลโครงการ สาธารณสุข เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายหลักที่ใช้ผลของการประเมินในการควบคุม กำกับนำเสนอ คณะกรรมการดำเนินงานการปรับปรุงแผนงานโครงการหรือการนำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนใหม่ โดยผู้ประเมินจะใช้รูปแบบประเมินเชิงวิเคราะห์ โดยจะต้องพิจารณาทำการประเมินทั้งบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการในการดำเนินงาน และผลที่เกิดจากการดำเนินโครงการ

3.3 ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน

การวางแผนการจัดการสาธารณสุขในชุมชน จะต้องให้ชุมชนหรือประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสะท้อนความต้องการหรือปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้ตรงประเด็นและเป็นปัญหาของประชาชน จึงขอสรุปขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์การจัดการสาธารณสุขในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ดังภาพประกอบ 6 (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546)



ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการสาธารณสุขในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

- เตรียมเจ้าหน้าที่ มีการประชุมชี้แจง เตรียมใจ และให้ความรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่

- เตรียมชุมชน เช่น แนะนำเจ้าหน้าที่ พบและชี้แจงผู้นำชุมชน สร้างสัมพันธภาพในชุมชน ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นประเมินสภาพชุมชน ประกอบด้วย

- ทำแผนที่ชุมชน
- เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก อนามัยสิ่งแวดล้อมทำ family folder

- จัดทำแบบฟอร์มและสำรวจปัญหาชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นวิเคราะห์ปัญหา ประกอบด้วย

- รวบรวมปัญหา
- วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ประกอบด้วย

- จัดทำเกณฑ์ที่ใช้
- ให้ชุมชนเป็นผู้เลือกปัญหาโดยเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลจริงเกี่ยวกับปัญหาที่ระบุแต่ละหัวข้อโดยไม่ชี้นำ

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นจัดทำโครงการ ประกอบด้วย

- เจ้าหน้าที่และชาวบ้านร่วมกันเขียนโครงการเพื่อแก้ปัญหาที่พบ
- เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ

ขั้นตอนที่ 6 ขั้นดำเนินการตามโครงการ ประกอบด้วย

- กิจกรรมโครงการแล้วแต่สภาพปัญหา

ขั้นตอนที่ 7 ขั้นประเมินผลโครงการ ประกอบด้วย

- ประเมินผลตามวัตถุประสงค์และกิจกรรม ตามแนวทางเกณฑ์ชี้วัด

ขั้นตอนที่ 8 ขั้นปรับปรุงโครงการ ประกอบด้วย นำโครงการไปปรับปรุงและพัฒนาตามขั้นตอนอีกครั้ง

การวางแผนกลยุทธ์การจัดการสาธารณสุขในชุมชนแบบมีส่วนร่วม จะต้องมี ความเข้าใจบริบทของชุมชนทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง การศึกษาและวิถีชีวิตของประชาชนในแต่ละชุมชนเป็นสำคัญ ที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะผู้นำและความร่วมมือกันนำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการสาธารณสุขในชุมชน

สรุปกระบวนการจัดการสาธารณสุขในชุมชน มีกระบวนการที่เป็นระบบเป็นขั้นตอนเชื่อมโยง สัมพันธ์กันเพื่อพัฒนาคน พัฒนาสังคม พัฒนาองค์กรชุมชน พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ และพัฒนาสังคมให้มีคุณภาพจึงสรุปขั้นตอนที่สำคัญ 7 ขั้นตอน คือ (วิมล มนต์เอื้อศิริ. 2548)

1. เสริมสร้างพลังชุมชน (Community Empowerment) เป็นการเสริมสร้างความเข้าใจให้ชุมชนต้องตระหนักในศักยภาพของตน ตั้งพลังสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วนให้ทำงานร่วมกัน ใช้พลังทางปัญญาสังคมเศรษฐกิจ และการเมือง ทรัพยากรชุมชน แก้ปัญหาและบริหารจัดการชุมชนด้วยการตัดสินใจของตนเอง รวมถึงความสามารถในการประสานงานกับฝ่ายต่างๆ เพื่อขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา

2. ร่วมกันวางแผน จัดระบบฐานข้อมูลชุมชน เชื่อมโยงเป้าหมายและการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมต่างๆ เพื่อประสานงาน/จัดสรรทรัพยากร และเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน

3. สานสัมพันธ์ ให้เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เสริมสร้างทีมงานบริหารงานแนวราบ สร้างจิตสำนึกการทำงานโดยเอาชุมชนเป็นตัวตั้ง เน้นการพึ่งตนเองเป็นหลัก

4. ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เรียนรู้อดีต เรียนรู้จากชุมชนอื่นทดลองศึกษากับแนวทางใหม่ๆ ด้วยการทำงานในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันและบันทึกข้อมูลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

5. จัดระบบการสื่อสารภายใน ภายนอกและสู่สาธารณะ โดยสร้างบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการวิพากษ์วิจารณ์ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร และให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกระจายข้อมูลข่าวสารที่มีคุณค่าไปยังบุคคลต่างๆ ได้อย่างเสรีเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกัน และเพื่อเป็นช่องทางสำหรับการสนับสนุนของแหล่งทุน

6. การแก้ปัญหาและพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยการจัดฐานข้อมูลเครือข่ายองค์กรชุมชนให้ชัดเจนและนำมาจัดเก็บอย่างเป็นระบบเพื่อให้บริการข้อมูลและนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ

7. ประเมินผลและพัฒนาตนเองไปสู่ความเข้มแข็ง โดยถือว่ากระบวนการประเมินผล คือเครื่องมือในการพัฒนาตนเอง

การบริหารจัดการโครงการให้ประสบความสำเร็จ

การบริหารโครงการใดๆ ให้ประสบความสำเร็จก็เปรียบเสมือนการบริหารกายและใจของเราให้มีความสมบูรณ์พร้อมนั่นเอง โดยอาศัยขั้นตอนสู่ความสำเร็จ ดังนี้

1. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. การวางแผนและการจัดทำโครงการแก้ปัญหา
3. การดำเนินการตามแผน
4. การประเมินผลเพื่อการพัฒนาโครงการ

ขั้นตอนที่ 1 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

เป็นขั้นตอนแรกของการจัดการที่มีประสิทธิภาพ คือ ต้องตัดสินใจเลือกทำงานด้วยเงินและคนที่มีอยู่ว่าจะทำอะไรก่อน ในทางปฏิบัติเราควรจะให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ให้มาก โดยต้องพิจารณาอย่างเป็นศาสตร์และมีหลักเกณฑ์

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีเทคนิคและทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นจากหลายทฤษฎีซึ่งสามารถนำไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีหลักการ ให้คะแนนที่ใช้เป็นหลักเกณฑ์อ้างอิงได้ และเป็นวิธีที่ลดลำเอียงได้ เนื่องจากสุขภาพของประชาชนมีปัญหาที่จะต้องทำจำนวนมาก ถ้าไม่จัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง แต่เป็นการทำงานที่ง่ายแต่จะเกิดผลดีกับประชาชนไม่มาก จึงเลือกทรัพยากรและเวลาไปไม่คุ้ม จึงจำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วยเทคนิคที่สำคัญดังนี้ (วินชัย นิยมวัน และคณะ. 2540)

เทคนิคการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข

กำหนดวิธีจัดลำดับความสำคัญโดยใช้ 4 องค์ประกอบ ค้ำยันขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย

1. ขนาด ได้แก่ ความกว้างขวางการระบาดของโรคต่อคนจำนวนมากเพียงใด
2. ความรุนแรง ได้แก่ โรคที่อันตรายมากหรือน้อย
3. ความยากง่าย ได้แก่ มีเทคนิควิธีการที่ได้ผลมากน้อยเพียงใด สาเหตุมีความซับซ้อนยากต่อการแก้ไขหรือไม่ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจากหน่วยงานอื่น
4. ปฏิกริยาของชุมชน ได้แก่ ความตระหนัก การยอมรับ การร่วมมือของชุมชน

วิธีให้คะแนน

แบบฟอร์มการให้คะแนนของกระทรวงสาธารณสุข						
ชื่อปัญหา	ขนาด	ความรุนแรง	ความยากง่ายในการแก้ปัญหา	ปฏิกิริยาของชุมชน	รวมคะแนน	ลำดับความสำคัญ
1. การขาดอาหาร	2	2	2	2	8	3
2. เอดส์	4	4	4	2	14	1
3. เมาหวาน	3	3	3	2	11	2

(ให้คะแนน 0-4)

สรุปว่า นักวางแผนต้องใช้ความรู้ความสามารถพิจารณาปัญหาที่ตรงประเด็นตรงกับความต้องการของประชาชน ปัญหาตามลำดับความสำคัญและนำมาหาสาเหตุของปัญหามา กำหนดกลวิธีที่เหมาะสมกับการแก้ปัญหา กลวิธีสามารถนำไปปฏิบัติได้ ไม่ยากลำบากจนเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติ และมาดำเนินการตามขั้นตอนการวางแผนด้วยความถูกต้องแม่นยำของข้อมูล จะได้แผนการแก้ปัญหาที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่แท้จริงของคนที่ได้รับผลกระทบ และหน่วยงานก็จะได้แผนกลวิธี แผนดำเนินงาน และแผนปฏิบัติการที่เหมาะสมกับทรัพยากรของหน่วยงาน เมื่อนำไปปฏิบัติบุคลากรทุกคนจะเข้าใจตรงกัน และร่วมมือกันดำเนินงานมุ่งสู่ความสำเร็จของการแก้ปัญหาต่อไป

4. แนวคิดแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR MODEL)

โมเดล ADKAR มี 5 องค์ประกอบ โดย 5 องค์ประกอบนี้ต้องมีครบถ้วนการเปลี่ยนแปลงจึงจะประสบผลสำเร็จ

A: Awareness การตระหนักรู้ การรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลง

D: Desire ความปรารถนาที่จะสนับสนุน เข้าร่วมในการเปลี่ยนแปลง

K: Knowledge ความรู้ว่าจะเปลี่ยนแปลงต้องทำอย่างไร

A: Ability ความสามารถ ทักษะและพฤติกรรมที่ต้องใช้ในการเปลี่ยนแปลง

R: Reinforcement แรงสนับสนุนที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน

Prosci ADKAR เป็นแบบจำลองการจัดการความเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางการจัดการความเปลี่ยนแปลงให้ทั้งปัจเจกบุคคลและองค์กร แบบจำลองนี้มีความแตกต่างจากแบบจำลองความเปลี่ยนแปลงอื่นเพราะแบบจำลองนี้โดยการเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่ระดับปัจเจกบุคคล

Jeff Hiatt พัฒนาแบบจำลองของความเปลี่ยนแปลง ADKAR ในช่วงคริสต์ทศวรรษที่ 1990-1999 แบบจำลองนี้มีพื้นฐานมาจากการวิเคราะห์ทั้งความเปลี่ยนแปลงที่ประสบความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ประสบความสำเร็จ ภายในองค์กรกว่า 100 แห่งในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาแบบจำลองของความเปลี่ยนแปลง ADKAR มีพื้นฐานจากข้อเท็จจริงว่า ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการตัดสินใจว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นประสบความสำเร็จหรือไม่คือคน แบบจำลองนี้เน้นว่า ความเปลี่ยนแปลงที่ประสบความสำเร็จจะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกแต่ละคนของทีมมีความสามารถที่จะเปลี่ยนเท่านั้นสิ่งสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงขององค์กรจะสำเร็จได้เมื่อบุคลากรต้องสนับสนุนและยอมรับการเปลี่ยนแปลง เพราะการเปลี่ยนแปลงนั้นจะเกิดขึ้นที่ระดับปัจเจกบุคคล แบบจำลองนี้มี 5 กระบวนการในการดำเนินการและเป็นผลของกระบวนการมีผลต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงระดับปัจเจกบุคคลซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขององค์กรที่ประสบความสำเร็จ

ขั้นตอนของแบบจำลอง ADKAR

1. การตระหนักรู้/การรับรู้ (Awareness)

ขั้นตอนแรกของการเปลี่ยนแปลง ก็คือการสร้างการรับรู้ ตระหนักรู้ (Awareness) ถึงความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยน การตระหนักรู้เป็นขั้นตอนแรกของ ADKAR และจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลรับรู้และเข้าใจถึงลักษณะของการเปลี่ยนแปลง ทำไมจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนและความเสี่ยงที่มาจากที่ไม่ยอมเปลี่ยนผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ คือ การที่ทุกคนมีความตระหนักรู้และเข้าใจความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง บุคคลแต่ละคนจะต้องตระหนักว่าทำไมการเปลี่ยนแปลงกำลังเกิดขึ้นและทำไมจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงหากบุคลากรไม่มีความความเข้าใจอย่างถ่องแท้ว่าทำไมการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นสิ่งจำเป็น บุคลากรจะไม่มีแรงจูงใจบทบาทที่สำคัญของการจัดการในขั้นตอนนี้คือเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าทุกคนเข้าใจความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง

การการตระหนักรู้ถึงความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงควรต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- การเปลี่ยนแปลงนี้เกี่ยวกับอะไร และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรอย่างไร
- ทำไมจึงต้องเปลี่ยน และความเสี่ยงที่ไม่ยอมเปลี่ยน
- การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีผลต่อองค์กรของเราและชุมชนที่เราอยู่อย่างไร
- ตัวฉันจะได้อะไรจากการเปลี่ยนแปลงนี้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตระหนักรู้ถึงความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย 5

ปัจจัย

- ปัจจัยที่ 1 มุมมองของบุคคลนั้นต่อสภาวะปัจจุบัน
- ปัจจัยที่ 2 วิธีที่บุคคลนั้นมองเห็นปัญหา
- ปัจจัยที่ 3 ความน่าเชื่อถือของผู้สื่อสารข้อมูล
- ปัจจัยที่ 4 การปล่อยข้อมูลผิดๆหรือข้างลือ
- ปัจจัยที่ 5 การถกเถียงถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง

2. ความปรารถนา (Desire)

ความปรารถนา (Desire) เป็นองค์ประกอบที่ 2 ของโมเดล ADKAR แสดงถึงแรงจูงใจและการตัดสินใจเลือกที่จะสนับสนุนหรือเข้าร่วมในการเปลี่ยนแปลง การสร้างแรงปรารถนาเป็นเรื่องที่ทำหาย เพราะเราไม่อาจจะควบคุมความคิดและทางเลือกของผู้อื่นได้

ปัจจัยที่ที่มีผลต่อความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงของบุคคลประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่

- ปัจจัยที่ 1 ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงและประโยชน์ที่เขาจะได้รับจากการเปลี่ยนแปลง
- ปัจจัยที่ 2 สภาพแวดล้อมขององค์กรต่อการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงในอดีต

ปัจจัยที่ 3 สถานการณ์ส่วนบุคคล

ปัจจัยที่ 4 แรงจูงใจส่วนตัวของแต่ละบุคคล

ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงในขั้นนี้คือทุกคนมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการจะประสบผลลัพท์ที่ดีของขั้นนี้จะต้องมีการดำเนินการกับบุคลากรทุกคนเพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ได้แก่

ประการที่ 1 บุคลากรมีความไม่พอใจกับประเด็นปัญหาที่มีอยู่ในสภาวะปัจจุบัน
 ประการที่ 2 บุคลากรควรเข้าใจผลที่จะเกิดขึ้นในทางลบของการปล่อยให้ประเด็นปัญหายังคงอยู่เหมือนเดิม และประการที่ 3 บุคลากรจำเป็นที่จะต้องมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงในการที่จะประสบความสำเร็จในวัตถุประสงค์สุดท้ายนี้ สิ่งสำคัญคือการอธิบายในระดับปัจเจกบุคคลว่าบุคลากรแต่ละคนจะได้ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ความรู้สึกมีส่วนร่วมกับทีมงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน หรือสิ่งตอบแทนในรูปแบบของเงินค่าตอบแทน

3. ความรู้ (Knowledge)

ความรู้ (Knowledge) เป็นองค์ประกอบที่ 3 ของโมเดล ADKAR หมายถึงความรู้ที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงสำเร็จ ความรู้หมายถึง การศึกษาและฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะ และพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลรายละเอียดของวิธีการ กระบวนการ ระบบ และเครื่องมือใหม่ๆ ความรู้ความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสร้างความรู้ได้แก่

ปัจจัยที่ 1 พื้นฐานความรู้ในปัจจุบันของบุคคล

ปัจจัยที่ 2 ความสามารถในการเรียนรู้ของบุคคล

ปัจจัยที่ 3 ทรัพยากรด้านการศึกษาและการฝึกอบรม

ปัจจัยที่ 4 การเข้าถึงความรู้ที่ต้องการ

ผลของขั้นตอนนี้คือทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง บุคลากรจำเป็นต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะต้องทำหรือวิธีการที่จะต้องเปลี่ยน บุคลากรจำเป็นต้องจะต้องรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะต้องทำระหว่างการเปลี่ยนแปลงและสิ่งที่จะต้องทำเมื่อการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นวิธีที่จะสื่อความรู้มีหลายวิธี ได้แก่ 1) ผ่านการศึกษาและการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ 2) ผ่านการเรียนรู้จากผู้ฝึกสอนและที่ปรึกษา 3) ผ่านการทำงานร่วมกัน

4. ความสามารถ (Ability)

ความสามารถ (Ability) เป็นองค์ประกอบที่ 4 ของโมเดล ADKAR แสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จะปฏิบัติตามการเปลี่ยนแปลงให้เกิดผลสำเร็จในระดับที่ตั้งเป้าหมายไว้

ปัจจัยที่ส่งผลถึงความสามารถที่จะปฏิบัติตามการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

ปัจจัยที่ 1 อุปสรรคทางจิตใจ

ปัจจัยที่ 2 ความสามารถทางกาย

ปัจจัยที่ 3 ความเฉลียวฉลาดและสติปัญญา

ปัจจัยที่ 4 เวลาเพื่อการพัฒนาทักษะ

ปัจจัยที่ 5 ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถ

ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนนี้คือทุกคนมีความสามารถที่จะแสดงทักษะและพฤติกรรมใหม่คุณภาพที่ดีของแบบจำลอง ADKAR คือการแยกแยะระหว่างทฤษฎีกับการดำเนินการเมื่อเกิดความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง (ทฤษฎี) แล้วบุคลากรจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนระหว่างการปฏิบัติจริง (การดำเนินการ) วิธีการที่จะจัดการเพื่อสนับสนุนการใช้วิธีใหม่ใน

การทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (ตัวอย่างเช่น แบบจำลองสำนักงาน) หรือ โดยการให้การฝึกสอนหรือเป็นที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

5. การเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement)

การเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) เป็นองค์ประกอบสุดท้าย ของโมเดล ADKAR แรงสนับสนุนนั้นรวมถึงการกระทำหรือกิจกรรมใดๆ ที่ช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงต่อบุคคลหรือองค์กร ตัวอย่างเช่น การยกย่อง ชมเชยในที่สาธารณะและส่วนบุคคล กรอให้รางวัล การเฉลิมฉลองในกลุ่ม

ปัจจัยที่ส่งผลถึงประสิทธิภาพของแรงสนับสนุน ได้แก่

ปัจจัยที่ 1 ความสำคัญของแรงสนับสนุนที่มีต่อผู้ได้รับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยที่ 2 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนกับความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยที่ 3 การปราศจากผลลัพธ์ในทางลบ

ปัจจัยที่ 4 ระบบการติดตามที่ช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงในขั้นนี้คือ การเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมใหม่ในระดับปัจเจกบุคคล ขั้นตอนสุดท้ายนี้มีความจำเป็นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืน วิธีการเสริมพลังหลายวิธีสามารถนำมาใช้เพื่อให้ปัจเจกบุคคลไม่กลับไปใช้วิธีการเดิมในการทำงานหรือการคิด ได้แก่

- การดำเนินการแก้ไขอย่างรวดเร็ว
- การเสริมพลังเชิงรุก
- การสะท้อนผลให้ทราบ
- การให้รางวัลและการเชิดชูเกียรติ
- การแสดงความยินดี

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ยากที่จะดำเนินการ เหตุผลที่ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ยากเพราะเมื่อองค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลงแล้ว องค์กรมักจะมุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงในเรื่องอื่นการใช้แบบจำลอง ADKAR ในการปฏิบัติงาน

วิธีการในการดำเนินการตามแบบจำลองของความเปลี่ยนแปลง ADKAR

ผลของ ADKAR	ผู้รับผิดชอบ	วิธีการ
Awareness : การตระหนักรู้ใน ความจำเป็นที่จะเปลี่ยนแปลง	ผู้นำของธุรกิจ ผู้สนับสนุน ผู้จัดการ	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสอน
Desire : ความปรารถนาในการ สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการ เปลี่ยนแปลง	ผู้นำของธุรกิจ ผู้สนับสนุน ผู้จัดการ ทีมโครงการ	การฝึกสอน การจัดการแรงเสียดทาน
Knowledge : ความรู้ในวิธีการที่ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง	ทีมโครงการ งานทรัพยากรบุคคล	การฝึกอบรม การสอน
Ability : ความสามารถในการที่ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง	ทีมโครงการ งานทรัพยากรบุคคล ผู้จัดการ	การสะท้อนผลให้ทราบ การจำลองสถานการณ์ การสอน
Reinforcement : การเสริมแรง สนับสนุนในการที่จะทำให้การ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นยั่งยืน	ผู้จัดการ	การดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่าง รวดเร็ว การเสริมพลังเชิงรุก การสะท้อนผลให้ทราบ การให้รางวัลและการเชิดชูเกียรติ การแสดงความคิดเห็น

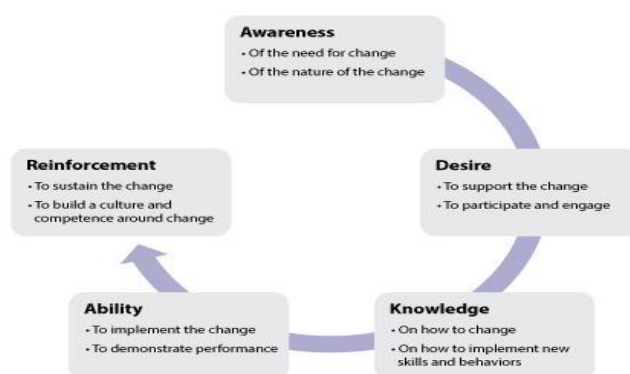
ประโยชน์ของแบบจำลอง ADKAR

1. แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ไม่ใช่หน้าที่รับผิดชอบ แบบจำลองการจัดการความเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการแต่แบบจำลองนี้คือ ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จ
2. แบบจำลองนี้สามารถใช้ประเมินความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนของแบบจำลองสามารถประเมินได้ในระดับปัจเจกบุคคล ช่องว่างที่เกิดขึ้นจึงสามารถแก้ไขได้ทันเวลา
3. แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกับบุคลากรว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดของการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่เป็นเพียงกระบวนการ
4. แบบจำลองนี้ให้รายการตรวจสอบที่ชัดเจนสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องทำเพื่อจัดการความเปลี่ยนแปลง

ข้อจำกัดของแบบจำลอง ADKAR

1. แบบจำลองนี้ไม่ให้ความสำคัญกับการจัดการโครงการและความจำเป็นที่จะต้องให้แนวทางและขั้นตอนที่ชัดเจนที่จะนำไปสู่จุดหมายสุดท้าย
2. แบบจำลองนี้เหมาะกับการริเริ่มเปลี่ยนแปลงสิ่งเล็กๆ มากกว่าและให้ความสำคัญกับมิติทางบุคคลไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงกว้าง

Prosci® ADKAR® Model

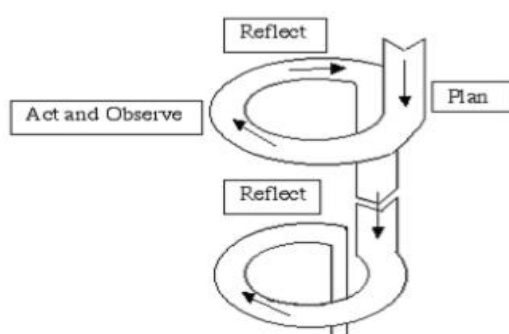


ภาพประกอบ 7 โมเดลบริหารการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR MODEL)

แบบจำลอง ADKAR เป็นกรอบแนวคิดการจัดการความเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนของแบบจำลองประกอบด้วย การตระหนักรู้ ความปรารถนา ความรู้ ความสามารถ และการเสริมพลัง สิ่งที่แตกต่างกันจากแบบจำลองการจัดการความเปลี่ยนแปลงอื่นๆ คือ แบบจำลอง ADKAR ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงโดยมนุษย์ และเน้นว่า ปัจเจกบุคคลต้องเปลี่ยนเพื่อที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงขององค์กรประสบความสำเร็จ (M.Hiatt. 2006)

5.การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)

เคมมิส และแมคแทกการ์ท (Kemmis; & McTaggart. 1988) ได้นำแนวคิดของ เคิร์ท ลีวีน (Kurt Lewin) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงการ จัดการศึกษาของออสเตรเลียจนได้รับการยอมรับ และเผยแพร่ไปกว้างขวาง มีจุดสนใจร่วมกันแล้วก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญ 4 ประการ เกี่ยวข้องกันเป็นวงจร คือ 1) การพัฒนาแผนการปฏิบัติ (Plan) เพื่อปรับปรุงสิ่งที่เป็นปัญหาซึ่งเป็น การปฏิบัติงานที่มีโครงสร้าง และแนวทางการวางแผนต้องมีความยืดหยุ่น และคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลง ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนที่กำหนดไว้ได้ 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) ซึ่งเป็นการ ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างละเอียดรอบคอบและมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์ 3) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) เป็นการบันทึกข้อมูล หลักฐาน หรือร่องรอยต่าง ๆ อย่างมีวิจารณญาณ เกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติ โดยอาจใช้วิธีการวัดแบบต่าง ๆ เข้ามาช่วยซึ่งข้อมูลจากการสังเกตนี้ นำไปสู่การสะท้อนและปรับปรุงการปฏิบัติถูกต้องทิศทางและมีความเข้าใจ และ 4) การสะท้อนผล การปฏิบัติ (Reflect) เป็นกระบวนการทบทวนการปฏิบัติจากบันทึกที่ได้จากการสังเกตว่าได้ผล มีปัญหาหรือข้อขัดแย้งอย่างไร เพื่อเป็นพื้นฐานการวางแผนในวงจรต่อไป ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ที่มา: Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*.

ไพโรจน์ ชลารักษ์ (2549) กล่าวถึง กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่าง ๆ สามารถระบุได้ตามขั้นตอนหรือกระบวนการวิจัยซึ่งมีอยู่หลายขั้นตอน ช่วยให้เห็นบทบาทหน้าที่ของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน และในทางปฏิบัติ กระบวนการวิจัย ต้องดำเนินไปโดยความร่วมมือ และทำกิจกรรมต่อเนื่องเป็นลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นการศึกษาบริบท ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะทำการกำหนดพื้นที่หรืออาณาบริเวณที่จะทำการศึกษาวิจัยเพื่อทำประชาคม โดยมีนักพัฒนาประชาสัมพันธ์ชักชวนให้ชาวบ้านเข้าร่วม กิจกรรมการวิจัย

2. ขั้นกำหนดปัญหา ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยสรุปคำถามหรือปัญหา รวมทั้งอธิบายเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหามาให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เห็นภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตรงกัน ส่วนนักพัฒนาทำความเข้าใจประเด็นปัญหาและมองถึงผลของการวิจัยได้อย่างชัดเจน ครอบคลุมส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ชาวบ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ข้อมูล และแสดงความคิดเห็นหรือ ความต้องการ ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้ว การวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพจริงที่เกิดขึ้นหรือ สอดคล้องกับความต้องการพัฒนาที่ประสงค์ได้นั้น

3. ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงาน วิจัยให้ชัดเจน รวมทั้งระบุด้วยว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยแต่ละฝ่ายจะมีส่วนร่วมอะไร และอย่างไร เมื่อใดบ้าง พร้อมทั้งแผนการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัย ส่วนนักพัฒนาจะเข้าร่วม ปฏิบัติการวิจัยโดยติดตามผลการดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอน และคอยตรวจสอบผลของการดำเนินงานว่า มีสิ่งใดที่ผิดพลาด หรือไม่เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมาย หรือมีสิ่งใดที่เกิดแทรกซ้อนขึ้นมา

4. ขั้นการติดตามตรวจสอบและปรับปรุง เป็นการแก้ไขระหว่างกระบวนการปฏิบัติงานงานวิจัย ในขั้นนี้ ผู้วิจัยที่ส่วนร่วมโดยการพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย แล้วนำมาทำการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย โดยนักพัฒนาจะเข้ามามีส่วนร่วมด้วย การตรวจสอบผลการปฏิบัติงานวิจัยและประเมินว่าผลที่เกิดขึ้น เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ และประชาชนหรือชาวบ้านเข้าร่วมรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงาน ตามที่ผู้วิจัยกำหนด รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ที่แสดงถึงความพึงพอใจและความสำเร็จ ของการดำเนินการวิจัย

5. ขั้นการสรุปผลการวิจัย ทำการสรุปผลการวิจัย และรวบรวมเป็นรายงานการวิจัยออกเผยแพร่ นักพัฒนาจะมีส่วนร่วมรับทราบและตรวจสอบประเมินผลการวิจัยว่าประสบ

ความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรค โดยชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ย้อนกลับพึงพอใจและได้ผลตามที่คาดหวังไว้หรือไม่

เทคนิคการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1. **เทคนิคเอไอซีเทคนิค AIC (Appreciation influence control)** เป็นเทคนิควางแผนการพัฒนาชุมชน ระดมความคิดเห็นของประชาชนในชุมชน เป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการกระตุ้นการยอมรับและพลังของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนพัฒนาชุมชน แนวทางนี้พัฒนามาจากแนวคิดของสถาบันเอกชนชื่อ Organization for Development: an International Institute (ODII) ตั้งขึ้นโดย ทูริด ซาโต้ และวิลเลียม อี สมิธ (Ms. Turid Sato and Dr. William E. Smith) กระบวนการนี้ได้นำมาทดลองและเผยแพร่ในประเทศไทยโดยสถาบัน ODII ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA)

นิยามและความหมาย

กรม สูดประเสริฐ (2537) ให้ความหมายของเทคนิค AIC ว่าเป็นการประชุมที่มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาข้อจำกัด ความต้องการ และ ศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A)** เป็นการแลกเปลี่ยนและการเรียนรู้ประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงข้อคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยอาจใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงข้อคิดเห็น แบ่งเป็น 2 ช่วงคือ

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน (A1)

1.2 การกำหนดอนาคตของหมู่บ้านที่ต้องการให้เกิดการพัฒนาทิศทางใด (A2)

2. **ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I)** คือ ขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาหมู่บ้านตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในช่วง (A2) และเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการ พัฒนาและการค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

2.1 การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์

2.2 การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเอง กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเองบางส่วน และขอความช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก และกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถขอทุนอุดหนุนจากภาครัฐโดยผ่านตำบล

3. ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติ (Control หรือ C) คือ การนำเอาโครงการหรือกิจกรรม ต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ขั้นตอนนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงได้แก่

3.1 การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ

3.2 การตกลงในรายละเอียดในการดำเนินงาน

3. การถอดบทเรียน (Lesson Learned)

ความหมายของการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียน คือวิธีการสำเร็จหรือล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ การทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว หรืออาจกล่าวได้ว่า เราถอดบทเรียน เพื่อสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้ร่วมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และสามารถเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้ (รัตนาดวงแก้ว, 2551)

นอกจากนี้การถอดบทเรียน หมายถึง กระบวนการดึงเอาบางสิ่งบางอย่างออกมาจากบทเรียนที่มีอยู่จากสิ่งที่เราทำ เพื่อให้ได้งานที่เป็นความสำเร็จ (Best Practice) รวมทั้งความล้มเหลวที่เกิดขึ้น (Bad Practice)

กาญจนา แก้วเทพและอดุลย์ ดวงดีที่ทรัพย์สิน : 2549 ได้กล่าวไว้ว่า การถอดบทเรียนเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการความรู้ ตามหลักแนวคิดเรื่อง "การจัดการความรู้ (Knowledge management) จะเห็นว่าในการทำงานใดๆนั้นจะต้องการองค์ประกอบ 3 อย่างคือ (1) คน (2) องค์ความรู้ (3) ทรัพยากรอื่นๆ เช่น งบประมาณ/สถานที่/เวลา ฯลฯ ส่วนประกอบที่มีความสำคัญมากยิ่งขึ้นทุกทีในโลกสมัยใหม่ก็คือตัวองค์ความรู้ ซึ่งหากมีการบริหารจัดการที่ดีแล้ว ก็จะได้ทั้งปริมาณความรู้ที่เพิ่มขึ้นและคุณภาพของความรู้ที่ทรงอานุภาพ

สมพันธ์ เตชะอธิก (2553) การถอดบทเรียน เป็นกระบวนการดึงเอาความรู้ที่ได้รับจากการทำงาน มาใช้ประโยชน์หรือการบริหารจัดการต่างๆ ซึ่งบุคคล กลุ่ม โครงการสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตั้งแต่เริ่มต้น มีการสะท้อนกลับทันทีเมื่อจบกิจกรรม และเรียนรู้ เมื่อจบสิ้นการทำงานหนึ่งๆ หรือโครงการหนึ่งๆ

ดังนั้น การถอดบทเรียน จึงเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงาน ซึ่งได้จากรายละเอียดขั้นตอนหรือบันทึกผลการปฏิบัติ รวมถึงความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น/บรรลุเป้าหมาย สามารถเผยแพร่ได้ เน้นการระดมสมอง พุดคุย เล่าเรื่อง สังเคราะห์ จับประเด็น กระบวนการวิธีทำงานเชิงบทเรียนหรือประสบการณ์

ความสำคัญและประโยชน์ของการถอดบทเรียน สามารถสรุปโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1. ระยะสั้น สามารถนำไปปรับปรุงเทคนิคการทำงาน การขับเคลื่อนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม และทำให้ผลการดำเนินงานโครงการดีขึ้น 2. ระยะกลาง และ 3. ระยะยาว ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำงาน และการเผชิญปัญหามากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจเมื่อ ได้เห็นพัฒนาการของโครงการที่ดีขึ้น หลังจากการนำบทเรียนไปปรับใช้

บทเรียนมีหลายประเภท ทั้งบทเรียนของปัจเจกบุคคล บทเรียนของกลุ่มงานหรือทีมงาน บทเรียนของโครงการ โดยเฉพาะหากเป็นบทเรียนของโครงการ อาจเป็นบทเรียนตามวงโคจรโครงการตั้งแต่ เริ่มดำเนินการโครงการ ระหว่างการดำเนินโครงการ และสิ้นสุดโครงการ ซึ่งมีกระบวนการถอดบทเรียนแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. เมื่อเริ่มต้นกิจกรรม/โครงการ ถอดบทเรียนเพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า ใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเพื่อนร่วมงาน
2. ระหว่างดำเนินกิจกรรม/โครงการ ถอดบทเรียนเพื่อสะท้อนการทำงาน และสร้างความเข้มแข็งในกิจกรรมต่อไปใช้วิธีทบทวนสะท้อนกลับ (After Action Review: AAR)
3. หลังสิ้นสุดโครงการ ถอดบทเรียนเพื่อการสังเคราะห์ความรู้ ค้นหาปัจจัยและกระบวนการหนุนเสริมที่ดี (Best Practice) ใช้วิธีเรียนรู้หลังการดำเนินงาน (Retrospect)

วิธีการถอดบทเรียน ประกอบด้วย

1. การถอดบทเรียนด้วยการเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Assist - PA) เป็นการเรียนรู้ก่อนการทำกิจกรรม โดยเป็นการเรียนรู้จากเขา เขาเรียนรู้จากเรา ทั้งเราและเขาเรียนรู้ร่วมกัน และสิ่งที่เราร่วมกันสร้าง (เกิดความรู้ใหม่) โดยมีลักษณะเป็นการประชุม/ประชุมเชิงปฏิบัติ
2. การถอดบทเรียนแบบเล่าเรื่อง (Story Telling) เป็นการเรียนรู้ก่อนหรือระหว่างทำกิจกรรม ด้วยการให้ผู้มีความรู้จากการปฏิบัติ ปลดปล่อยความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวออกมา แลกเปลี่ยนความรู้ โดยผู้เล่าจะเล่าความรู้สึกที่ฝังลึกอยู่ในตัวที่เกิดจากการปฏิบัติ ซึ่งผู้ฟังสามารถตีความได้โดยอิสระ และเมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนผลการตีความแล้ว จะทำให้ได้ความรู้ที่สามารถ

บันทึกไว้เป็นชุดความรู้ ซึ่งการถอดบทเรียนใน ลักษณะนี้ จะเป็นการสกัดความรู้จาก เรื่องที่เล่าออกมา ว่ามีคุณค่าและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างไร ไม่ใช่เป็นเพียงการ เล่าเรื่องในอดีต

3. การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) ที่มาของ AAR นั้น มาจากกองทัพสหรัฐฯ โดยเกิดจากการนำผลการรบมาปรับปรุงเพื่อการรบครั้งต่อไป ดังนั้น AAR จึงเป็นการจับความรู้ที่เกิดขึ้นสั้นๆ ภายหลังจากทำกิจกรรม แล้วนำไปสู่การวางแผนในครั้งต่อไป ทำให้คนทำรู้สึกตื่นตัวและมีความรู้สึกผูกพันกับงาน โดยโครงการ/กิจกรรมที่ทำครั้งเดียวแล้วจบ ไม่จำเป็นต้องทำ AAR ซึ่งรูปแบบการทำ AAR สามารถดำเนินการได้ทั้งระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อปรับปรุง/แก้ไขระหว่างการทำงาน หรือ “การทำไป คิดไป แก้ไขไป” และ ภายหลังสิ้นสุดแต่ละกิจกรรมเพื่อนำไปวางแผนกิจกรรมครั้งต่อไป (วรางคณา จันทรวง : 2557)

การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (AAR) และเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Retrospect) หลักคิดในการถอดบทเรียนปัจจุบัน “มุ่งเน้นการมองอนาคต ทำสิ่งที่ดีขึ้นในอนาคต” มากกว่า “แสวงหาความล้มเหลวของผลงานในอดีต” การถอดบทเรียนควรมุ่งเน้นประเด็นที่สำคัญที่จำเป็นสำหรับการวางแผนเพื่อความสำเร็จในอนาคต จะไม่ถอดบทเรียนของโครงการในทุกเรื่อง แต่จะให้ความสำคัญเฉพาะประเด็นที่มีความสำคัญเป็นพิเศษ หรือจุดคานงัด (จุดที่มีพลังต่อความเปลี่ยนแปลง) ดังนั้น ไม่ว่าจะถอดบทเรียนด้วยวิธีใด การตั้งโจทย์หรือตั้งประเด็นที่มีคุณค่า จึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในกระบวนการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการโดยหลักการแล้วเป็นการถอดบทเรียนภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม เพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปดีขึ้น และลดข้อผิดพลาด การถอดบทเรียนลักษณะนี้จะมีประโยชน์ ถ้าต้องดำเนินกิจกรรมนั้นหลายๆ ครั้ง และถอดบทเรียนในช่วงแรกๆของการทำกิจกรรม เพื่อยกระดับคุณภาพการทำงานในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น และดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการมีพื้นฐานมาจากแนวคิดของการโจมตีซ้ำศึกของกองทัพ ซึ่งทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งพลทหาร แม่ทัพนายกอง ประชุมพูดคุยถึงผลการปฏิบัติภารกิจโจมตีซ้ำศึกในวันแรก เพื่อการปฏิบัติการรบที่ดีขึ้นในวันต่อไป การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ มีกระบวนการขั้นตอนคล้ายคลึงกับการถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Retrospect) ซึ่งเป็นการถอดบทเรียนทั้งโครงการไม่ใช่เฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง “AAR เปรียบเสมือนการถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดการรบในแต่ละวัน” “Retrospect เปรียบเสมือนการถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดสงคราม” (ศุภวัณณ์ พลายน้อย และเนาวรัตน์ พลายน้อย, 2552)

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

วิสิษฐ์ ปิ่นประจักษ์ (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ได้ระบบการดูแลคือ 1. ระบบที่พัฒนา คือ ระบบการติดตาม ผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดด้วย Line Application ให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ให้ยา ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และมีการติดตามทาง Line Application โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต หลังการรักษา 7 วัน ในช่วง 2 เดือนแรก ในเดือนที่ 3 หากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมได้ ก็ทำการ เยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุและส่งเสริมให้ญาติช่วยดูแล และพิจารณาปรับยาให้เหมาะสม 2. ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังการใช้ระบบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลง

ทิพย์สุนันท์ กิจรุ่งโรจน์ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ผลการวิจัย พบว่า 1.ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.50, p \leq .001$) 2.ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.87, p \leq .001$) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 15 ($d = -14.00, p \leq .001$) และสัปดาห์ที่ 8 กับสัปดาห์ที่ 15 ($d = -14.72, p \leq .001$) 3.ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.82, p \leq .01$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 15 ($d = -8.22, p \leq .01$) และสัปดาห์ที่ 8 กับสัปดาห์ที่ 15 ($d = -6.11, p \leq .01$)

อัมภากร หาญณรงค์, ชัญญูชิตาบุษฎี พูลศิริ, และ สมสมัย รัตนกริธากุล (2560) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วย โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม จำนวน 109 ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 92.86, SD = 15.53$) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่ม

ตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ($b = -.510$) และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ($b = .236$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 41.1 ($R^2 = .411, p < .001$)

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, เพชรธณี วิริยะสีบพงษ์, รุ่งรังษี วิบูลย์ชัย, และ โกศลวิตร (2560) ได้ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในเขตพื้นที่อีสานใต้ ประเทศไทย เป็นการศึกษาสำรวจทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานด้วยพฤติกรรม 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ในพื้นที่อีสานใต้ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการรับประทานทานอาหารใน 1 วัน ของกลุ่มเสี่ยง มีการรับประทานทานผักสดเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 23.87 ส่วนการรับประทานผลไม้หวานจัด ขนมหวาน อาหารทอด/หมักดอง การเติมน้ำปลา/น้ำตาลในอาหาร มีพฤติกรรมไม่รับประทานทานเลย เพียง ร้อยละ 1.35 - 9.46 สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีการออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละ 1-3 วัน ร้อยละ 13.51 ส่วนพฤติกรรมจัดการอารมณ์ พบว่า พฤติกรรมควบคุมเมื่อรู้สึกโกรธ มีเพียง ร้อยละ 23.87 และเมื่อปัจจัยวิเคราะห์สนับสนุนความสำเร็จ พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรม 3 อ. ที่ดีมีความตระหนัก ก้าวต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเบาหวาน เชื่อว่าการออกกำลังกายการหลีกเลี่ยงอาหารหวาน ช่วยป้องกันเบาหวานได้สรุปว่ากลุ่มเสี่ยง ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยใช้ 3 อ. ที่ไม่เพียงพอในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้

ระพีพัฒน์ ศรีมาลา และคณะ.(2559) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยผู้นำชุมชนที่จะประสบความสำเร็จ จากการ วิจัยได้ผล 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ 2.1 มีการเตรียมพร้อมก่อนการวิจัย โดยผู้วิจัยต้องจะมีความเข้าใจชุมชนที่จะทำการศึกษาในลักษณะทั้งกายภาพและสังคมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และต้องมี ส่วนร่วมในการวิจัยตั้งแต่ขั้นตอนแรก เพื่อให้สามารถสร้างเป้าหมายและวิธีการจัดการสุขภาพชุมชน การพัฒนาศักยภาพผู้นำร่วมกัน สามารถเชื่อมโยงปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการวิจัยได้ อย่างเป็นระบบ สามารถการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยปราศจากอคติที่ เกิดจากความแตกต่างๆในเรื่องความเชื่อ ศาสนาหรือวัฒนธรรมประเพณีที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นเครื่องขวางกั้น ปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยเกิดแนวคิดและมุมมองใหม่ๆในการจัดการสุขภาพชุมชน 2.2 มีการบูรณาการผู้วิจัยเข้ากับชุมชน ในการวิจัยปฏิบัติการนั้น การที่ผู้วิจัยสามารถทำให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมายนั้น เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงมุมมองจาก คนนอกชุมชนให้เป็นคนในชุมชน เกิดมุมมองที่แตกต่างๆออกไปจาก

กระบวนการพัฒนาในรูปแบบเดิมๆ เพื่อ เตรียมตัวสู่การพัฒนาสิ่งที่ดีที่สุดคือการเข้าไปมีส่วนร่วมร่วมกับกิจกรรมต่างๆของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ สร้างการมีส่วนร่วมทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี การจัดให้มีเวทีในการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้นำที่มาจากกลุ่มต่างๆอย่าง ต่อเนื่อง สามารถซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทำให้สามารถประยุกต์เครื่องมือ ชุมชนต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการวิจัย 2.3 มีการวางแผนปฏิบัติการสร้างการมีส่วนร่วมที่ร่วมมือกันทำให้ผู้นำและชุมชนเกิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกับโครงการ/กิจกรรม มีการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์ สวอท (SWOT) การประชุมมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ เอไอซี (AIC) และการประชุมปฏิบัติการ ส่งผลให้สามารถ วิเคราะห์ปัญหา ประชุมอย่างมีส่วนร่วมสร้างสรรค์และกำหนดแผนงาน/กิจกรรม เกิดเป็นกลยุทธ์ใหม่ในการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม 2.4 มีการปฏิบัติการตามแผนงานที่กำหนดอย่างต่อเนื่องในชุมชนตามแผนกิจกรรม/โครงการที่ ได้วางไว้ มีการวางแผนปฏิบัติการสร้างการมีส่วนร่วมที่ร่วมมือกันทำให้ผู้นำเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมกับโครงการ/กิจกรรม มีการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์สวอท (SWOT) การ ประชุมมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ เอไอซี (AIC) และการประชุมปฏิบัติการ ส่งผลให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา ประชุม อย่างมีส่วนร่วมสร้างสรรค์และกำหนดแผนงาน/กิจกรรม เกิดเป็น กลยุทธ์ใหม่ในการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมี ส่วนร่วม 4. มีการปฏิบัติการตามแผนงานที่กำหนดอย่างต่อเนื่องตามแผนกิจกรรม/โครงการที่ได้วางไว้ใน 4 กลยุทธ์หลัก ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมจดหมายกระจายข่าวและบอร์ด สุขภาพ กลยุทธ์ที่ 2 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการเดินทาง รณรงค์เพื่อสุขภาพและกิจกรรมนวัตกรรมดีใจสุขภาพ กลยุทธ์ที่ 3 ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพฯ 3 อ ชะลอโรค ประกอบด้วยกิจกรรมผู้นำปฏิบัติการ ออกกำลังกายและเมนูชุมชนเพื่อสุขภาพ กลยุทธ์ที่ 4 การบูรณาการวิถีมุสลิมกับสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมคุตบะห์เพื่อสุขภาพและ ป้ายสุขภาพพูดได้

เสาวลักษณ์ มูลสาร และ เกษร สำเภาทอง (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงอันเนื่องมาจากการบริโภคอาหาร โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยง ปี 2556 อายุ 22-45 ปี ทั้งเพศชาย และหญิง ค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139 / 85-89 มิลลิเมตรปรอท และมีปัจจัยด้านการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 74 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37คน และกลุ่มควบคุม 37คน กลุ่มทดลองได้รับ

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วย กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ และเสริมสร้างความมั่นใจ ได้แก่ (1) การสอนเรื่องโภชนาการเพื่อควบคุมและป้องกันความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH (2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และจากบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตสูง (3) การกระตุ้นย้ำกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่าง มีการเสริมสร้างกำลังใจ และคอยกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติระหว่างการเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 8 สัปดาห์สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ผลการวิจัยพบว่า (1) ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ไม่แตกต่างกัน (2) ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคม และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ไม่แตกต่างกันการศึกษานี้ สรุปได้ว่าการใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่สร้างให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง และไม่ส่งผลต่อปัจจัยทางด้านคลินิก

นรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ, โกเมนทร์ ทิวทอง, และ สุภัทนา กลางคาร (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองต่อความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการจัดการคุณภาพของเดมมิ่ง ในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 35-59 ปี ระดับความดันโลหิตช่วงบนระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตช่วงล่างระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 39 คน กลุ่มทดลอง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวม 14 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t-test และ Independent Samples t-test ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง และ

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ซึ่งลักษณะของโปรแกรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 “รู้เท่าทันโรคความดันโลหิตสูง” ให้ความรู้ ด้วยวิธีการสาธิต สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 2 “รับประทานอย่างมั่นใจ เอวหายไป ร่างกายแข็งแรง ลด ละ เลิก ก้าวพ่นภัย เหล้า บุหรี่” การให้ความรู้ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน ภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร ความรู้เรื่องโทษภัยเหล้า บุหรี่ การบันทึกค่าความดันโลหิต ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสังเกต และสอบถามสังเกตการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 3 “วัดความดัน ออกกำลังกาย บ่อยครั้ง ด้านภัยความดันโลหิตสูง” การส่งเสริมทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสมและประโยชน์ของการออกกำลังกาย พร้อมทั้ง สาธิตย้อนกลับ ฝึกปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมที่ 4 “ยิ้ม แยม แจ่มใส ใส่ใจอารมณ์ ลดเสี่ยง ลดโรคความดันโลหิตสูง” ส่งเสริมเพิ่มทักษะฝึกปฏิบัติ สร้างความเข้าใจ การจัดการ และการผ่อนคลายเครียดสามารถ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับตนเองได้ สัปดาห์ที่ 10

กิจกรรมที่ 5 “เพื่อนร่วมทางวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรม” อสม.จับคู่กัน (Buddy) กับกลุ่มเสี่ยงแต่ละคน อสม.จะเป็นเหมือนเพื่อนร่วมทางในวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรม พร้อมทั้ง ติดตามผลโดยการลงติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 14

นิภาพรรณ อธิคมานนท์ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้กระบวนการกลุ่ม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมใน 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ผลการวิจัยพบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิริยา สุขวงศ์ และคณะ(2554) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อ ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีค่าความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และมีความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย การสอนสุขศึกษาเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การงดหรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการตรวจตามนัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองและเครื่องวัดความดันโลหิต เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ dependent t – test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

สมนึก โตมะสูงเนิน (2554) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมการบริโภคอาหารวัยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อศึกษาความรู้และวิธีปฏิบัติตัวการบริโภคอาหารในคลินิกผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบวิธีปฏิบัติตัวการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุก่อนและหลังให้ความรู้ด้านโภชนาการ เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre Experiment research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุชื่อ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ข้อมูลเกี่ยวกับห้องปฏิบัติการ การวัดเจตคติและการปฏิบัติตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ t-test ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 ช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 มีรายได้เฉลี่ย 3,000 บาทต่อเดือน มีสถานภาพคู่ ผู้สูงอายุต้องการดูแลและเอาใจใส่ โดยให้ความรู้และการปฏิบัติตัวต่อการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุ หลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวอย่างอาหารเป็นสื่อในการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และเข้าใจง่ายขึ้น ผลของการส่งเสริมการบริโภคอาหารวัยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ หลังการได้รับการส่งเสริมการบริโภคอาหารมีค่าสูงกว่าก่อนให้ความรู้ด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05

ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตรีเอกข้าวเม่า จำนวน 43 คน โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและแนวคิดคุณภาพชีวิต โปรแกรมฯ พัฒนาจากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายความปลอดภัยภายในบ้านและนอกบ้าน ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การส่งเสริมและสร้างคุณค่าในตนเอง ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม การทำงานอดิเรก และการใช้ยาอย่างปลอดภัย กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม การวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พุดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ สาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ, ปันดดา ปริพฤษ, และ ญานิศา ไชติกะคาม (2555) ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค ผลการวิจัยพบกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้น ๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำการเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสาการสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ เริ่มต้นจากการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล และระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชน ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้

โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

จิราภรณ์ ชูวงศ์ และ ปริญญา ก่องสกุล (2555) ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรังจำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และ แบบสอบถามการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที่ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ภายหลังจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้ อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ภายหลังจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้ อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิริวรรณ ชันติยวิทยากุล (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตำบลใหม่พัฒนา อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) จำนวน 240 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 120 คน และกลุ่มควบคุม 120 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 10 อ. ได้แก่ อาหาร อากาศ ออกกำลังกาย อุดมคติ อารมณ์ อุบัติเหตุ/สิ่งแวดล้อม อารมณ์ อติเรก อบอุน และอนาคต พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 ใน 3 มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับข้อกระดูก ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ตามลำดับ

นอกจากนี้ยัง พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีจำนวนพืชน้อยกว่า 20 ซี คณะกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

อภิชาติ เจริญยุทธ (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองพะลาน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายและหญิงที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) ของแบนดูรา ผลการศึกษาพบว่าภายหลัง การทดลอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลการปฏิบัติตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แพตตีเซีย (Patricia, 2006) ได้ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องของการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ตั้งเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างคือในเรื่องของการลดน้ำหนักอย่างน้อย 6.8 กิโลกรัม มีค่า BMI 25 mg/m² หรือมากกว่า ออกกำลังกายมากกว่า 180 นาที/สัปดาห์ รับประทานเกลือน้อยกว่า 15 ml/day ดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 30 ml/day ในเพศชาย และน้อยกว่า 15 ml/day ในเพศหญิง ส่วนในกลุ่มที่ 2 เพิ่มกิจกรรมในเรื่องของอาหารหยุดความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ส่วนในกลุ่มที่ 3 ใช้เพียงการให้คำแนะนำตามกิจกรรมดังกล่าวเพียงอย่างเดียวแล้ว หลังจากนั้นวัดผลการทดลองที่ 6 เดือน และ 18 เดือน พบว่ากิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมมีผลต่อการลดน้ำหนัก การรับประทานเกลือและอาหารไขมันสูง ส่วนในกลุ่มที่ฝึกกิจกรรมการรับประทานอาหาร DASH Diet พบว่า มีการเพิ่มการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เพิ่มขึ้น แต่ผลระดับของความดันโลหิตไม่มีความแตกต่างกัน

Han SS et al. (2005) ได้มีหาคศึกษาเรื่องโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 63 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 33 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน มี

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าทำให้ความรู้กับ กลุ่มทดลอง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นจำนวน 8 สัปดาห์ และการยืดเอ็นและกล้ามเนื้อ (Stretching exercise) 5 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเอง

ลิกเวอร์ส และคณะ (Lickvers, et al. 2005) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของงานประกันสุขภาพชาวเยอรมัน มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับวิธีการในการที่จะลดความดันโลหิต และใช้การติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง กิจกรรมในโปรแกรม โดยการติดต่อกันทางโทรศัพท์กับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการอบรมมา ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการฝึกอบรมด้านเนื้อหา ความรู้ และการติดตามระดับความดันโลหิตและประวัติความเสี่ยง ซึ่งจัดทำในผู้ป่วยแต่ละราย โดยเพิ่มประวัติจะถูกส่งไปให้ผู้ป่วยและแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย ผลที่ได้จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ศึกษา จำนวน 1,373 คน ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่องมาตลอด วิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ย 61 ปี เป็นเพศชาย 81% โดย 94% ของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีใช้ยาลดความดันโลหิต โดยแรกเริ่มผู้ป่วยจำนวน 615 ราย (44.8%) ที่มีความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตของผู้ป่วยเหล่านี้ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ โดยผู้ป่วย 308 คน(22.4%) น้ำหนักตัวลดลง การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกายและความรู้ในเรื่องการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น มีการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ฟิการ์ และคณะ (Figar, et al, 2006) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการให้ความรู้ 2) รูปแบบในการลดความดันโลหิตสูง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ > 65 ปี โดยรูปแบบแรก มีเป้าหมายที่จะพัฒนาการจัดการตนเอง และการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย เปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม ผลพบว่ารูปแบบการให้ความรู้แบบสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ มีประสิทธิผลมากกว่ารูปแบบการให้ความรู้แบบเดิม โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบสร้างพลังอำนาจ จะมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้แบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปแล้ว ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพนี้ จะเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี กลุ่มที่ยังควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ควรจะต้องมีการกระตุ้นให้พวกเขามีส่วนร่วมในโปรแกรมให้มากขึ้น

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) ตามแนวทางของ เคมมิส และแมกทากาด (Kemmis; & Mc Taggart. 1990) ร่วมกับเทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งพัฒนาผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวทางของ ADKAR Model โดยดำเนินการใน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชนและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โดยขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด สรุปได้ดังภาพประกอบ 9

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชนและการจัดการสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดพื้นที่ศึกษาและกลุ่มเป้าหมาย 2) สร้างความสัมพันธ์กับชุมชน 3) เตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ 4) สำรวจ/ ศึกษาชุมชน
<p>ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่าย</p> <p>1.วางแผน (P1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1) จัดประชุม AIC ครั้งที่ 1 <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1) ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์... A <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมของตนเอง...A1 - ทีมสุขภาพชุมชนประเมินบทบาทหน้าที่ของตนเอง(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ดูแล).A1 - กำหนดอนาคตของชุมชน...A 2 1.1.2) สร้างแนวทางในการพัฒนา.... I <ul style="list-style-type: none"> - วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน....I 1 - จัดลำดับความสำคัญของโครงการ....I 2

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
<p>1.1.3 นำโครงการหรือกิจกรรมสู่การปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบ่งกลุ่มผู้รับผิดชอบ.... C1 - การตกลงรายละเอียดในการดำเนินงานC2 <p>2.ปฏิบัติตามแผน (A1)</p> <p>2.1) จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ตามแนวทาง ADKAR Model</p> <p>3.สังเกตและประเมินผล (O1)</p> <p>3.1) การสังเกตและการประเมินผลการเรียนรู้ครั้งที่ 1</p> <p>3.2) การประเมินสถานะสุขภาพ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวทาง ADKAR Model และ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ย.</p> <p>3.3) จัดการเรียนรู้ตามแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล ADKAR Model</p> <p>4.สะท้อนผลการปฏิบัติ (R1) การประเมินผลรอบที่ 1</p> <p>5. พัฒนาแผน (P2)</p> <p>5.1) จัดประชุมพัฒนาแผนพัฒนาในส่วนขาด</p> <p>6. ปฏิบัติตามแผน (A2)</p> <p>6.1) ปฏิบัติตามแผน A2</p> <p>6.2) การจัดการเรียนรู้ตามแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล ADKAR Model</p>
<p>ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ</p> <p>7. สังเกตและประเมินผล(O2)</p> <p>7.1) การสังเกตและการประเมินผลครั้งที่ 2</p> <p>7.2) การประเมินสถานะสุขภาพ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวทาง ADKAR Model และ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ย. การมีส่วนร่วมในการประชุมพัฒนาแผน และสังเกต และการประเมินรอบที่ 2</p> <p>8.สะท้อนผลการปฏิบัติ (R2) การประเมินผลรอบที่ 2</p> <p>9. สรุปและจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.1 จัดประชุมปฏิบัติการการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) 9.2 สรุปและจัดทำรูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ภาพประกอบ 9 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

จากภาพประกอบ 9 สามารถแจกแจงรายละเอียดได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชนและการจัดการสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 รายละเอียดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัย

จากภาพประกอบ 10 มีรายละเอียดของกิจกรรมย่อย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1.1 กำหนดพื้นที่ศึกษาและกลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ศึกษา คือชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3 โดยมีผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี หรือเคยมี ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการติดตามการรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง

3) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลรักษาและควบคุมการรักษาโดยแพทย์

4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและสามารถเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ที่จะออกจากการทดลอง
2) กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้หากเข้าร่วมกิจกรรม

3) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้จนครบถ้วนตามระยะเวลา และ/หรือ จำนวนกิจกรรมที่กำหนด

2. ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 16 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
2) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและสามารถเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย

โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ที่จะออกจากการทดลอง
2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้จนครบถ้วนตามระยะเวลา และ/หรือจำนวนกิจกรรมที่กำหนด

3. ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 4

คน รวมจำนวน 10 คน ทั้งหมดนี้ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ

1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์และเกี่ยวข้องในการทำหน้าที่การดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ศึกษา หรือ

2) เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย แนวทาง ในการดูแลผู้ป่วย

3) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและสามารถเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัยและกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ที่จะออกจากการศึกษา

2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้จนครบถ้วนตามระยะเวลา และ/หรือจำนวนกิจกรรมที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 1.2 สร้างความสัมพันธ์กับชุมชน

1. ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองขวาง เพื่อสืบเสาะและค้นหาชุมชนที่มีความสนใจการส่งเสริมการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในตำบลคลองขวางแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นพื้นที่ศึกษาโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญของโครงการ มีแนวคิดและความต้องการให้มีการพัฒนาต่อเนื่อง และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยลงพื้นที่และขออนุญาตพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และชี้แจงแผนการศึกษาวิจัยอย่างไม่เป็นทางการ รวมทั้งขออนุญาต เข้าพบผู้นำชุมชนเพื่อพูดคุยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย รวดเร็วและได้ผล สมบูรณ์ที่สุด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ขออนุญาตและขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการฯ อย่างเป็นทางการ โดยการทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และเข้าร่วมทำการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของชุมชน รูปแบบการจัดการสุขภาพที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน จำนวน 42 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 3 คน ผู้นำชุมชน 4 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 16 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 16 คน จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้อย่าง

ชัดเจนสอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมระบุความสมัคร และทุกคนลงนามในหนังสือให้ความยินยอม ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1.3 เตรียมความพร้อมด้านบุคคลและเครือข่ายความร่วมมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. เตรียมผู้วิจัย โดยเตรียมความพร้อมทั้งในด้านการใช้ระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ รวมไปถึงการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ.2 ส.1 ย. แนวทางการการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล ADKAR model ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ก่อนเข้าไปศึกษาข้อมูลในพื้นที่ เป็นการเตรียมตัวผู้วิจัยให้มี ความไวเชิงทฤษฎี พร้อมในทุกขั้นตอนการศึกษา แล้วนำมาเขียนกรอบแนวคิด โครงร่างวิจัย และดำเนินการ สร้าง/ทดลองใช้เครื่องมือ ตลอดจนวางแผนดำเนินการวิจัย ส่วนการเตรียมตัวด้านการเก็บข้อมูล นั้น ผู้วิจัยได้เตรียมแนวทางในการประชุม AIC การประชุมปฏิบัติการ การสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์ การประเมินสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การประเมินพฤติกรรม 3 อ.2 ส.1 ย. ของผู้ป่วย การประเมินความสามารถของบุคคลตามแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล(ADKAR Model) และการบันทึกข้อมูล โดยยึดหลักว่าแนวคำถาม เป็นเพียงแนวทางที่มีความยืดหยุ่น ใช้ในการขึ้นำการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมและตรงประเด็น สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนั้นผู้วิจัย ได้เตรียมอุปกรณ์การวิจัย ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง เครื่องบันทึกภาพเคลื่อนไหว แบตเตอรี่ กล้องถ่ายรูป สมุดโน้ต ปากกา และแบบบันทึกต่าง ๆ รวมไปถึงของที่ระลึกสำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลในชุมชนผู้ให้การช่วยเหลือ

2. เตรียมเครือข่ายความร่วมมือ ดังนี้

2.1 ประสานการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ดูแล เพื่อทำความเข้าใจ แผนการดำเนินงานตลอดระยะเวลาการวิจัย และการกำหนด วันเวลาในแผนการดำเนินงานวิจัย

2.2 ประสานการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย และสร้างความคุ้นเคย ตลอดจนชี้แจงทำความเข้าใจกระบวนการ และขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้ามามีส่วนร่วม ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับ

ขั้นตอนที่ 1.4 สํารวจและศึกษาชุมชน

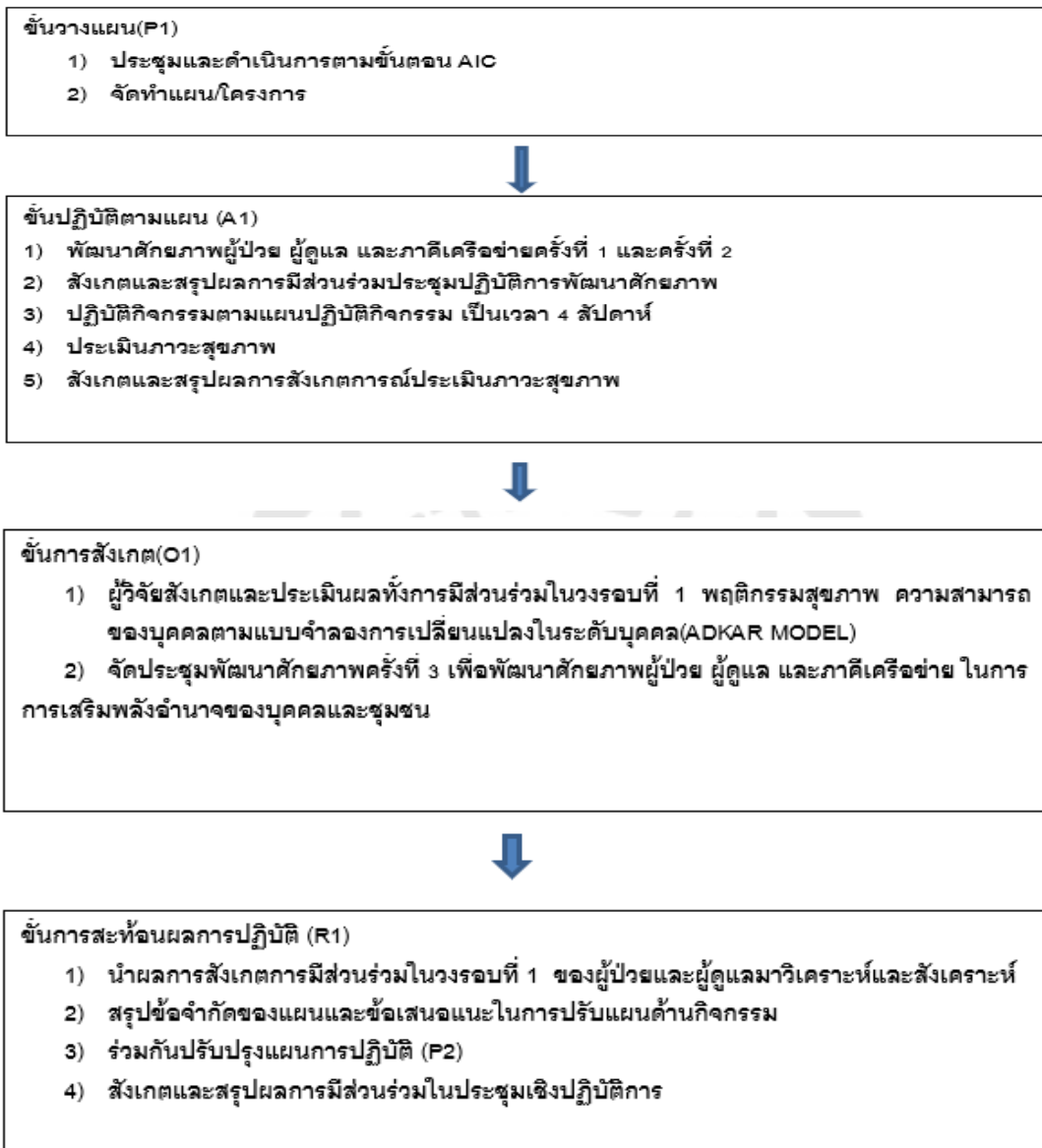
ผู้วิจัยสํารวจและศึกษาข้อมูลชุมชน ทั้งในด้านประวัติศาสตร์ชุมชน ข้อมูลประชากร ผังโครงสร้างองค์กรชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน เป็นต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาก่อนลงพื้นที่ศึกษาจริง

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในขั้นตอนนี้กำหนดนเป็น 2 วงรอบ ดังนี้



ขั้นตอนและรูปแบบการพัฒนา



ภาพประกอบ 11 ขั้นตอนศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในวงรอบที่ 1

วงรอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังภาพประกอบ

จากภาพประกอบ 11 ผู้วิจัยและชุมชน ดำเนินกิจกรรมพัฒนาในวงจรการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในวงรอบที่ 1 เพื่อร่วมกันศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน แล้วนำมาวางแผน (Plan: P) โดยใช้เทคนิคการประชุมเอไอซี (AIC) หลังจากนั้นปฏิบัติ ตามแผน (Action: A)

สังเกตและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม (Observation: O) และสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R) ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

2.1. ขั้นวางแผน (Plan: P1)

ในขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยดำเนินการประชุมตามกำหนดการประชุม AIC (ภาคผนวก จ) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง เพื่อร่วมกันศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน แล้วนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน ดังนี้

1. เริ่มประชุม ผู้วิจัยชี้แจงหัวข้อ และวัตถุประสงค์การวิจัย ที่ประชุมร่วมพิจารณา ชักถาม จนเข้าใจเรื่องที่จะศึกษา
2. ดำเนินการตามขั้นตอน AIC คือ ขั้นตอนที่ A (ร่วมสร้างความรู้) ขั้นตอน I (ร่วมสร้างแนวทางการพัฒนา) และขั้นตอน C (ร่วมสร้างแนวปฏิบัติ) โดยมีรายละเอียดในตาราง 4
3. สังเกตและสรุปผลการมีส่วนร่วมในการประชุม AIC
4. พิมพ์ผลจากการประชุมขั้นตอน C-2 ในรูปแบบแผนงานโครงการ
5. สรุปผลการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการประชุม AIC

ตาราง 4 ขั้นตอนและภารกิจหลักในการประชุม AIC

ขั้นตอน	ภารกิจหลัก
นำเข้าสู่การประชุม	แนะนำผู้วิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม เพื่อแจ้งให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบวัตถุประสงค์ รวมทั้งผลดีที่จะได้รับจากการประชุม และแนะนำตัวผู้เข้าร่วม
A – 1	ศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ความเป็นจริงทั้งในอดีตและปัจจุบัน เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้ป่วย 1) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ทุกคนเขียนภาพอดีตและภาพปัจจุบันคนละภาพ แล้วอภิปราย และเลือกมา 1 ภาพเป็นตัวแทนของกลุ่ม 2) ทุกกลุ่มนำเสนอรูปแบบการจัดการสุขภาพ ในมุมมองของกลุ่มและเปิดโอกาสให้ซักถาม 3) สรุปลักษณะของการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวม

ตาราง 4 (ต่อ)

ขั้นตอน	ภารกิจหลัก
A – 2	<p>สร้างภาพคาดหวังในอนาคต (Scenario) โดยกำหนดอนาคตของชุมชนว่าต้องการให้เกิดการ รูปแบบการจัดการสุขภาพในชุมชนอย่างไร ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)ทุกคนในแต่ละกลุ่มเขียนภาพอนาคตคนละ 1 ภาพ แล้วอภิปรายและเลือกภาพของกลุ่ม 1 ภาพ 2)ทุกกลุ่มนำเสนอ และเปิดโอกาสให้กลุ่มอื่นซักถาม แต่ไม่วิพากษ์วิจารณ์ 3)เลือกคุณลักษณะของรูปแบบการจัดการสุขภาพmujเป็นเป้าหมายในการพัฒนา
I – 1	<p>คิดค้นหากวิธี (Solution design) โดยให้ทุกคนหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในช่วง A2 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)ทุกคนในแต่ละกลุ่มเสนอกิจกรรมหรือแผนงานให้สอดคล้องกับ ข้อ 3) ใน A-2 2)ทุกกลุ่มนำเสนอกิจกรรมหรือแผนงานในมุมมองของกลุ่ม
I – 2	<p>จัดลำดับความสำคัญ (Priority) ของกิจกรรมหรือแผนงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จำแนกประเภทของกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ กิจกรรมหรือโครงการที่ผู้ป่วย และภาคีเครือข่าย <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ทำได้เองโดยไม่ต้องขอสนับสนุนงบประมาณ 1.2 ทำได้เองแต่ขอรับงบประมาณ หรือ การสนับสนุนจากชุมชน 1.3 ทำได้เองบางส่วนและขอความช่วยเหลือจากภายนอกบางส่วน เช่น ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น 2) เลือกกิจกรรมหรือแผนงานที่สำคัญที่สุดมากำหนดแนวทางปฏิบัติต่อไปในขั้น C-1

ตาราง 4 (ต่อ)

ขั้นตอน	ภารกิจหลัก
C – 1	หาผู้รับผิดชอบ (Responsibility) โดยกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละภารกิจที่จะร่วมทำงาน ดังนี้ 1) เสนอผู้รับผิดชอบกิจกรรมแต่ละกิจกรรม 1.1 ผู้รับผิดชอบนำกิจกรรมไปปฏิบัติแต่ละกิจกรรม 1.2 ผู้รับผิดชอบประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม 2) บันทึกรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้รับผิดชอบทุกกิจกรรม
C – 2	ทุกคนจัดทำแผน/โครงการ (Action plan) โดยละเอียดตามรูปแบบมาตรฐาน คือ 1) ชื่อโครงการ / แผนงาน 2) หลักการและเหตุผล 3) สาเหตุที่ต้องทำ 4) ความมุ่งหมาย หรือวัตถุประสงค์ 5) กลวิธี 6) วิธีทำ (กิจกรรมที่ต้องทำ) 7) ชื่อหน่วยงานหรือบุคคล ผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม 8) ระยะเวลาเริ่มต้นสิ้นสุด 9) วิธีการประเมินผลสำเร็จ และ 10) งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ บุคลากร เป็นต้น

2.2. ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action1: A1) ดำเนินการตามขั้นตอนย่อยดังนี้

2.2.1 จัดกิจกรรมในวงรอบที่ 1 เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ เครือข่าย ในการเพิ่มความตระหนักรู้ในปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และเกิดความปรารถนาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และฝึกทักษะให้เกิดความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุน ผู้วิจัยสังเกตการมีส่วนร่วม

ตาราง 5 กิจกรรมในการขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (A1) ครั้งที่ 1

การพัฒนาพฤติกรรมด้าน	กิจกรรมการเรียนรู้
Awareness : ความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง	1) กิจกรรมการประเมินตนเองและเตรียมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) กิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพ
Desire : การสร้างแรงจูงใจให้เกิดความปรารถนาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	1) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ 2) กิจกรรมการตั้งเป้าหมายชีวิต

2. จัดกิจกรรมในวงรอบที่ 1 ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 120 นาที เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และทีมจัดการสุขภาพชุมชน ในเรื่ององค์ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ฝึกทักษะการจัดการสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีกิจกรรมดังตาราง

ตาราง 6 กิจกรรมในการขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (A1) ครั้งที่ 2

ครั้งที่	การพัฒนาพฤติกรรมด้าน	กิจกรรมการเรียนรู้
2	Knowledge: การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2ส.1ย.	1) กิจกรรมอบรมหลัก 3 อ.2 ส. 1ย. 2) กิจกรรมอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน
3	Ability : ความสามารถเชิงทักษะความสามารถในการปฏิบัติ 3อ.2ส.1ย.	1) ฐานการเรียนรู้ตามหลัก 3 อ.2 ส. 1ย. 2) กิจกรรมการเผชิญกับอุปสรรคและการควบคุมสิ่งเฝ้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4	Reinforcement: การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ	1) กิจกรรมเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) กิจกรรม Home BP 3) กรู๊ปไลน์หมู่3 พรรษา
5	Reinforcement: การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ	กิจกรรมย่องเข้าครัวกล้วยเค็ม

3. ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผน เป็นเวลา 12 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยและทีมจัดการสุขภาพทำการเยี่ยมบ้านในชุมชนเพื่อสังเกตพฤติกรรมกา
จัดการตนเองในตามหลักการ 3 อ.2 ส. 1ย.สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
5. ผู้วิจัยสังเกต ให้คำแนะนำและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับหลักการ 3 อ.2 ส.1ย
6. สรุปผลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพ ตามแผน
ดำเนินการ

2.3 ขั้นการสังเกตและการประเมินผลวงรอบที่ 1 (Observe: O1)

3.1 ผู้วิจัยสังเกตและประเมินผลพฤติกรรมตามหลัก 3 อ.2 ส.1 ย.ความสามารถ
ของบุคคลตามแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR Model) รวมทั้งประเมินผล
ในวงรอบที่ 1

3.2 จัดกิจกรรมในวงรอบที่ 1 ครั้งที่ 6 เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคี
เครือข่าย ในการเสริมแรงสนับสนุนของบุคคลและชุมชน โดยใช้กิจกรรมประชุมสรุปบทเรียน

2.4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R1)

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรมที่จะดำเนิน
ต่อไปใช้เวลาประมาณ 90 นาที ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1.1 นำผลการสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ข้อมูลการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ADKAR). ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะ
สุขภาพฯ ของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

1.2 สรุปข้อจำกัดของแผนและข้อเสนอแนะในการปรับแผนด้านกิจกรรมการ
ดำเนินการ

1.3 ร่วมกันปรับปรุงแผนการปฏิบัติ (P2)

1.4 สังเกตและสรุปผลการมีส่วนร่วมในประชุมเชิงปฏิบัติการ

วงรอบที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังกล่าวประกอบ

ขั้นการวางแผน (P2)

ดำเนินการวางแผนควบคู่ไปกับการสะท้อนผลในวงรอบที่ 1

**ขั้นปฏิบัติตามแผน (A2)**

- 1) พัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายวงรอบที่ 2
- 2) ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ เป็นเวลา 6 สัปดาห์
- 3) ผู้ป่วยฯ ประเมินประสบการณ์ในการเข้าร่วมการวิจัย
- 4) สังเกตและสรุปผลการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการตามแผน และประเมินภาวะสุขภาพ

**ขั้นการสังเกตและประเมินผล (O2)**

- 1) สังเกตและประเมินผลทั้งการมีส่วนร่วมในวงรอบที่ 2
- 2) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยฯ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

**ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (R2)**

- 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลาประมาณ 50 นาที
- 2) นำผลการสังเกตการมีส่วนร่วมในวงรอบที่ 2 ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ย. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์

ภาพประกอบ 12 ขั้นตอนศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในวงรอบที่ 2

จากภาพประกอบ 12 เป็นการดำเนินการตามแนวทางของ PAOR โดยมีลักษณะกิจกรรมสอดคล้องกับวงรอบที่ 1 แต่มีความแตกต่างในรายละเอียดบางส่วน ดังต่อไปนี้

2.5 ขั้นตอนการปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรมที่จะดำเนิน ต่อไป (P2) วงรอบที่ 2

ขั้นตอนนี้ ดำเนินการพร้อมกับขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติในระยะเวลาที่ 2 เป็นการนำผลสะท้อนกลับ ในวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงและพัฒนาแผน ก่อนนำไปปฏิบัติซ้ำอีกครั้ง

2.6 ขั้นตอนปฏิบัติตามแผน (A2)

1. ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผน เป็นเวลา 10 สัปดาห์ และ
2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้านในชุมชนเพื่อสังเกตพฤติกรรม
3. ผู้วิจัยสังเกต ให้คำแนะนำ และตอบข้อสงสัยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
4. สังเกตและสรุปผลการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการตามแผน

ตาราง 7 กิจกรรมในการขั้นตอนที่ 6 ปฏิบัติตามแผน (A2) วงรอบที่ 2

การพัฒนาความสามารถตาม ADKAR Model (ส่วนขาด)	กิจกรรมการเรียนรู้
Knowledge: การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2ส.1ย.ของเครือข่ายชุมชน	1)การอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย 2) การอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านค้าร้านขายอาหารในชุมชนในการจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ
Reinforcement: ความปรารถนาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(Desire)	1)กิจกรรมเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) กิจกรรม Home BP 3) กรู๊ปไลน์หมู่3 หรรษา 4) กิจกรรมย่องเข้าครัวกัวลด์เค็ม

2.7 ขั้นการสังเกตและการประเมินผลวงรอบที่ 2 (Observe: O2)

ผู้วิจัยสังเกตและประเมินผลการมีส่วนร่วมในวงรอบที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับบุคคล(ADKAR) การเปรียบเทียบผลการทดสอบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยฯ วงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

2.8 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R2)

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสรุปผลการดำเนินงานวิจัยเวลาประมาณ 60 นาทีตามขั้นต่อไป

2. ผู้วิจัยสังเกตและประเมินผลการมีส่วนร่วมในวงรอบที่ 2 ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR) ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ และเขียนสรุปรายงานการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.1 จัดประชุมปฏิบัติการการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) ที่มจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วย โดยเน้นที่ประเด็นของการเพิ่มความตระหนัก ความปรารถนา ความรู้ ความสามารถ และการเสริมแรงสนับสนุนต่อการมีพฤติกรรม 3 อ. 2 ส1ย. โดยมุ่งพิจารณาถึง 1) ปัญหา อุปสรรคในการจัดกิจกรรม 2) สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม 3) แนวปฏิบัติที่ดี จากการเข้าร่วมกิจกรรม และ 4) ปัจจัยสู่ความสำเร็จ และประเด็นของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.2 จัดทำรูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วย

3.3 สรุปจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมดจำนวน 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1. เครื่องมือประเมินการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยในชุมชน ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์ จำนวน 16 ข้อ

ดังตัวอย่าง

1.1 การบริหารจัดการ

1.1.1 ภาควิชาหรือหน่วยงานที่ช่วยในการดูแลท่านประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่อย่างไร.....

1.1.2 ทรัพยากร/ งบประมาณที่ใช้ในการดูแลท่านมีอะไรบ้าง จากที่ไหน อย่างไร.....

1.1.3 ท่านมีเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างไร.....

1.1.4 ท่านใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอะไรบ้างในการดูแลสุขภาพ.....

1.2 การวางแผน

1.2.1 ท่านมีกระบวนการวางแผนในการดูแลตนเองหรือไม่ อย่างไร

1.2.2 มีส่วนร่วมของภาควิชาหรือหน่วยงานในการวางแผนในการดูแลท่านหรือไม่ อย่างไร

1.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์ จำนวน 16 ข้อ

ดังตัวอย่าง

1. ระบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

1.1 การบริหารจัดการ

1.1.1 ผู้ที่มาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่อย่างไร.....

1.1.2 ทรัพยากร/ งบประมาณที่ท่านใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง อย่างไร.....

1.1.3 ท่านมีแนวคิดของในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร.....

1.1.4 ท่านใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอะไรบ้างในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....

1.3 แบบสนทนากลุ่มเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์ จำนวน 16 ข้อ

ดังตัวอย่าง

1.1 การบริหารจัดการ

1.1.1 โครงสร้างการทำงาน/ ผู้รับผิดชอบ/ ภาวดีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่อย่างไร.....

1.1.2 ทรัพยากร/ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานมีอะไรบ้าง อย่างไร.....

1.1.3 ชุมชนมีแนวคิดของการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร.....

ชุดที่ 2. เครื่องมือประเมินความรู้ในการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ฉบับดังนี้

2.1 แบบประเมินความรู้ในการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความรู้ในการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล

โดยแบบประเมินเป็นแบบเลือกตอบชนิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การตรวจให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ ได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับความรู้
11-15 คะแนน	ความรู้ในระดับสูง
6-10 คะแนน	ความรู้ในระดับปานกลาง
0-5 คะแนน	ความรู้ในระดับควรปรับปรุง

ดั่งตัวอย่าง

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	การรับประทานขนมหวานต่างๆเช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเค้ก คุณก็ ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
2.	การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต		
3.	การรับประทานอาหารที่มีการปรุงด้วยกระทิ เช่นแกงเผ็ด แกงคั่ว มีสมัน ไม่ทำให้ไขมันในเลือดสูง		

ชุดที่ 3. เครื่องมือประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ฉบับ ดังนี้

3.1 แบบประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย

3.2 แบบประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล

โดยแบบประเมินเป็นแบบคะแนนรูปรีด 4 ระดับ (0- 3 คะแนน) จำนวน 6 ข้อ

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับความสามารถ
13-18 คะแนน	ความสามารถในระดับสูง
7-12 คะแนน	ความสามารถในระดับปานกลาง
0-6 คะแนน	ความสามารถในระดับควรปรับปรุง

ดั่งตัวอย่าง

ประเด็นการพิจารณา	เกณฑ์
1.ความสามารถในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค	3: ปฏิบัติครบทุกข้อ
1) สามารถวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้	2: ปฏิบัติ3-4 ข้อ
2) สามารถตัดสินใจเลือกซื้อ/จัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้	1: ปฏิบัติ1-2 ข้อ
3) สามารถประกอบอาหาร/จัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้	0: ปฏิบัติไม่ได้
4) สามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้	
5) สามารถประเมินการรับประทานอาหารของตนเองได้อย่างเหมาะสม	

ชุดที่ 4. เครื่องมือประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ฉบับ ดังนี้

4.1 แบบประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน สำหรับผู้ป่วย

4.2 แบบประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน สำหรับผู้ดูแล

โดยแบบประเมินเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า) Rating scale (5 ระดับ จำแนกตามองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบได้แก่ การตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน องค์ประกอบละ 12 ข้อ รวม 36 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก	คะแนนที่ให้	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	น้อยที่สุด
มาก	4	น้อย
ปานกลาง	3	ปานกลาง
น้อย	2	มาก
น้อยที่สุด	1	มากที่สุด

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
4.50 – 5.00	การตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุนมากที่สุด
3.50 – 4.49	การตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุนมาก
2.50-3.49	การตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุนปานกลาง
1.50– 2.49	การตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุนน้อย
1.0 – 1.49	การตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุนน้อยที่สุด

ดั่งตัวอย่าง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ (A)					
1. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสหวาน					
2. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมัน					
3. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสเค็ม					
4. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพของการรับประทานผักและผลไม้					

ชุดที่ 5.แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ADKAR) สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์จำนวน 16 ข้อ

ดั่งตัวอย่าง

1. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความตระหนักรู้/การรับรู้
 - 1.1 ท่านตระหนัก/รับรู้ถึงปัญหาโรคความดันโลหิตสูง (ต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อสังคม) หรือไม่ อย่างไร
 - 1.2 ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีผลกระทบอย่างไร (ต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อสังคม)
 - 1.3 ท่านมีมุมมองต่อการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร
 - 1.4 ท่านจะมีวิธีการอย่างไรในการสร้างความตระหนัก/การรับรู้ต่อปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างไร

ชุดที่ 6. แบบประเมินพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. สำหรับผู้ป่วย

โดยแบบประเมินเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ โดยมีเกณฑ์พิจารณาคือ

- ปฏิบัติเป็นประจำ = ปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ (6-7 ครั้ง/สัปดาห์)
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นครั้งคราว = ปฏิบัติเป็นครั้งคราวหรือนานๆ ครั้ง (3 ครั้ง/สัปดาห์)
 ปฏิบัตินานๆครั้ง = ปฏิบัติน้อยมากจนถึงไม่ปฏิบัติเลย (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
 ไม่เคย = ไม่ปฏิบัติเลย

และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก	คะแนนที่ให้	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	น้อยที่สุด
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	น้อย
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	3	ปานกลาง
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	มาก
ไม่เคย	1	มากที่สุด

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
1.0 – 1.49	น้อยที่สุด

ดังตัวอย่าง

การปฏิบัติพฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ทานรับประทานขนมหวานต่างๆเช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเค้ก คุกกี้ ขนมปังหรืออื่นๆ					
2. ทานดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน หรืออื่นๆ					
3. ทานรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน ลำไย หรืออื่นๆ					
4. ในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อทานเติมน้ำตาลเพิ่ม					

ชุดที่ 7. แบบทดสอบทเรียนเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
ประกอบด้วยประเด็นคำถาม จำนวน 10 ข้อดังตัวอย่าง

1.ด้านปัจจัยนำเข้า

1.1 บุคลากร.....

1.2 งบประมาณ.....

1.3 วัสดุอุปกรณ์.....

2.ด้านกระบวนการ

2.1 การวางแผน (AIC).....

2.2 กิจกรรมการดำเนินการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR).....

3. ด้านผลผลิต

3.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR).....

ซึ่งเครื่องมือแต่ละชุด ผู้วิจัยนำไปใช้ในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ดังตาราง 8



ตาราง 8 สรุปเครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย	ขั้นตอนการวิจัย		
	ขั้นตอน1	ขั้นตอน 2	ขั้นตอน3
1. เครื่องมือประเมินการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน			
1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ป่วย	✓		✓
1.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ดูแล	✓		✓
1.3 แบบสนทนากลุ่มเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน	✓		✓
2. เครื่องมือประเมินความรู้ในการกระบวนกรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม			
2.1 แบบประเมินความรู้ในการกระบวนกรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย	✓		✓
2.2 แบบประเมินความรู้ในการกระบวนกรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล	✓		✓
3. เครื่องมือประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม			
3.1 แบบประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย	✓		✓
3.2 แบบประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล	✓		✓

ตาราง 8 (ต่อ)

เครื่องมือการวิจัย	ขั้นตอนการวิจัย		
	ขั้นตอน1	ขั้นตอน2	ขั้นตอน3
4. เครื่องมือประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน			
4.1 แบบประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุนสำหรับผู้ป่วย	√		√
4.2 แบบประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล	√		√
5. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ADKAR) สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน	√		√
6. แบบประเมินพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย.	√		
7. แบบถอดบทเรียน		√	√

3. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีหลักสูตร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยวิเคราะห์เนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรม 3 อ.2 ส. 1 ย. สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแนวคิดการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล (ADKAR Model) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนด ขอบเขตและเป็นข้อมูลพื้นฐานของเครื่องมือและแบบสอบถาม

2. สร้างข้อคำถามและปรับปรุงให้ครอบคลุมตามนิยามปฏิบัติการและความมุ่งหมายของ การวิจัย นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทเพื่อ ตรวจสอบแก้ไขข้อ บกพร่องในด้านความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา

3. นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

4. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วนำมาปรับปรุงของเครื่องมือและแบบสอบถาม อีกครั้ง นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทเพื่อขอความเห็นชอบ และนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูลต่อไป

4. การหาคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้เป็นรายข้อ ผู้วิจัยได้กำหนดผู้เชี่ยวชาญโดยการเลือกแบบเจาะจง เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสมของเครื่องมือ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนนี้จะมี 5 ท่าน ประกอบด้วย

- ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 1 ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 2 ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมาให้ค่าน้ำหนักคะแนน ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 117)

- | | |
|--|-----------------|
| ข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงเนื้อหา | ให้คะแนนเป็น +1 |
| ข้อคำถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา | ให้คะแนนเป็น 0 |
| ข้อคำถามที่ไม่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา | ให้คะแนนเป็น -1 |

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรายข้อ นำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาของข้อคำถาม (IOC) (Index of Item Objective Congruence)) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 118) ระหว่างข้อคำถามกับสิ่งที่ต้องการวัด และเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป พิจารณาความถูกต้องเหมาะสม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง น้อยกว่า 0.5

4.2 การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างซึ่งลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มาตรวจให้

4.2.1 การหาระดับความยาก (p) และอำนาจจำแนกของข้อสอบ (r) ของแบบทดสอบความรู้ โดยผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ที่จัดทำขึ้น ไปทดลองใช้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาระดับความยากและอำนาจจำแนกของข้อสอบ ถ้าได้ค่าระดับความยากของข้อสอบ (p) อยู่

ระหว่าง 0.20 ถึง 0.80 และค่าอำนาจจำแนกของข้อสอบ (r) ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543) แบบทดสอบความรู้นั้นจึงจะใช้ได้ หากมีค่านอกเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการตัดข้อสอบข้อนั้นไป หรือปรับปรุงแก้ไขข้อสอบนั้นจนมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4.2.2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)(Best, 1970: 257) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นทั้งหมดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543)กำหนดให้ ≥ 0.7

ซึ่งผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ พบว่าเครื่องมือมีคุณภาพเหมาะสมสามารถที่จะนำไปใช้ได้ โดยมีรายละเอียดของคุณภาพเครื่องมือในแต่ละฉบับ ดังตาราง 9

ตาราง 9 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่าย และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

เครื่องมือ	จำนวนข้อ	ค่าดัชนีความสอดคล้อง	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความยากง่าย	ค่าความเชื่อมั่น
1.เครื่องมือประเมินการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน					
1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ป่วย	16	.96			
1.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ดูแล	16	.96			
1.3 แบบสนทนากลุ่มเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน	13	.93			

ตาราง 9 (ต่อ)

เครื่องมือ	จำนวน ข้อ	ค่าดัชนี ความ สอดคล้อง	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าความ ยากง่าย	ค่าความ เชื่อมั่น
2. เครื่องมือ ประเมิน ความรู้ ในการ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม					
2.1 แบบประเมินความรู้ในกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย	15	.89	.40-.80	.20-.77	.71
2.2 แบบประเมินความรู้ในกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล	15	.89	.53-.80.	.27-.77	.70
3. เครื่องมือ ประเมิน ความสามารถใน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม					
3.1 แบบประเมินความสามารถใน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย	6	1.00			.92
3.2 แบบประเมินความสามารถใน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล	6	1.00			.94
4. เครื่องมือ ประเมิน ความตระหนักรู้ ความ ปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน					
4.1 แบบประเมินความตระหนักรู้ ความ ปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน สำหรับผู้ป่วย	36	1.00			.98
4.2 แบบประเมินความตระหนักรู้ ความ ปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน สำหรับผู้ดูแล	43	.99			.92

ตาราง 9 (ต่อ)

เครื่องมือ	จำนวน ข้อ	ค่าดัชนี ความ สอดคล้อง	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าความ ยากง่าย	ค่าความ เชื่อมั่น
5. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ADKAR) สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน	16	.96			
6. แบบประเมินพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. สำหรับผู้ป่วย	43	.96			.89
7. แบบทดสอบทเรียน	10	1.00			

5. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลได้กระทำพร้อมๆกันไปหรือทำในเวลาใกล้เคียงกัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 การตรวจสอบข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนั้นผู้วิจัยจึงตรวจสอบข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulations) เกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

1) ด้านข้อมูล เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ได้มา ทั้งแหล่งเวลา สถานที่และบุคคล โดยตรวจสอบว่าถ้าต่างเวลา ต่างสถานที่ และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูล ข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่

2) ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยดูว่าถ้าใช้วิธีการบรรยายสถานการณ์ การสัมภาษณ์ ข้อมูลแตกต่างจากการใช้หลายวิธีรวมกันหรือไม่

3) ด้านผู้วิจัย โดยตรวจสอบดูว่าระหว่างผู้วิจัยแต่ละคน หรือผู้เก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละคน มีความแตกต่างกันในข้อมูลที่ได้มาอย่างไร

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

5.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการแจกแจงความถี่

2) ทดสอบความแตกต่างของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลตามแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR Model) ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

3) ทดสอบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตก่อนดำเนินการวิจัยและหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัย โดยใช้สถิติ Wilcoxon Singed Rank Test for Matched Paired Deference

4) วิเคราะห์ระดับพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย. ของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้การคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

5) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนดำเนินการวิจัยและหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ของพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย. โดยการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Singed Rank Test for Matched Paired Deference

6) วิเคราะห์ระดับความสามารถของบุคคลตามแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR Model) ของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้การคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

7) ทดสอบความแตกต่างของความสามารถของบุคคลตามแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (ADKAR Model) ของผู้ป่วยก่อนและหลัง โดยโดยใช้สถิติ Wilcoxon Singed Rank Test for Matched Paired Deference

ประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐานโดยยอมรับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในขณะที่ทำการเก็บข้อมูลยังดำเนินการอยู่ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบรรยายสถานการณ์สำคัญ การสัมภาษณ์ มาถอดเป็นคำพูดแบบคำต่อคำด้วยตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการจดบันทึก นำมาเขียนขยายความให้สมบูรณ์ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความคงที่ของข้อมูล (Constant comparison) ตามขั้นตอนดังนี้

- 1) อ่านข้อมูลอย่างคร่าวๆจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกต่างๆ เพื่อค้นหาหัวข้อ
- 2) นำหัวข้อที่วิเคราะห์ได้มาเขียนเรียงลำดับและจัดกลุ่มหัวเรื่อง
- 3) นำข้อมูลจัดเข้าหัวข้ออย่างเหมาะสม
- 4) ทำการอธิบายหัวข้อโดยอ้างอิงข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มา



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำเสนอผลตามความมุ่งหมายของการดำเนินการวิจัย โดยจำแนกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ตอนที่ 2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โดยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์

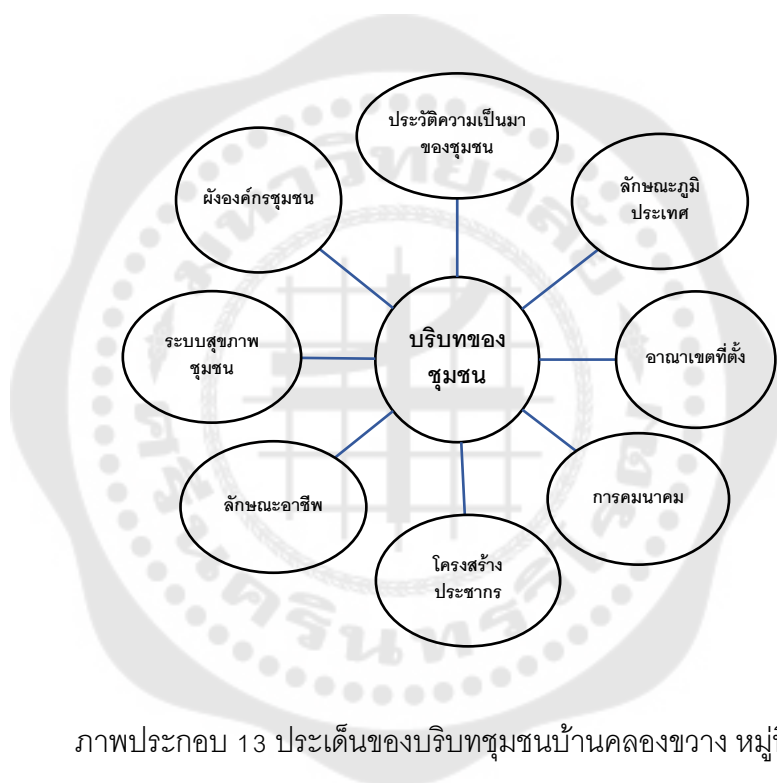
n	แทน	จำนวนตัวอย่าง
HCT 1- n	แทน	ทีมจัดการสุขภาพชุมชนคนที่ 1-n
M	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Z	แทน	ค่าสถิติทดสอบ Z ในการวิเคราะห์ Wilcoxon Singed Rank Test และ สถิติ Mann Whitney U test
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Sig	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาบริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.1 ผลการศึกษาบริบทของชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดชุมชนที่ศึกษาคือ ชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดนครราชสีมา โดยผลการศึกษาได้สะท้อนบริบทของชุมชนประเด็นต่างๆดังนี้



ภาพประกอบ 13 ประเด็นของบริบทชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3

1) ประวัติความเป็นมาของชุมชน

ชุมชนบ้านคลองขวางนั้น จากการบอกเล่าของพระครูโสภิต ธรรมวิสุทธิ เจ้าอาวาสวัดคลองขวาง สรุปได้ว่า บ้านคลองขวาง มีชื่อเดิมคือบ้านคลองห้าร้อยหรือคลองหม่อมเจิมชุมชนได้ เริ่มก่อตั้งเมื่อประมาณ 100 ปีก่อน ลักษณะพื้นที่เดิมของชุมชนเป็นป่าโปร่ง และมีแม่น้ำไหลผ่าน พื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์และบริเวณนี้ยังเป็นที่ชุมนุมของโจรป่า ชาวบ้านจึงเรียกกลุ่มโจรนี้ว่า “โจรห้าร้อย” ต่อมาเกิดการปราบปราม กลุ่มโจรจึงสลายตัวไป หลังจากนั้นในสมัยรัชกาลที่ 5 เริ่มมีชาวบ้านเข้ามาหักร้างถางพงจับจองพื้นที่ในชุมชนเพื่ออยู่อาศัยและทำนา ชุมชนมีการขยายตัวมากขึ้น ประชากรมีจำนวนมากขึ้นเริ่มมีการพัฒนาหมู่บ้านเป็นลำดับ ในปี พ.ศ.2503 จึง

ฤดูหนาว ในฤดูร้อนจะมีอากาศร้อนจัด ฤดูฝนจะมีฝนตกชุก ฤดูหนาวจะมีอากาศหนาวเพียงเล็กน้อย



ภาพประกอบ 15 ลักษณะภูมิประเทศชุมชนบ้านคลองขวาง

3) อาณาเขตที่ตั้ง

ชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีอาณาเขตติดต่อกับหมู่บ้านและตำบลใกล้เคียง ดังนี้

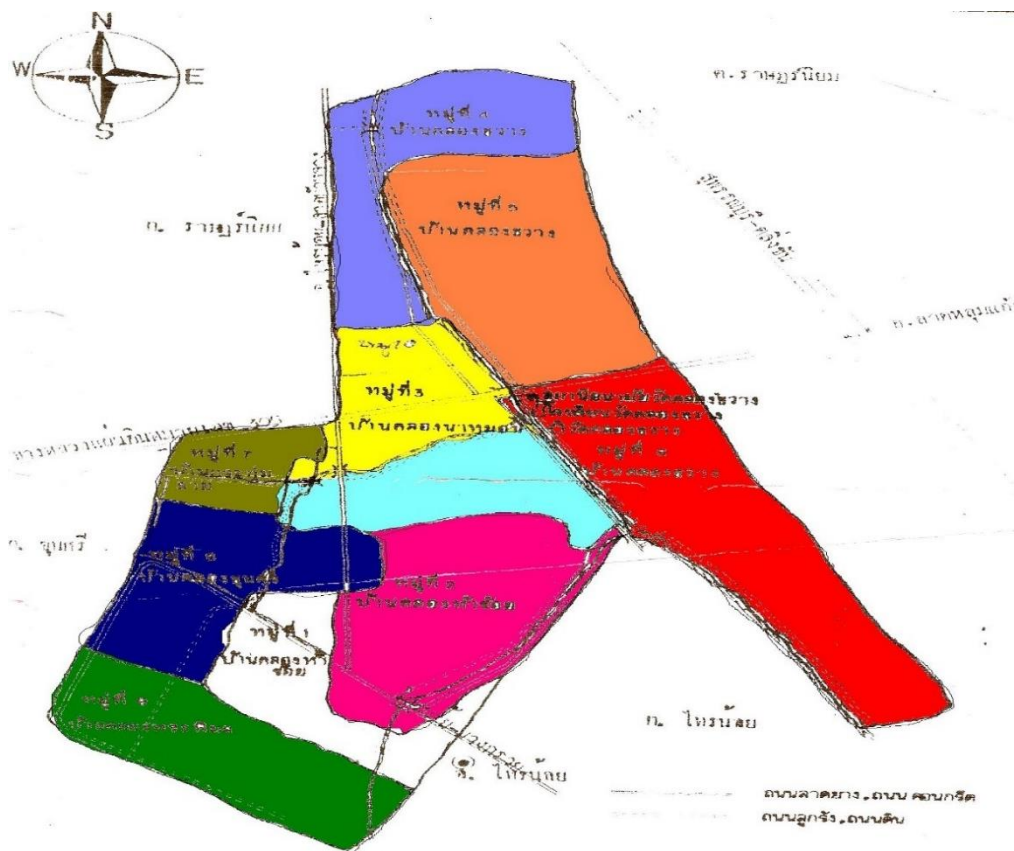
ทิศเหนือ ติดต่อกับหมู่ที่ 4 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ทิศใต้ ติดต่อกับหมู่ที่ 2 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับหมู่ที่ 6 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ทิศตะวันตก ติดต่อกับหมู่ที่ 10 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

อาณาเขตที่ตั้งชุมชนบ้านคลองขวาง ดังแสดงในภาพประกอบ 16



ภาพประกอบ 16 แผนที่ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

4) การคมนาคม

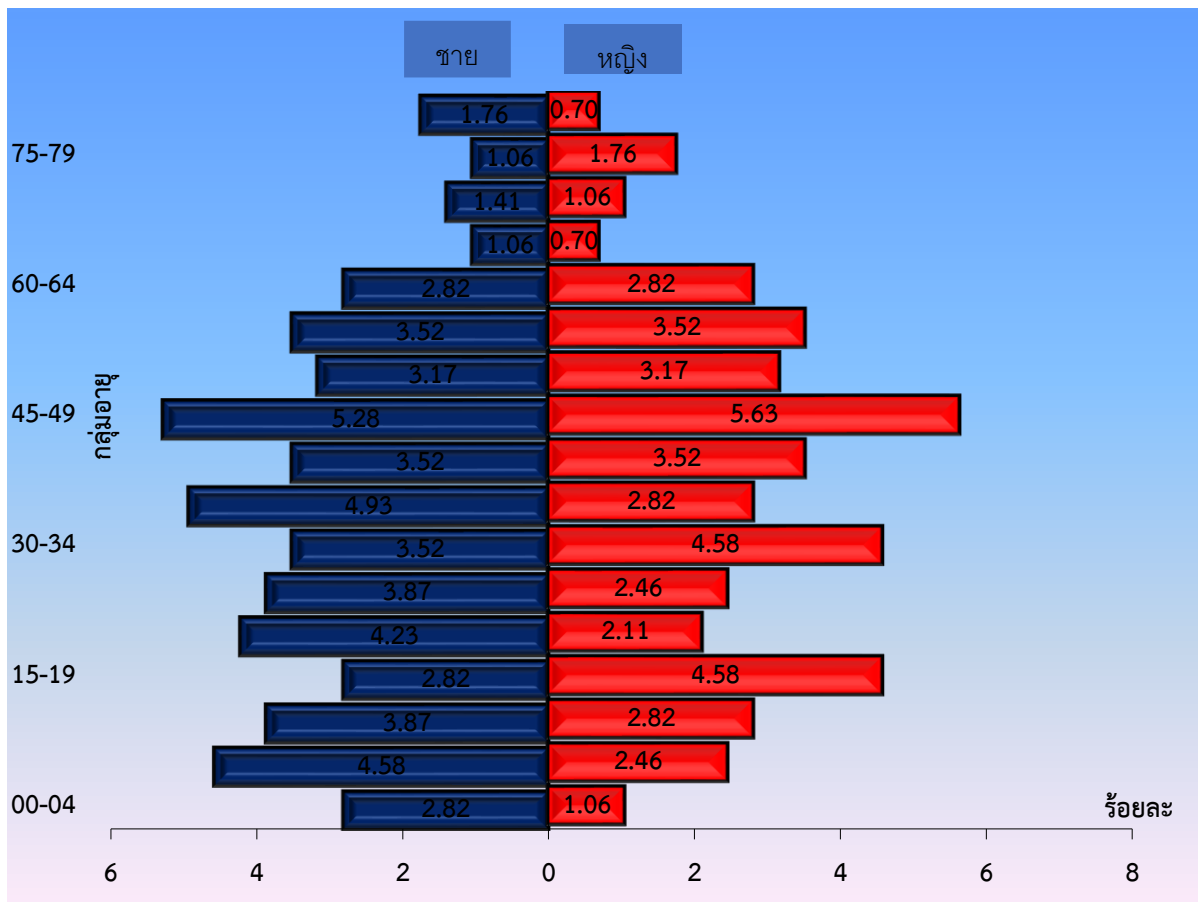
ในอดีตประชาชนในชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ใช้การคมนาคมทางน้ำเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้รับความสะดวกรวดเร็วมากนัก ต่อมาปี พ.ศ.2436 จึงมีการก่อสร้างถนนลูกรังขึ้นภายในหมู่บ้านเพื่อเชื่อมต่อกับถนนของชุมชนอื่นๆ ต่อมาในปี พ.ศ.2545 ได้มีการพัฒนาเป็นถนนลาดยางขึ้นและมีการเชื่อมต่อกับถนนหลายสายและสามารถเดินทางได้สะดวกมากขึ้น ประชาชนนิยมใช้รถจักรยานยนต์ในการเดินทางภายในหมู่บ้านและใช้รถยนต์ส่วนตัวในการเดินทางไปสถานที่ต่างๆ



ภาพประกอบ 17 สภาพถนนภายในชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3

5) โครงสร้างประชากร

ชุมชนบ้านคลองขวางมีจำนวน 104 หลังคาเรือน มีประชากรรวมทั้งหมด 284 คน เป็นเพศชาย 154 คน คิดเป็นร้อยละ 54.23 และเพศหญิง 130 คน คิดเป็นร้อยละ 45.77 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.10 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 35-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.75 ช่วงอายุ 65-69 ปีมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.76 ดังแสดงในภาพประกอบ 18



ภาพประกอบ 18 ร้อยละของประชากรชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3 จำแนกตามเพศและช่วงอายุ

ที่มา : จากการสำรวจชุมชน 1 เมษายน 2564

6) ลักษณะอาชีพ

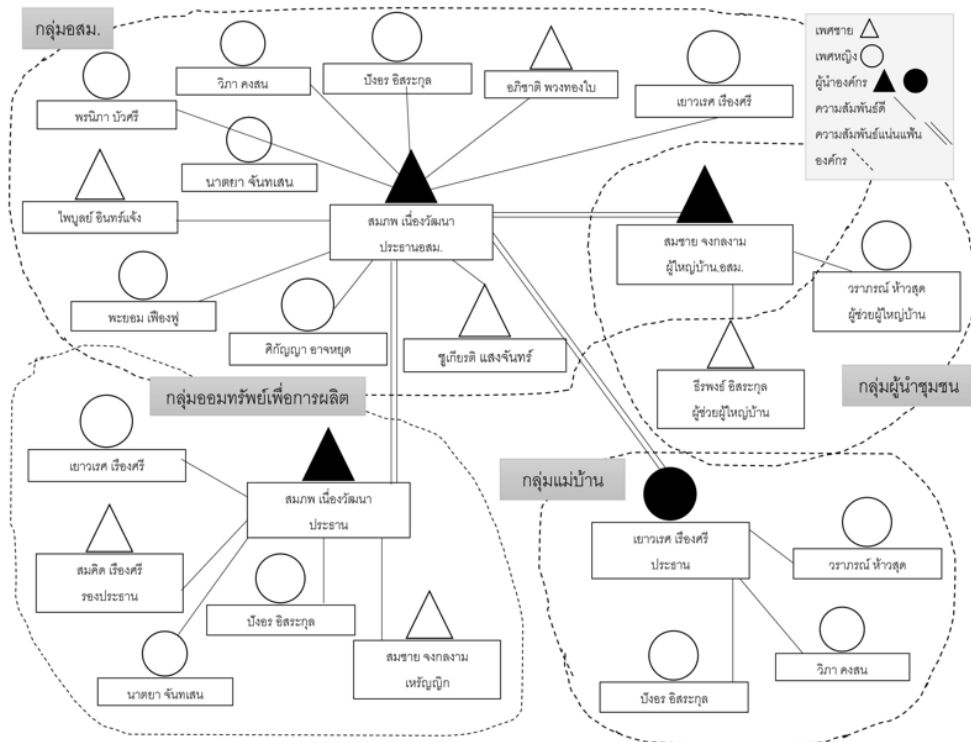
ในสมัยอดีตประชาชนบ้านคลองขวางหมู่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลักสลับกับทำสวนผลไม้ เช่น มะม่วง มะนาว มะพร้าว น้อยหน้าเป็นต้น และมีการทำสวนผักเป็นการปลูกผักหมุนเวียน โดยมีการปลูกถั่ว แตงกวาไว้รับประทานในครัวเรือนและเหลือขาย เสริมรายได้จากการปลูกข้าว ในปัจจุบันประชาชนวัยแรงงานจะประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่

7) ระบบสุขภาพชุมชน

ระบบสุขภาพชุมชนของชุมชนบ้านคลองขวาง ในสมัยก่อนจะพึ่งพาหมอพื้นบ้าน อย่างเช่นหมอต้าแย หมอเป่า หมอนวดน้ำมัน หมอสมุนไพร ในสมัยนั้นประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาแผนปัจจุบัน ในปีพ.ศ. 2518 มีการเปิดสำนักงานผดุงครรภ์วัดคลองขวาง ขึ้นในตำบล ซึ่งต่อมาในปี 2542 ยกกระดับเป็นสถานีอนามัยวัดคลองขวางขึ้น ส่งผลให้ประชาชนหันมาใช้บริการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้นตามลำดับ ปัจจุบันได้มีการกำหนดและยกย่องให้สถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล แต่ประชาชนยังคงนิยมเรียกว่าเป็นสถานีอนามัยอยู่เช่นเดิม จากการสำรวจชุมชนบ้านคลองขวาง สะท้อนให้เห็นว่า ระบบสุขภาพชุมชนไม่ได้เป็นระบบแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว มีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการพึ่งพา ระบบสุขภาพที่หลากหลาย เนื่องจากไม่มีระบบใดระบบหนึ่งที่จะตอบสนองต่อปัญหาการเจ็บป่วย และสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย และผู้ที่มีความเกี่ยวข้องได้ ดังนั้นประชาชนในชุมชน จะมีการรักษาที่ผสมผสานกับการแพทย์ในระบบอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน และการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นส่วนน้อย

8) ผังองค์กรชุมชน

ชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ 3 มีองค์กรชุมชนที่เป็นทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในชุมชน ดังแสดงในภาพประกอบ 19



ภาพประกอบ 19 ผังโครงสร้างองค์กรชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3

1.2 ผลการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ในการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน ของชุมชนบ้านคลองขวาง จากการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คนและ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน และสนทนากลุ่มในทีมจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 16 คน โดยการ ผลการศึกษา สามารถสรุปได้ดังนี้

1.2 ผลการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ในการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน ของชุมชนบ้านคลองขวาง จากการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คนและ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน และสนทนากลุ่มในทีมจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 16 คน โดยการ ผลการศึกษา สามารถสรุปได้ดังตาราง 10

ตาราง 10 ผลการศึกษารูปแบบการจัดกาสุขภาพชุมชน ของชุมชนบ้านคลองขวาง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และที่มจัดกาสุขภาพชุมชน (เมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย)

ประเด็นการจัดกาสุขภาพ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ที่มจัดกาสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
1.การบริหารจัดการ			
1.1 ภาคีเครือข่ายที่ช่วยเหลือใน การดูแลผู้ป่วยและระบบทาหน้าที่ ของภาคีเครือข่าย	เครือข่ายที่มช่วยในการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย - กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง - ทีมงานขององค์การบริหารส่วน ตำบลคลองขวาง โดยมีบทบาทดังนี้ - กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน มีบทบาทที่	เครือข่ายที่มช่วยในการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย - กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง - ทีมงานขององค์การบริหารส่วน ตำบลคลองขวาง โดยมีบทบาทดังนี้ - กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน มีบทบาทที่	โครงสร้างการทำงานประกอบด้วย 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เภสัชกร) 2. ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล คลอง ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล กรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น 3. ภาคประชาชน ได้แก่ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านจิตอาสา ผู้ดูแลผู้ป่วย ประชาชน 4.หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู นักเรียน ครู การศึกษาตามอัธยาศัย บทบาทหน้าที่ ได้แก่ 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เภสัชกร) มีบทบาทหน้าที่ เรื่องการศึกษา การส่งเสริม สุขภาพ ทีมหมอครอบครัว นำปัญหาของผู้ป่วยที่ได้จาก พยาบาล

ประเด็นการจัดการสุขภาพ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
คือ การคัดกรองโรค ซึ่ง	ประกอบด้วยการวัดส่วนสูง	บทบาทหน้าที่ คือ การคัดกรองโรค	แล้วจะลงเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดัน
การชี้แนะนัก เพื่อประเมิน	ตัวนิมอลกาย เจาะเลือดปลาย	โรค ซึ่งประกอบด้วยการวัด	ไม่ได้ก็จะลงเยี่ยมบ้าน จะมีแพทย์ไปด้วย ไปดูแลรักษา
นิ้วเพื่อหาค่าน้ำตาลในเลือด	วัดความดันโลหิต สอบถาม	ส่วนสูง การชี้แนะนัก เพื่อ	ไปเยี่ยม นักกายภาพ ก็จะทำกายภาพบำบัดในคนไข้ติด
สภาวะสุขภาพต่างๆ	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	ประเมินตัวนิมอลกาย เจาะเลือด	เตียง พยายามกับ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
ส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลอง	ขวางมีบทบาทหน้าที่ คือ	ปลายนิ้วหาค่าน้ำตาลในเลือด	หมู่บ้าน ก็จะสอนการดูแลทั่วไป เช่น การพลิกตะแคง
ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีม	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ	วัดความดันโลหิต ชักประวัติการ	ตัว การอาบน้ำ การบ้วนข้าว เกษียณก็ไปดูเรื่องการไ้
หมู่บ้าน	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	เจ็บป่วย	ยาของคนไข้ รวมทั้งการกรรเรียนของประมาณจาก
- ทีมงานขององค์การบริหาร	ส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลอง	- เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริม	กองทุนท้องถิ่นเพื่อมาจัดกิจกรรมต่างๆ ในการแก้ไข
ส่วนตำบลคลองขวาง มี	ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีม	สุขภาพตำบลวัดคลองขวาง มี	ปัญหา
	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ	บทบาทหน้าที่ คือ ติดตามเยี่ยม	2. ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
	หมู่บ้าน	ผู้ป่วยร่วมกับทีม อาสาสมัคร	คลองขวาง ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำ
	- ทีมงานขององค์การบริหาร	สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ตำบล กรรมการกองทุนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้
	ส่วนตำบลคลองขวาง มี	- ทีมงานขององค์การบริหารส่วน	2.1 องค์การบริหารส่วนตำบลจะมีหน้าที่ในการจัดสรร
		ตำบลคลองขวางมีบทบาท	งบประมาณสมทบให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ
		ดำเนินการบริหารส่วนตำบลเพื่อให้	องค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อให้ กลุ่มองค์กรต่างๆจัดทำ
		โครงการด้านสาธารณสุขที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุข ที่	โครงการด้านสาธารณสุขที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุข ที่
		เกิดขึ้นในชุมชนต่างๆ	เกิดขึ้นในชุมชนต่างๆ

ประเด็นการจัดกาสุขภาพ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
<p>บทบาทหน้าที่คือ นำอาหารแห้งและของใช้มาแจกให้ผู้ป่วย</p>	<p>หน้าที่คือ นำอาหารแห้งและของใช้มาแจกให้ผู้ป่วย</p>	<p>2.องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการจัดทำโครงการเพื่อของประมาณในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหายากจน และสนับสนุนงบประมาณให้กับกองทุนท้องถิ่น</p> <p>2.3 ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับประชาชนและช่วยประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆที่ทั้งเข้าร่วมในทีมที่ออกดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>3. ภาคประชาชน ได้แก่ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ผู้ดูแลผู้ป่วย ประชาชน มีบทบาทหน้าที่ดังนี้</p>	<p>2.องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการจัดทำโครงการเพื่อของประมาณในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหายากจน และสนับสนุนงบประมาณให้กับกองทุนท้องถิ่น</p> <p>2.3 ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับประชาชนและช่วยประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆที่ทั้งเข้าร่วมในทีมที่ออกดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>3. ภาคประชาชน ได้แก่ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ผู้ดูแลผู้ป่วย ประชาชน มีบทบาทหน้าที่ดังนี้</p>
<p>3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่สำคัญ และเด่นชัด ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน คัดกรองโรค วัดความดันโลหิต และรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และดูแลกลุ่มเหล่านี้ต่อพร้อมทั้ง ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว</p> <p>4.หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู นักเรียน ญาติ</p>	<p>3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่สำคัญ และเด่นชัด ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน คัดกรองโรค วัดความดันโลหิต และรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และดูแลกลุ่มเหล่านี้ต่อพร้อมทั้ง ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว</p> <p>4.หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู นักเรียน ญาติ</p>	<p>3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่สำคัญ และเด่นชัด ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน คัดกรองโรค วัดความดันโลหิต และรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และดูแลกลุ่มเหล่านี้ต่อพร้อมทั้ง ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว</p> <p>4.หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู นักเรียน ญาติ</p>	<p>3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่สำคัญ และเด่นชัด ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน คัดกรองโรค วัดความดันโลหิต และรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และดูแลกลุ่มเหล่านี้ต่อพร้อมทั้ง ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว</p> <p>4.หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู นักเรียน ญาติ</p>

ตาราง 10(ต่อ)

ประเด็นการจัดการสุขภาพ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
1.2 ทรัพยากรและงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	<ul style="list-style-type: none"> - ค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิ จาก การเบิกจ่ายตรงสิทธิข้าราชการ และ บัตรประกันสุขภาพถ้วน หน้า - ค่าเดินทางไปรับการรักษาใช้ เงินของครอบครัว - ครอบครัวมีการซื้อเครื่องวัด ความดันโลหิตมาใช้กับผู้ป่วยเอง - ครอบครัวมีการชำระค่า รักษาพยาบาลเอง เนื่องจากไป รับการรักษาโรงพยาบาลนอก 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิ จาก การเบิกจ่ายตรงสิทธิข้าราชการ และ บัตรประกันสุขภาพถ้วน หน้า - ค่าเดินทางไปรับการรักษาใช้ เงินของครอบครัว - ครอบครัวมีการซื้อเครื่องวัด ความดันโลหิตมาใช้กับผู้ป่วยเอง - ครอบครัวมีการชำระค่า รักษาพยาบาลเอง เนื่องจากไป รับการรักษาโรงพยาบาลนอก 	<p>4.1. การให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเมื่อทีมสุขภาพให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่นการรับประทาน อาหารที่เหมาะสม เป็นต้น</p> <p>ทรัพยากร/ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานมีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กองทุนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลของชาว สมัยสนุน เครื่องวัดความดันโลหิต แผ่นตรวจน้ำตาล การทำงานของไต ให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน โดยสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการ แก้ไขปัญหา เช่น โครงการคัดกรองโรค 2. กองทุนพัฒนาสาธารณสุขสมัยสนุนเงินปันผลของ หมู่บ้านให้กับ อสม.เพื่อใช้ในกิจกรรมต่างๆ 3. กองทุน long term care จาก สมาชิกองค์การบริหาร ส่วนตำบลของ ให้งบประมาณ 5,000 บาทให้กับผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย 4. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนทบุรี สนับสนุนเครื่องวัด ความดันโลหิตให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ไปใช้ในแต่ละหมู่บ้าน

ประเด็นการจัดการสุขภาพ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
เครือข่ายบริการระดับสุขภาพถ้วนหน้า โดยคิดว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน - อยากรักษาตนเองดีกว่านี้ - ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน - เน้นควบคุมอาหาร หวาน มัน เค็ม - การควบคุมโรคโดยการรับประทานเป็นสิ่งสำคัญ - ไม่อยากเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง - เมื่อเจ็บป่วยต้องสามารถดูแลตนเองให้ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลแนวทางเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเตียง อันจะนำไปสู่ความลำบากในการดูแลต่อไป - เน้นที่การควบคุมอาหารเค็มเป็นหลัก และมีการลดอาหารมัน และอาหารหวานร่วมด้วย - คิดว่าโรคนี้เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น - การควบคุมโรคโดยการรับประทานร่วมกับกายการดูแลเรื่องการดูแลเรื่องการลดพฤติกรรมมารบริโภคอาหารเค็ม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งเสริมและให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เกิดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี การรักษาที่ตีโรค หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ เป็นการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ 2. การค้นหาผู้ป่วยโดยมีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยคัดกรอง ผู้ที่ยังไม่ป่วยหรือเสี่ยง จะพยายามส่งเสริมไม่ให้อาป่วย ส่วนกลุ่มป่วยจะต้องไม่ทำให้เขาป่วยมากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เป็นอะไรที่รุนแรงขึ้น ไม่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ไม่เป็นภาวะของครอบครัว 3. มีแนวคิดเรื่องโรคความดันโลหิตสูงถ้าเป็นขึ้นมาทันที เป็นภาวะในวันข้างหน้า สามารถทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ จะต้องดูแลกันต่อไป ถ้าเราดูแลได้เร็วก็สามารถป้องกันได้
เครือข่ายบริการระดับสุขภาพถ้วนหน้า โดยคิดว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า	<ol style="list-style-type: none"> 5. โรงพยาบาลทรนน้อยสภ.บึงสนุนยา เวชภัณฑ์ รวมทั้งวัสดุทางการแพทย์ เช่นเครื่องวัดความดันโลหิต และสนับสนุนอุปกรณ์ สนับสนุนบุคลากรในทีมหมอครอบครัว 6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาศักยภาพให้ทีมงานฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งเสริมและให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เกิดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี การรักษาที่ตีโรค หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ เป็นการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ 2. การค้นหาผู้ป่วยโดยมีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยคัดกรอง ผู้ที่ยังไม่ป่วยหรือเสี่ยง จะพยายามส่งเสริมไม่ให้อาป่วย ส่วนกลุ่มป่วยจะต้องไม่ทำให้เขาป่วยมากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เป็นอะไรที่รุนแรงขึ้น ไม่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ไม่เป็นภาวะของครอบครัว 3. มีแนวคิดเรื่องโรคความดันโลหิตสูงถ้าเป็นขึ้นมาทันที เป็นภาวะในวันข้างหน้า สามารถทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ จะต้องดูแลกันต่อไป ถ้าเราดูแลได้เร็วก็สามารถป้องกันได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 5. โรงพยาบาลทรนน้อยสภ.บึงสนุนยา เวชภัณฑ์ รวมทั้งวัสดุทางการแพทย์ เช่นเครื่องวัดความดันโลหิต และสนับสนุนอุปกรณ์ สนับสนุนบุคลากรในทีมหมอครอบครัว 6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาศักยภาพให้ทีมงานฯ

ประเด็นการจัดการจัดการ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
สุขภาพ			<p>4. มีแนวคิดว่าการดูแลของทีมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการแบ่งเบาภาระครอบครัว</p> <p>5. การไปแนะนำ สอนวิธีการดูแลตัวเองเป็นเรื่องสำคัญ</p> <p>6. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะตามมาด้วยโรคอื่น ๆ ที่อันตรายอีกหลายโรค ได้แก่โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด การที่ ทีมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกคัดกรองโรคเบื้องต้นเป็น บ่อยกันก่อนที่จะเกิดโรคอื่นตามมา ก็จะทำให้ไม่เดินเปลี่ยนงบประมาณของทางรัฐบาล เป็นการป้องกันโรคโรค เป็นการสกัดไว้ไม่ให้ลุกลาม</p>
1.4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	<p>- ไม่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือสมุนไพรในการรักษาโรค</p> <p>ความดันโลหิตสูง</p>	<p>- ไม่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือสมุนไพรในการรักษาโรค</p> <p>ความดันโลหิตสูง</p>	<p>มีบางครอบครัวเท่านั้นที่มีการใช้ยาสมุนไพรเบื้องต้นในครัวเรือน โดยอาศัยการบอกต่อจากกลุ่มพ่อแม่ได้แก่ ใบชะพลู หญ้าหนวดแมว ลูกใต้ใบ เป็นต้น</p>

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเด็นการจัดการ สุขภาพ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การ สัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
2. การวางแผน			
2.1 กระบวนการวางแผนใน การดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	- ไม่มีการวางแผนการดูแล ตนเอง	- ไม่มีการวางแผนการดูแล ผู้ป่วย	มีกระบวนการวางแผนร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล โดยผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน โดยจะมีองค์กรในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตัวแทนครัวเรือน โดยเริ่มตั้งแต่ การค้นหา ปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของ ปัญหา เมื่อผ่านเวทีประชาคมแล้วจะมาทำการเขียน แผนงานโครงการ เสนอของประมาณ โดยแหล่ง งบประมาณหลัก คือ กองทุนท้องถิ่น
2.2 การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในการวางแผนการ ดูแลผู้ป่วย	-ไม่มีการตั้งทีมงาน/ เครือข่ายให้เข้ามามีส่วน ร่วมในการวางแผนการดูแล	-ไม่มีการตั้งทีมงาน/เครือข่าย ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการ วางแผนการดูแลผู้ป่วยฯ	การตั้งภาคีเครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมใน การวางแผนมีกระบวนการโดยการผ่านเวทีประชาคม หมู่บ้าน โดยจะมีองค์กรในชุมชนเข้ามา เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนครัวเรือน โดยเริ่มตั้งแต่ การค้นหาปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เมื่อผ่านเวทีประชาคม แล้วจะมาทำการเขียนแผนงานโครงการ เสนอขอ งบประมาณ โดยแหล่งงบประมาณหลัก คือ กองทุน ท้องถิ่น

ประเด็นการจัดการ	ผู้ช่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ช่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
สุขภาพ	<p>เยี่ยมผู้ช่วยร่วมกับทีม</p> <p>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p> <p>- ทีมของ อบต. มีบทบาทหน้าที่ คือ นำอาหารแห้งและของใช้มาแจกให้</p> <p>ผู้สูงอายุ</p>	<p>ทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมของ อบต. มีบทบาทหน้าที่ คือ นำอาหารแห้งและของใช้มาแจกให้ผู้สูงอายุ</p>	<p>แล้วจะลงเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้จะลงเยี่ยมบ้าน จะมีแพทย์ไปด้วย ไปดูแลรักษา ไปเยี่ยม นักกายภาพ ก็จะทำกายภาพบำบัดในคนไข้ติดเตียง พยาบาลกับ อสม. ก็จะสอนการดูแลทั่วไป เช่น การพลิกตะแคงตัว การอาบน้ำ การป้อนข้าว ฝึกชกกรก็ไปดูเรื่องการैयाของคนไข้ รวมทั้งการเขียนของบประมาณจากกองทุนท้องถิ่น เพื่อมาจัดกิจกรรมต่างๆ ในภาคแก้ไข้ปัญหา</p> <p>2. ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล กรรมการกองทุนท้องถิ่นฯ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้</p>
			<p>2.1 องค์การบริหารส่วนตำบลจะมีหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณสมทบให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อให้ กลุ่มองค์กรต่างๆจัดทำโครงการด้านสาธารณสุขที่แก้ไข้ปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในชุมชนต่างๆ</p> <p>2.2.องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการจัดทำโครงการเพื่อของงบประมาณในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหายากจน และสนับสนุนงบประมาณให้กับกองทุนท้องถิ่น</p>

ประเด็นการจัดการ	ผู้ช่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
สุขภาพ			<p>2.3 ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับประชาชนและช่วยประชาชนสัมพันธ์ข้าราชการต่างๆอีกทั้งเข้าร่วมในทีมที่ออกดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>3. ภาคประชาชน ได้แก่ ทีมอสม. จิตอาสา ผู้ดูแลผู้ป่วย ประชาชน มีบทบาทหน้าที่ดังนี้</p> <p>3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่สำคัญ และเด่นชัด ได้แก่ สำรองความเสียหายของประชาชน คัดกรองโรค ให้ความรู้ด้านโลหิต และรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. และดูแลกลุ่มเหล่านี้ต่อพร้อมทั้ง ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว</p> <p>4.หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู นักเรียน ครู กคน.</p> <p>4.1. การให้ความร่วมมือกับทีมที่ไปดูแล ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเมื่อทีมสุขภาพให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น</p>

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเด็นการจัดการ	ผู้ช่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ช่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
3.5 ผลของการดูแลผู้ช่วยโรคความดันโลหิตสูงของภาคีเครือข่าย	-ผู้ช่วยพอใจในการเข้ามาดูแลของภาคีเครือข่าย	-ผู้ดูแลพอใจในการเข้ามาดูแลของภาคีเครือข่าย	- เครือข่ายให้ความร่วมมือในการดำเนินงานดี
3.6 การประสานงานกับทีมงาน/ทีมงาน/เครือข่ายอื่นๆ	-มีการประสานงานกับทีมงาน/เครือข่ายอื่นๆ ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้ามาดูแล	- มีการประสานงานกับทีมงาน/ทีมงาน/เครือข่ายอื่นๆ ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้ามาดูแล	มีการการประสานงาน/ การสื่อสารโดยรูปแบบของการประชุมชี้แจง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำข้อมูลไปประสานต่อถึงครัวเรือนโดยหลายรูปแบบ เช่นการไปสื่อสารข้อมูลที่บ้านผู้ช่วย การผ่านเสียงตามสาย การสื่อสารทางไลน์ ทางเฟซบุ๊ก ส่งหนังสือขอประชาสัมพันธ์ โดยการประชาสัมพันธ์ จะมีการสอดแทรกข้อมูลเพื่อให้ผู้ช่วยหรือประชาชนเกิดความตระหนัก
3.7 ระบบสนับสนุน/การสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน	ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจมีดังนี้ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหมู่บ้าน เข้มมบ้านและติดตามวัดความดันโลหิตและให้คำแนะนำในการปฏิบัติ	ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจมีดังนี้ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เข้มมบ้านและหมู่บ้าน เข้มมบ้านและติดตามวัดความดันโลหิตและให้คำแนะนำในการปฏิบัติ	ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน โดย 1. เกิดขึ้นเองโดยงานที่ทำทำแล้วภูมิใจ ความมีจิตอาสา ทำให้การดำเนินงานได้ต่อเนื่อง 2. การมีพี่เลี้ยงในการร่วมดำเนินงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ทีมงานมีความมั่นใจ

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเด็นการจัดการ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
สุขภาพ	วัดความดันโลหิตและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว	ติดตามวัดความดันโลหิต และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว	3. ความต่อเนื่องในการทำงานของทีมทำให้เกิดความต่อเนื่อง 4. การให้กำลังใจในการปฏิบัติงานของทีม โดยการเลี้ยงข้าวไปเที่ยว สนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ 5. การพัฒนาศักยภาพความรู้ให้ทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่อง 6. การสนับสนุนเรื่องสิทธิประโยชน์ของตม. 7. การส่งเสริมให้เกิดความรักในการปฏิบัติงานเพื่อชุมชนของตนเอง
4. การติดตามประเมินผล			
4.1 วิธีการประเมินผล	- ประเมินจากพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของตนเอง	- ประเมินจาก satisfaction ที่ผู้ป่วยรับทราบเอง ถ้ายังมีรศเริ่มแสดงว่าผู้ป่วยยังดูแลตัวเองไม่ได้	มีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุข
การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	- ประเมินโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ค่าปกติหรือไม่	- ประเมินโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง	ประเมินการวัดความดันโลหิตที่บ้านและลงบันทึกไว้ ติดตามจากผลการเยี่ยมบ้านแล้วมาคุยกัน ว่ามีส่วนขาดอะไร

ตาราง 10(ต่อ)

ประเด็นการจัดการจัดการ	ผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ผู้ดูแลผู้ป่วย (การสัมภาษณ์) (n=16)	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน(การสนทนากลุ่ม) (n=16)
สุขภาพ	<ul style="list-style-type: none">- ประเมินค่าความดันโลหิตเมื่อไปตรวจตามนัด เทียบค่าล่าสุด เกอร์- ประเมินโดยการวัดความดันโลหิตโดย อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมาเยี่ยมบ้าน- ประเมินจากอาการของตนเอง เช่น ไม่เวียนหัว ไม่มีง	<ul style="list-style-type: none">- ประเมินโดยการวัดความดันโลหิตโดย อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข- ประเมินจากอาการของผู้ป่วย ความสามารถเดิน การใช้ชีวิตประจำวัน	
4.2 ความพึงพอใจในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง	<p>มีความคิดเห็นว่าจะต้องปรับปรุง การดูแลของตนเอง</p>	<p>มีความคิดเห็นว่าจะต้องปรับปรุง การดูแลของตนเอง</p>	<p>มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง โดย ผลการคัดกรองจะอยู่ในเกณฑ์ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะไม่ค่อยดี ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คุณภาพการรักษาก็ยังไม่ค่อยดี มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น</p>

จากการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพชุมชน สามารถสรุปในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ทรัพยากรในการบริหารจัดการ

1. ภาควิชาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและบทบาทหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เภสัชกร) (มีบทบาทหน้าที่ เรื่องการให้การรักษาโรคในคลินิกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ทำกายภาพบำบัดในคนไข้ติดเตียง ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพทั่วไป ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย การอาบน้ำ การป้อนข้าว การใส่ยาในผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้งการการเขียนของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเพื่อมาจัดกิจกรรมต่างๆ ในการแก้ไขปัญห

1.1 ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล กรรมการกองทุนท้องถิ่นฯ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลจะมีหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณสมทบให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นในชุมชน มีการจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณจากกองทุนท้องถิ่น ในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหายากจน ผู้นำชุมชน มีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับประชาชนและช่วยประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆอีกทั้งเข้าร่วมในทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1.2 ภาคประชาชน ได้แก่ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ผู้ดูแลผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่หลักและสำคัญในทีม ได้แก่ สำรวจความเสี่ยงของประชาชน คัดกรองโรค วัดความดันโลหิต และรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. และดูแลกลุ่มเหล่านี้ต่อพร้อมทั้ง ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว จิตอาสาจะมีบทบาทในการช่วยเหลือในการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแลผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียงในชุมชน

1.3 บุคลากรหน่วยงานอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู และนักเรียน มีบทบาทหน้าที่ คือการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการทำกิจกรรมในชุมชนต่างๆ ที่ได้รับการประสานงาน และการประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพ

2. ทรัพยากร/ งบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

2.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต แผ่นตรวจปัสสาวะดูการทำงานของไต แผ่นตรวจน้ำตาลในเลือด ให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมสุขภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหา เช่น โครงการคัดกรองโรค

2.2 กองทุนพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุนเงินปันผลของหมู่บ้าน ให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมสุขภาพ เพื่อใช้ในกิจกรรมต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

2.3 กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง (กองทุน long term care) จัดสรรงบประมาณให้ผู้ป่วยที่ติดเตียงจากภาวะแทรกซ้อนของโรค คนละ 5,000 บาทให้กับผู้ป่วย และสนับสนุนค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

2.4 องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี สนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปใช้ในให้บริการแก่ผู้ป่วยในชุมชน

2.5 โรงพยาบาลไทรน้อย สนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ รวมทั้ง วัสดุทางการแพทย์ เช่นเครื่องวัดความดันโลหิต และสนับสนุนอุปกรณ์ สนับสนุนบุคลากรในทีมหมอครอบครัว

2.6 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. แนวคิด/เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพชุมชน มีแนวคิดและเป้าหมายเดียวกันคือ การดูแลส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เน้น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และรับประทานยาเป็นหลัก

4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือสมุนไพรในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชน มีมุมมองว่าโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้ยาสมุนไพรรักษาเบื้องต้นในครัวเรือน โดยอาศัยการบอกต่อจากรุ่นพ่อ รุ่นแม่ ได้แก่ สมุนไพรใบชะพลู หล้าหนวดแมว ลูกใต้ใบ แต่ประชาชนนิยมใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่า

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในด้านการบริหารจัดการสุขภาพ คือ ภาควิชาเครือข่ายที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน 3) ภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) บุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำศาสนาและ ครู ในด้านทรัพยากร/งบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักๆ จะมาจาก กองทุนท้องถิ่นสุขภาพท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง โดยมีแนวคิด/เป้าหมายในการจัดการสุขภาพเดียวกันคือ การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เน้นเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยาแผนปัจจุบันเป็นหลัก มีการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นส่วนน้อย

การวางแผน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีการวางแผนการดูแล ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชน มีมุมมองว่ากระบวนการวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่ายในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยมีการดึงภาควิชาเครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเป็นการวางแผนงานโครงการ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล โดยผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน โดยจะมีองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนครัวเรือน โดยเริ่มตั้งแต่ การค้นหาปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เมื่อผ่านเวทีประชาคมแล้วจะมาทำการเขียนแผนงานโครงการ เสนอของบประมาณ โดยแหล่งงบประมาณหลัก คือ กองทุนท้องถิ่นสุขภาพท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในด้านการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ ผู้ดูแล ไม่มีการวางแผนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์เป็นหลัก ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่ายและประชาชน โดยผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งจะมียกองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนครัวเรือน โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา วินิจฉัยปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา จัดทำแผนงานโครงการ เสนอของบประมาณจากกองทุนสุขภาพ

ท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และรายงานผลการปฏิบัติงาน โดยการบริหารจัดการจะไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลผู้ป่วย

การดำเนินการ

กิจกรรมในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลผู้ป่วยมี กิจกรรมการดูแลเรื่องการลดการรับประทานอาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม และการดูแลเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชน จะมีกิจกรรมการทำงานเป็นทั้งเชิงรุกหรือเชิงรับ โดย เชิงรุกมีการดำเนินการคัดกรองโรค ประกอบด้วย การวัดรอบเอว การชั่งน้ำหนักการวัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต เจาะเลือดตรวจน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว การตรวจปัสสาวะหาไข่ขาวในปัสสาวะ การตรวจวัดสายตา การประเมินการเสี่ยงต่อการหกล้ม ประเมินซึมเศร้า ประเมินสมองเสื่อม การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การออกเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว การดำเนินงานเชิงรับ คือการเปิดคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีทีมหมอครอบครัวจากโรงพยาบาล ไทรน้อยมาร่วมดำเนินการในทุกสัปดาห์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีการวางแผนกิจกรรมการดูแลโรคความดันโลหิตสูง ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพชุมชน ยังไม่พึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานข้างต้น

ในการดำเนินการดูแลโรคความดันโลหิตสูง จะมีภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัดและ เภสัชกร มีบทบาทหน้าที่ เรื่องการดูแลรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล กรรมการกองทุนท้องถิ่นฯ มีบทบาทหน้าที่ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลจะมีหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณสมทบให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อให้ กลุ่มองค์กรต่างๆจัดทำโครงการด้านสาธารณสุขที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นในชุมชนต่างๆ องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณ ในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหายากจน และสนับสนุนงบประมาณให้กับกองทุนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้กับ ประชาชนและช่วย ประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆอีกทั้งเข้าร่วมในทีมที่ออกดูแลสุขภาพประชาชน 3) ภาคประชาชน ได้แก่ ทีมอสม. จิตอาสา ผู้ดูแลผู้ป่วย ประชาชน มีบทบาทหน้าที่

สำคัญ และเด่นชัด ได้แก่ สำนวญความเสี่ยงของประชาชน คัดกรองโรค วัดความดันโลหิต และรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. และดูแลกลุ่มเหล่านี้ต่อพร้อมทั้ง ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว 4)หน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ครู ครู กศน. โดยให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งผลจากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล

ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล คือการเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เยี่ยมบ้านและติดตามวัดความดันโลหิตและ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ส่วนในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกิดขึ้นเองโดยงานที่ททำซึ่งทำแล้วภูมิใจ ความมีจิตอาสา ทำให้การดำเนินงานได้ต่อเนื่อง ส่วนการสนับสนุนจากภายนอก คือการมีพี่เลี้ยงในการร่วมดำเนินงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ ทีมงานมีความมั่นใจ ความต่อเนื่องในการทำงานของทีมทำให้เกิดความต่อเนื่อง การให้กำลังใจในการปฏิบัติงานของทีมด้วยตนเอง โดยการได้มีกิจกรรมร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน การได้ท่องเที่ยวร่วมกัน การได้รับสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ การได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้อย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในด้านการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการให้บริการเรื่องการดูแลรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนในเรื่องงบประมาณในการดำเนินการได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง ส่วนในเรื่องการบริการเชิงรุกในชุมชนเป็นบทบาทของทีมงานภาคประชาชน ได้แก่ ทีม จิตอาสา ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทที่ชัดเจนที่สุด

การติดตามประเมินผล

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีการประเมินผลการดูแลจาก การประเมินจากพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวของตนเอง ประเมินโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ประเมินค่าความดันโลหิตเมื่อไปตรวจตามนัด เทียบค่าสี่สติกเกอร์ ปิงปองจรรยาจร 7 สี ประเมินโดยการวัดความดันโลหิตโดย อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อเยี่ยมบ้าน ประเมินจากอาการของตนเอง เช่น ไม่เวียนหัว ไม่มีอาการมึนงง ผลการประเมินตนเองก็ยังไม่พึงพอใจ ต้องปรับปรุงเรื่องพฤติกรรมกรบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มการออกกำลังกาย

ในมุมมองของทีมจัดการสุขภาพชุมชน ระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการวัดความดันโลหิตที่บ้านและมาแลกเปลี่ยนร่วมกันถึงส่วนขาดต่างๆ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง โดย ผลการคัดกรอง จะอยู่ในเกณฑ์ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะไม่ใช่ไปตามเกณฑ์ คุณภาพการรักษา ก็ยังไม่ได้ มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น มีการปรับปรุงการดำเนินงานโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน ส่วนการประเมินผล ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในด้านการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล มีการติดตามประเมินผลการดูแลรักษาโดยประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของตนเอง การวัดความดันโลหิต และประเมินค่าความดันโลหิตเมื่อไปพบแพทย์ ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชน มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการวัดความดันโลหิตที่บ้านและนำมาแลกเปลี่ยนร่วมกันถึงส่วนขาดและเทียบผลการดำเนินงานกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล คือการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. เยี่ยมบ้านและติดตามวัดความดันโลหิตและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบการติดตามประเมินผลเป็นระบบที่ยังไม่ชัดเจน และยังขาดการมีส่วนร่วมในการประเมินผลร่วมกัน

1.3 ผลการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR) ของทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 เมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย ได้ทำการเก็บข้อมูลได้ทำการเก็บข้อมูลใน ทีมจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 10 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน เก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน โดยใช้แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ(3๑2ส1ย) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

1.3.1 ผลการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

(ADKAR)ของทีมจัดการสุขภาพชุมชน

จากการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR)ของทีมจัดการสุขภาพชุมชน สามารถสรุปผลการศึกษา ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1) ความตระหนักรู้ (Awareness)

ทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีความตระหนักว่าโรคนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ต่อครอบครัว และต่อสังคม โดยตระหนักรู้ว่า ส่งผลกระทบต่อบุคคล คือผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคนี้จะไม่แสดงอาการในระยะแรกๆทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมำนำไปสู่การทุพพลภาพ และการเสียชีวิต เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะต้องอยู่กับโรคนี้ไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานได้หรือทำได้น้อยลง ทำให้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ลดลง จะส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีความตระหนักถึงผลกระทบต่อครอบครัว คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนำไปสู่การทุพพลภาพ และการเสียชีวิต จะส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว โดยจะส่งผลกระทบต่อ คนในครอบครัวต้องเข้ามาดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ติดเตียง เป็นต้น ครอบครัวต้องมีภาวะเพิ่มขึ้นในด้าน คนดูแล เงิน วัสดุต่างๆ ในการที่จะดูแลผู้ป่วย ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวแยลง ทีมสุขภาพชุมชนมีความตระหนักถึงผลกระทบต่อสังคม คือทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ต้องรับภาระการดูแลรักษาและค่าใช้จ่ายในระยะยาว และ ทีมจัดการสุขภาพในชุมชนจะต้องเข้ามาช่วยกันดูแลช่วยเหลือ ดังสะท้อนจากผลการสัมภาษณ์ที่ระบุว่า

“โรคนี้จะทำให้เขาไม่สามารถทำงานได้หรือไม่ก็ทำได้น้อยลง ทำให้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ลดลงจะส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้แย่มากๆกันมาเลยครับ”

(HCT1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“คนที่ป่วยเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการในระยะแรกๆทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา มากมายเลยคะ”

(HCT 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“เมื่อป่วยนี้ครอบครัวต้องมีภาวะเพิ่มขึ้นทั้ง คนดูแลเลย เงิน วัสดุต่างๆ ในการที่จะดูแลผู้ป่วย ทุกสิ่งอย่างเลยคะ”

(HCT 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“ผมว่าผลมันมากระบบบริการทางการแพทย์ต้องรับภาระการดูแลรักษาและค่าใช้จ่ายในระยะยาวนานมาก อย่างรพ.สต.ก็ต้องรับภาระ อสม.ด้วยตามๆกันมาครับ”

(HCT 6, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

2) ด้านความปรารถนา (Desire)

ทีมจัดการสุขภาพชุมชนทุกคนมีความต้องการในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงโดยมีเหตุผลที่คล้ายคลึงกันคือ โรคความดันโลหิตสูงนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต่อครอบครัว และต่อชุมชน เพราะโรคนี้มีอัตราการเกิดโรคในชุมชนสูงกว่าโรคอื่นๆ โรคนี้มีความรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งส่งผลต่อการรับภาระการดูแลของเจ้าหน้าที่ต่อไป ซึ่งทีมจัดการสุขภาพมีมุมมองว่าภาระงานที่มากอยู่แล้วเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรที่น้อย จึงต้องรีบแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงก่อนปัญหาสุขภาพอื่นๆในชุมชน

ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนมีแรงจูงใจในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน หลายประการ คือ ต้องการลดงบประมาณที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากจากประสบการณ์การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จากการให้บริการผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี แล้วแต่ละคนก็จะมี การเพิ่มขนาดของยา เพิ่มจำนวนของยาขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลต่องบประมาณที่ใช้ในการดูแล ที่เพิ่มขึ้นในทุกๆปี โดยมีเป้าหมายที่จะลดอัตราการเกิดโรค เพิ่มการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลต่อการใช้งบประมาณในการดูแลที่สูงขึ้น และส่งกระทบตามมามากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วย ต่อครอบครัว ต่อสังคม ดังสะท้อนจากผลการสัมภาษณ์ที่ระบุว่า

“มันมีผลกระทบกับผู้ป่วย ต่อครอบครัว และต่อชุมชนครับ”

(HCT 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“พวกเรามีภาระงานมาก บุคลากรน้อย ต้องรีบแก้ไขก่อนค่ะ”

(HCT 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“การเกิดโรคในชุมชนมันสูงกว่าโรคอื่นๆจริงๆ”

(HCT 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“อยากลดจำนวนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีภาวะแทรกซ้อนมากบ้างน้อยบ้าง มีการติดเตียงบ้าง ก็มีการใช้งบประมาณในการดูแลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ”

(HCT 7, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

3) ด้านความรู้ (Knowledge)

ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนมีองค์ความรู้เบื้องต้นที่ใช้ในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การเข้าใจเบื้องต้น การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพฟัน การดูแลภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น และความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนยังขาดองค์ความรู้/หรือต้องการองค์ความรู้ในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เทคนิคการสร้างความตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจร่างกาย การรักษา การเข้าใจ การดูแลภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การใช้ทักษะการสื่อสาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนมีความต้องการการพัฒนาความรู้ในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โดย การฝึกอบรมเทคนิคการสร้างความตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การฝึกอบรมเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจร่างกาย การรักษา การเข้าใจ การดูแลภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น การฝึกอบรมเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยง เช่น การใช้ทักษะการสื่อสาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ดังสะท้อนจากผลการสัมภาษณ์ที่ระบุว่า

“พวกเราก็พอมีความรู้เบื้องต้น เพราะได้รับการอบรมตลอด เช่น การเข้าใจเบื้องต้น การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย”

(HCT 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“พอจะมีความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพฟันมันเป็นบทบาทของเรา”

“ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก็มีนะค่ะ”

(HCT 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“อยากมีวิธีการจัดการหรือเทคนิคการสร้างความตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ชาวบ้านไม่ค่อยตระหนักกันเลยค่ะ”

(HCT 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“ถ้าเป็นเรื่องเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะดีมากๆค่ะ
(HCT 7, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“อยากมีวิธีการจัดการหรือเทคนิคการสร้างความตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ชาวบ้านไม่ค่อยตระหนักกันเลยคะ”

(HCT 8, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

4) ด้านความสามารถ (Ability)

ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนมีทักษะหรือความสามารถที่ใช้ในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงดังนี้ คือเรื่อง การใช้จ่ายเบื้องต้น การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพฟัน เป็นต้น การดูแลภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนยังขาดทักษะเรื่อง เทคนิคการสร้างความตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจร่างกาย การรักษาโรค การใช้จ่าย การดูแลภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การใช้ทักษะการสื่อสาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนมีความต้องการการพัฒนาทักษะหรือความสามารถในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โดยการฝึกอบรมเทคนิคการสร้างความตระหนักให้ชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การฝึกอบรมเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจร่างกาย การรักษาโรค การใช้จ่ายรักษาโรค การดูแลภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น การฝึกอบรมเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยง เช่น การใช้ทักษะการสื่อสาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ การจัดทำสื่อการสอน การทำอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่เคลื่อนย้ายได้สะดวก เทคนิคการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจ การให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีปัญหาซ้ำซ้อน ทั้งนี้รูปแบบการจัดกิจกรรมเสริมทักษะส่วนขาดควรเป็นรูปแบบที่ง่าย ไม่ยาก สามารถนำมาใช้ได้จริง ดังสะท้อนจากผลการสัมภาษณ์ที่ระบุว่า

“รูปแบบการจัดกิจกรรมถ้าเป็นรูปแบบที่ง่าย ไม่ยาก สามารถนำมาใช้ได้จริงก็จะดี”

(HCT 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“อยากให้ทีมรู้เรื่องการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจ ผู้ป่วยจะได้มีกำลังใจ”

(HCT 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“ถ้ามีอุปกรณ์ที่เราเอาไปใช้ในการเยี่ยมบ้าน คิดค้นทำขึ้นก็น่าจะง่ายขึ้น”

(HCT 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

5) ด้านการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement)

พบว่าชุมชนมีระบบการสนับสนุนในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน คือ มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีเครือข่าย ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข มาร่วมจัดกิจกรรมต่างๆ โดยใช้งบประมาณกองทุนท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนทุกปี การได้รับการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลไทรน้อย) และยังมีเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลไทรน้อย) ร่วมกับทีมเครือข่ายในชุมชน มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ความสามารถในการดูแลครอบครัวที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอโดยใช้งบประมาณกองทุนท้องถิ่นสนับสนุนทุกปี

ชุมชนมีระบบการติดตามประเมินผลการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน คือ การมีระบบการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อแยก กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ เพื่อวางแผนการดำเนินการ การมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำติดตามตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย แต่กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยโดยทีมของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ปิงปองจรรยาจร 7 สี เพื่อแยกว่าผู้ป่วยมีอาการมากน้อยแค่ไหน โดยที่ระบบการประเมินในครอบครัวและชุมชนยังไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง

ชุมชนต้องการระบบการสนับสนุน ระบบการติดตามประเมินผลในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ดังนี้คือ ต้องการให้มีบุคลากรเพิ่มขึ้น เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ต้องการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้ต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน จิตอาสา ได้แลกเปลี่ยนถึงปัญหาใน

การทำงาน ปรับวิธีการทำงาน ปรับแผนงานอันจะทำให้งานประสบผลสำเร็จได้ดีขึ้น เพิ่มการสร้าง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความร่วมมือของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ควรมีการนำข้อมูลจากการคัดกรองกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ มาสร้างการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินการในทุกๆกลุ่ม ดังสะท้อนจากผลการสัมภาษณ์ที่ระบุว่า

“งานมีหลายอย่างมาก อยากให้มี บุคลากรเพิ่มขึ้น เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่าง ครอบคลุม ”

(HCT 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“ต้องการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้ต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีความรู้ความสามารถในการ ปฏิบัติงาน แล้วใครที่ไปอบรมมาก็มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในทีม จนท .อสม .ผู้นำชุมชน จิต อาสา ถึงปัญหาในการทำงาน ปรับวิธีการทำงาน ปรับแผนงานอันจะทำให้งานประสบผลสำเร็จได้ ครับ”

(HCT 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

“ถ้าเราคัดกรองกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติแล้วเอามาสร้างการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินการน่าจะดีมากค่ะ แต่เราไม่ได้ทำ”

(HCT 7, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2564)

จากการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR) ของ ทีมจัดการสุขภาพชุมชนเมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่า ในด้านกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความตระหนักรู้ ทีมสุขภาพชุมชนมีความตระหนักว่าโรคนี้เป็นปัญหาที่ ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม และมีความตระหนักถึงบทบาทที่ต้องเข้าไปดูแล ส่วนในด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนา พบว่า ทีมจัดการสุขภาพ ชุมชนมีความต้องการในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงโดยมีเหตุผลที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย และผู้ดูแลคือ โรคความดันโลหิตสูงนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต่อครอบครัว และต่อชุมชน เพราะโรคนี้ มีอัตราการเกิดโรคในชุมชนสูงกว่าโรคอื่นๆ โรคนี้มีความรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งส่งผลต่อการรับภาระการดูแลของทีมจัดการสุขภาพชุมชน โดยในด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านความรู้ พบว่าทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนมีองค์ความรู้เบื้องต้นที่ใช้ในการจัดการ ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงขาดองค์ความรู้ในเรื่องของกระบวนการสร้างความตระหนักและ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาและการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ส่วนใน เรื่อง ด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความสามารถ พบว่าสอดคล้องกับเรื่องของ

ความรู้ คือ มีความสามารถในการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงขาดทักษะในเรื่องของกระบวนการสร้างความตระหนักและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ส่วนในด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านเสริมแรงสนับสนุน ชุมชนมีระบบการสนับสนุนในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน แต่ยังคงดำเนินการไม่ต่อเนื่องและครอบคลุม

1.3.2 ผลการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR) ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR) ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของชุมชนบ้านคลองขวาง เมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย ได้ทำการเก็บข้อมูลได้ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน โดยใช้แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ(3๑2ส1ย) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษสามารถสรุปได้ ดังนี้

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=32)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ดูแล (n=16)		ผู้ป่วย (n=16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	11	68.75	10	62.50
ชาย	5	31.25	6	37.50
รวม	16	100.00	16	100.00
อายุ				
30-39ปี	3	18.75	0	.0
40-49ปี	3	18.75	1	6.30
50-59ปี	7	43.75	6	37.50
60-69ปี	3	18.75	4	25.00
70 ปีขึ้นไป	0	0	5	31.25
รวม	16	100.00	16	100.00
สถานภาพสมรส				
สมรส	13	81.25	11	68.80
หม้าย	2	12.50	5	31.30

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ดูแล (n=16)		ผู้ป่วย (n=16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แยกกันอยู่	1	6.25	0	.00
รวม	16	100.00	16	100.00
วุฒิการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	6	37.50	14	87.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	18.75	2	12.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	18.75	0	.00
อนุปริญญา/ปวส.	3	18.75	0	.00
สูงกว่าปริญญาตรี	1	6.25	0	.00
รวม	16	100.00	16	100.00
อาชีพ				
เกษตรกร	14	87.50	10	62.50
ค้าขาย	1	6.25	1	6.30
รับจ้าง	0	0	1	6.30
อยู่บ้านไม่ได้ทำอาชีพ/แม่บ้าน	1	6.25	4	25.00
รวม	16	100.00	16	100.00
รายได้				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	10	62.50	10	62.50
5,001-10000 บาท	3	18.75	3	18.75
10,001-15,000 บาท	2	12.50	1	6.25
15,001-20,000 บาท	1	6.25	2	12.50
รวม	16	100.00	16	100.00
โรค/ภาวะแทรกซ้อนตอบได้ >1 คำตอบ				
ไขมันในเลือดสูง			7	43.75
เบาหวาน			2	12.50
รวม			16	100.00
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5 kg/m ²)			1	6.25
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5 – 22.9 kg/m ²)			5	31.25
อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ1 (23-24.9 kg/m ²)			4	25.00
อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ2 (25-29.9 kg/m ²)			6	37.50

ตาราง 11 (ต่อ)

รวม	16	100.00
เส้นรอบเอว (ซม.)		
ปกติ (<90 (ชาย), < 80 (หญิง))	5	31.25
สูงกว่าเกณฑ์ (> 90 (ชาย), > 80 (หญิง))	11	68.75
รวม	16	100.00
ระดับความดันโลหิต(mm/Hg)		
ความดันโลหิตปกติ	0	.00
ความดันโลหิตสูง		
ระดับ1 (140-159/90-99)	10	62.50
ระดับ2 (160-179/100-109)	6	37.50
รวม	16	100.00

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.75 มีอายุระหว่าง 50-59ปี คิดเป็นร้อยละ 43.75 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 81.25 การศึกษาสูงสุดอยู่ใน ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีอาชีพ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 87.5 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.50 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 โดยส่วนใหญ่อายุระหว่าง 50-59ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 สถานภาพ สมรส คิดเป็นร้อยละ 68.80 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีโรค/ภาวะแทรกซ้อน คือภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 43.75 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 12.50 โดยที่ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ2 คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยส่วนใหญ่มีรอบเอวสูงกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 68.75 และส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตสูง ระดับ1 คิดเป็นร้อยละ 62.50

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ และ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และ ภาพรวม (n = 32)

การตระหนักรู้ (Awareness)	ผู้ดูแล(n = 16)			ผู้ป่วย(n = 16)			z	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1.ผลเสียในการรับประทาน อาหารที่มีรสหวาน	3.69	.70	มาก	3.19	1.10	ปาน กลาง	1.16	.24
2.ผลเสียในการรับประทาน อาหารมัน	3.94	.77	มาก	3.69	.70	มาก	.79	.43
3. ผลเสียในการรับประทาน อาหารที่มีรสเค็ม	3.88	.81	มาก	3.94	.44	มาก	.39	.70
4. ผลดีในการรับประทานผัก และผลไม้	3.94	.68	มาก	4.06	.85	มาก	.46	.64
5.ผลเสียในการดื่ม ชา กาแฟ	3.38	0.88	ปาน กลาง	3.38	0.88	ปาน กลาง	0.16	0.88
6.การออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับโรค	3.63	0.96	มาก	3.50	0.63	มาก	0.41	0.68
7.ผลดีในการจัดการด้าน อารมณ์	3.63	0.81	มาก	3.75	0.44	มาก	0.92	0.36
8.ผลเสียการดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.88	1.02	มาก	3.69	0.87	มาก	0.38	0.70
9.ผลเสียในการที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่	4.13	0.88	มาก	3.75	1.12	มาก	0.82	0.41
10.การรับประทานยาโรค ความดันโลหิตสูง	3.63	1.26	มาก	4.06	0.68	มาก	0.92	0.36
11.ประโยชน์ในการไปรับการ รับการรักษาตามนัด	3.75	1.13	มาก	4.13	0.80	มาก	0.88	0.38
12.ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.75	1.00	มาก	3.88	0.80	มาก	0.32	0.75
รวม	3.76	0.75	มาก	4.02	0.70	มาก	0.06	0.96

*p-value < .05

จากตาราง 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.76$, $S.D. = 0.75$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 9: การรับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพในการที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M = 4.13$, $S.D. = 0.88$) รองลงมาคือ ข้อที่ 2: การรับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพในการรับประทานอาหารมันและข้อ 4: การรับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพในการรับประทานผักและผลไม้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.94$, $S.D. = 0.77$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 5: การรับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพในการดื่ม ชา กาแฟ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.38$, $S.D. = 0.88$)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.02$, $S.D. = 0.70$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 11: การรับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพในการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.13$, $S.D. = 0.80$) รองลงมาคือ ข้อที่ 10: การตระหนักถึงผลดีของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$, $S.D. = 0.68$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 5: การรับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพในการดื่ม ชา กาแฟ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.38$, $S.D. = 0.88$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาพรวมของกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยและของผู้ป่วย พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพด้านความปลอดภัยและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความปลอดภัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม (n = 32)

ความปลอดภัย (Desire)	ผู้ดูแล(n = 16)			ผู้ป่วย(n = 16)			z	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1.การควบคุมการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน	3.63	0.96	มาก	3.37	.71	ปานกลาง	.77	0.44
2.การควบคุมการรับประทานอาหารมัน	3.50	1.16	มาก	3.62	.61	มาก	.32	.75
3.การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	3.81	.83	มาก	3.87	.34	มาก	.52	.61
4.การรับประทานอาหารผักและผลไม้ให้เพียงพอ	3.75	1.34	มาก	3.69	.47	มาก	.72	.47
5.การควบคุมการดื่ม ชา กาแฟ	3.44	.97	ปานกลาง	3.31	.94	ปานกลาง	.32	.75
6.การออกกำลังกายที่เหมาะสม	3.81	.91	มาก	3.38	.50	ปานกลาง	1.60	.11
7.การจัดการด้านอารมณ์	3.81	.83	มาก	3.50	.63	มาก	1.05	.29
8.การงดการดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.81	.91	มาก	4.00	.73	มาก	.56	.57
9.การดูแลเรื่องการงดการสูบบุหรี่	3.56	1.50	มาก	4.19	.65	มาก	.80	.42
10.การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.00	.82	มาก	4.06	.77	มาก	.35	.73
11.การไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง	4.00	.81	มาก	4.19	0.75	มาก	.80	.42
12.การดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.88	1.09	มาก	3.88	.61	มาก	.25	.81
รวม	3.75	.91	มาก	3.75	.34	มาก	.13	.90

*p-value < .05

จากตาราง 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนา โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = .91$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 10: การปรารถนาที่จะดูแลการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ข้อที่ 11: การปรารถนาที่ในการไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้งมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.00, S.D. = .82$) รองลงมาคือ ข้อที่ 3: การปรารถนาในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.81, S.D. = .83$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 2: การปรารถนาที่จะควบคุมการรับประทานอาหารมัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.50, S.D. = 1.16$)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนา โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = .34$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 9: การปรารถนาที่จะงดสูบบุหรี่ ($M = 4.19, S.D. = .65$) และ ข้อที่ 11: การปรารถนาที่จะไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง ($M = 4.19, S.D. = .75$) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ข้อที่ 8: การรับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.00, S.D. = .73$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 5: ขำพเจ้าปรารถนาที่จะงดการดื่ม ชา กาแฟ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, S.D. = .94$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ภาพรวมของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนาของผู้ดูแลผู้ป่วย และของผู้ป่วยพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม ($n = 32$)

ความรู้(Knowledge)	ผู้ดูแล (n = 16)				ผู้ป่วย (n = 16)			
	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ
1.การรับประทานนมหวาน	7	43.8	9	56.30	4	25.00	12	75.00
2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล	12	75.0	4	25.00	7	43.80	9	56.30
3. การรับประทานอาหารที่มีการปรุงด้วยกระทิ	12	75.0	4	25.00	13	81.30	3	18.80
4. การรับประทานอาหารผัดหรือทอด	12	75.0	4	25.00	13	81.30	3	18.80

ตาราง 14 (ต่อ)

ความรู้(Knowledge)	ผู้ดูแล (n = 16)				ผู้ป่วย (n = 16)			
	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ตอบ ผิด	ร้อยละ	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ตอบ ผิด	ร้อยละ
5. การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม	16	100.00	0	0.00	16	100.00	0	100.00
6. การรับประทานอาหารแปรรูปหรือผ่านการถนอมอาหาร	15	93.80	1	6.30	11	68.80	5	31.30
7. การรับประทานอาหารผักและผลไม้สด	15	93.80	1	6.30	16	100.00	0	100.00
8. การดื่ม ชา กาแฟ	14	87.50	2	12.50	12	75.00	4	25.00
9. การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย	16	100.00	0	0	16	100.00	0	100.00
10. การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างต่อเนื่อง	16	100.00	0	0	15	93.80	1	6.3
11. การออกกำลังกายโดยการใช้น้ำแรงมากๆ	14	87.5	2	12.50	11	68.80	5	31.30
12. การมีอารมณ์เครียด	16	100.00	0	0.00	16	100.00	0	100.00
13. การดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	14	87.50	2	12.50	15	93.80	1	6.30
14. การงดสูบบุหรี่	16	100.00	0	0.00	15	93.80	1	6.30
15. การหยุดยาโรคความดันโลหิตสูงได้	14	87.50	2	12.50	12	75.00	4	25.00
ในภาพรวม (คะแนนเต็ม 15)	M = 13.06, S.D.=1.57				M = 12.06, S.D.=1.84			
z = 1.59, p-value = .11								

*p-value < .05

จากตาราง 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนวัดความรู้ โดยข้อคำถามที่ส่วนใหญ่ทำผิดมากที่สุดคือข้อ 1: การรับประทานขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเค้ก คุกกี้ ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 56.3 และข้อคำถามที่ส่วนใหญ่ทำถูกมากที่สุด คือ ข้อ 5: ในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถ

เติมน้ำปลา/เกลือ/ซีอิ๊ว ซอส ในอาหารได้เพื่อเพิ่มรสชาติ ข้อ 9: การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน เดิน ล้างรถ จะช่วยให้สุขภาพดี ข้อ 10: การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันจะช่วยลดความดันโลหิตของท่านได้ ข้อ 12: การมีอาการเครียด/หงุดหงิด/วิตกกังวล มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ข้อ 14: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 100

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนวัดความรู้ ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำผิดมากที่สุดคือข้อ 1: การรับประทานขนมหวานต่างๆเช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเค้ก คุณก็ ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 75.00 และข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำถูกมากที่สุด คือ ข้อ 5: ในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถเติมน้ำปลา/เกลือ/ซีอิ๊ว ซอส ในอาหารได้เพื่อเพิ่มรสชาติ ข้อ 7: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเน้นการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าอาหารผักและผลไม้สด ข้อ 9: การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน เดิน ล้างรถ จะช่วยให้สุขภาพ และ ข้อ 12: การมีอาการเครียด/หงุดหงิด/วิตกกังวล มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100.00

ภาพรวมของคะแนนความรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 13.06, S.D.=1.57$) โดยที่ภาพรวมภาพรวมของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 12.06, S.D.=1.84$) เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพด้านความสามารถการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=32)

ความสามารถ(Ability)	ผู้ดูแล (n=16)		ผู้ป่วย (n=16)		z	p-value		
	M	S.D.	ระดับ	S.D.			M	ระดับ
1.ความสามารถในการดูแลการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค	1.81	.40	ปานกลาง	1.38	.50	น้อย	2.48*	< .01
2.ความสามารถในดูแลเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค	1.88	.61	ปานกลาง	1.38	.50	น้อย	2.29*	< .01
3. ความสามารถในการดูแลเรื่องการจัดการด้านอารมณ์	1.69	.48	ปานกลาง	1.81	.54	ปานกลาง	.63	.53
4.ความสามารถในการดูแลเรื่องการไม่สูบบุหรี่	2.00	.82	ปานกลาง	1.94	.92	ปานกลาง	.22	.83
5.ความสามารถในการดูแลเรื่องการไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.13	.72	ปานกลาง	2.06	.92	ปานกลาง	.14	.89
6. ความสามารถในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยและการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง	1.94	.44	ปานกลาง	2.19	.65	ปานกลาง	1.29	.20
รวม	1.90	.49	ปานกลาง	1.90	.49	ปานกลาง	.52	.60

*p-value < .05

จากตาราง 15 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความสามารถโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.90, S.D.=.49)และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 5: ความสามารถในการดูแลการ

ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.13, S.D.=.72$) รองลงมาคือ ข้อที่ 4: ความสามารถในการดูแลการไม่สูบบุหรี่ของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.00, S.D.=.82$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 3: ความสามารถในการดูแลการจัดการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.69, S.D.=.48$)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.90, S.D.=.49$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 6: ความสามารถในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.19, S.D.=.65$) รองลงมาคือ ข้อที่ 5: ความสามารถในการดูแลการไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.06, S.D.=.92$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 1: ความสามารถในการดูแลการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค ข้อที่ 2: ความสามารถในการดูแลการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.38, S.D.=.50$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาพรวมของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย และของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรม และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ ของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม ($n=32$)

การเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement)	ผู้ดูแล ($n = 16$)		ผู้ป่วย ($n = 16$)		z	p-value		
	M	S.D.	ระดับ	S.D.			M	ระดับ
1. การลดการรับประทาน อาหารที่มีรสหวาน	3.63	1.09	มาก	3.13	.71	ปานกลาง	3.13	.71
2. การลดการรับประทาน อาหารมัน	3.69	1.14	มาก	3.25	.77	ปานกลาง	3.25	.77
3. การลดการรับประทานอาหาร ที่มีรสเค็ม	3.88	1.02	มาก	3.44	.72	ปานกลาง	3.44	.72
4. การการรับประทานผักและ ผลไม้ให้เพียงพอ	3.94	1.06	มาก	3.38	.71	ปานกลาง	3.38	.71
5. การงดการดื่ม ชา กาแฟ	3.69	1.08	มาก	3.06	1.12	ปานกลาง	3.06	1.12

ตาราง 16 (ต่อ)

การเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement)	ผู้ดูแล (n = 16)			ผู้ป่วย (n = 16)			z	p-value
	M	S.D.	ระดับ	S.D.	M	ระดับ		
6. การออกกำลังกายที่ เหมาะสม	3.81	0.98	มาก	3.13	.50	ปานกลาง	3.13	.50
7. การจัดการอารมณ์ตนเอง ได้	3.56	1.15	มาก	2.88	0.72	ปานกลาง	2.88	.72
8. การงดการดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.25	1.53	ปานกลาง	3.13	1.25	ปานกลาง	3.13	1.25
9. การสนับสนุนเรื่องการงด สูบบุหรี่	3.31	1.58	ปานกลาง	3.13	1.40	ปานกลาง	3.13	1.40
10. การรับประทานยาโรค ความดันโลหิตสูง	3.81	1.05	มาก	3.44	1.03	ปานกลาง	3.44	1.03
11. การไปรับการรักษาตาม นัดทุกครั้ง	3.75	1.29	มาก	3.56	0.96	มาก	3.56	.96
12. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	3.88	1.15	มาก	3.44	.96	ปานกลาง	3.44	.96
รวม	3.89	1.48	มาก	3.24	.68	ปานกลาง	3.24	.68

*p-value < .05

จากตาราง 16 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M = 3.89, S.D.=1.48) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 3: การสนับสนุนในการลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และ ข้อที่ 12: การสนับสนุนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอยู่ในระดับมาก (M = 3.88, S.D.=1.02) รองลงมาคือ ข้อที่ 11: การสนับสนุนในการรักษาตามนัดทุกครั้งอยู่ในระดับมาก (M = 3.75, S.D.=1.29) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 9: การสนับสนุนในการงดสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.31, S.D.=1.58)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.24, S.D.= .68) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 11: การได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะไปรับการรักษา

ตามนัดทุกครั้ง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.56, S.D. = .96$) รองลงมาคือ ข้อที่ 3: การได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะลดการรับประทานอาหารรสเค็ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.44, S.D. = .72$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 9: การได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะงดการดื่ม ชา กาแฟ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.06, S.D. = 1.40$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่าภาพรวมของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ดูแลผู้ป่วยและของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.3 ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 เมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย ได้ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน โดยใช้สอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วย ผลการศึกษสามารถสรุปได้ ดังนี้

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม ($n=32$)

พฤติกรรม3อ.2ส.1ย.	M	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1.พฤติกรรมมารับประทานขนมหวานต่างๆเช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเค้ก คุกกี้ ขนมปังหรืออื่นๆ	3.25	.57	ปานกลาง
2.พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน หรืออื่นๆ	3.44	.89	ปานกลาง
3.พฤติกรรมมารับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน ลำไย หรืออื่นๆ	2.94	.85	ปานกลาง
4.พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าก่อนเติมน้ำตาลเพิ่ม	3.56	1.15	มาก
5. พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีการปรุงด้วยกะทิ เช่นแกงเผ็ด แกงคั่ว มัสมั่น หรืออื่นๆ	3.06	.57	ปานกลาง
6.พฤติกรรมมารับประทานอาหารไขมันสูง เช่น เนื้อหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก หรืออื่นๆ	3.00	.89	ปานกลาง
7.พฤติกรรมมารับประทานอาหารผัดหรือทอด เช่นลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ทอด หรืออื่นๆ	2.94	.77	ปานกลาง

ตาราง 17 (ต่อ)

พฤติกรรม3อ.2ส.1ย.	M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
8.พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเช้าเช่นการเติมน้ำปลา/เกลือ/ซีอิ้ว ซอสในอาหาร	3.31	1.30	ปานกลาง
9.พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารแปรรูปหรือผ่านการถนอมอาหาร เช่น อาหารกระป๋อง ขนมหกัธยารอบ บะหมี่/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า หรืออื่นๆ	3.19	.91	ปานกลาง
10.พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารผักและผลไม้สด วันละอย่างน้อย ครั้ง กิโลกรัม	2.88	1.20	ปานกลาง
11.พฤติกรรมกรรมการดื่ม ชา กาแฟ	3.31	1.53	ปานกลาง
12.พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน เดิน ล้างรถ หรืออื่นๆ	3.31	1.44	ปานกลาง
13.พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน	1.56	.62	น้อย
14.พฤติกรรมกรรมการใช้แรงมากๆเช่น ยกของหนัก ชูด ลาก ดึงดันของ หนัก	3.94	1.12	มาก
15.พฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาด้านอารมณ์	3.19	.83	ปานกลาง
16.พฤติกรรมกรรมการการผ่อนคลายความเครียด	3.31	.70	ปานกลาง
17.พฤติกรรมกรรมการแก้ไขปัญหา ละการหาทางออกเช่น มีปัญหาไม่ สบายใจสามารถพูดคุยปรึกษาหรือปรึกษากับญาติหรือบุคคลที่ ท่านไว้วางใจ	3.19	.75	ปานกลาง
18.พฤติกรรมกรรมการนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	3.00	0.73	ปานกลาง
19.พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.50	1.03	มากที่สุด
20.พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ สูดควันบุหรี่ หรือใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่	4.00	1.41	มาก
21.พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง	4.00	0.96	มาก
22.พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง	3.94	1.34	มาก
23.พฤติกรรมกรรมการปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการ ผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว แขนขาชา	3.13	1.25	ปานกลาง
24.พฤติกรรมกรรมการไปรับการรักษาดตามนัดหรือพบแพทย์/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทันทีที่มีอาการผิดปกติ	3.56	1.50	มาก
รวม	3.31	.31	ปานกลาง

จากตาราง 17 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, S.D.=.31$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 19: พฤติกรรมการดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.50, S.D.=1.03$) รองลงมาคือ ข้อที่ 20: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สูดควันบุหรี่ หรือใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ($M = 4.00, S.D.=1.41$) และข้อที่ 21: พฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.00, S.D.=.96$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 10: พฤติกรรมการรับประทานอาหารผักและผลไม้สดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.88, S.D.=1.20$)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR) ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของชุมชนบ้านคลองขวาง เมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย พบว่าได้ข้อสรุปที่สำคัญดังนี้

1. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าในด้านการตระหนักรู้(Awareness) โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.76, S.D. = 1.48$) ด้านความปรารถนา(Desire)โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = 0.910$) ด้านความรู้(Knowledge)โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=13.06, S.D. = 1.57$) ด้านความสามารถ(Ability)โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 1.90, S.D. = 0.49$) และด้านการเสริมแรงสนับสนุน(Reinforcement)โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก($M = 3.89, S.D. = 1.48$)

2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าด้านการตระหนักรู้(Awareness) โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M= 4.02, S.D. = 0.70$) ด้านความปรารถนา(Desire)โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = 0.34$) ด้านความรู้(Knowledge) โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 12.06, S.D. = 1.84$) ด้านความสามารถ(Ability) โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.90, S.D. = 0.49$) และในด้านการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปาน ($M = 3.24, S.D. = 0.68$)

3. เมื่อเปรียบเทียบกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR) ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการตระหนักรู้(Awareness) ด้านความปรารถนา

(Desire) ด้านความรู้(Knowledge) ด้านความสามารถ(Ability)และด้านการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, S.D. = .31$) ซึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่ดีมีสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในระดับมากที่สุด ($M = 4.50, S.D. = 1.03$) รองลงมาคือ มีพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ สูดควันบุหรี่ หรือใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ในระดับมาก ($M = 4.00, S.D. = 1.41$) และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93, S.D. = .42$)

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR) ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในทุกด้านไม่แตกต่างกัน โดยที่ทั้งในผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยมีการตระหนักรู้(Awareness) ความปรารถนา (Desire) และความรู้(Knowledge)โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แต่ในด้านความสามารถ(Ability)ทั้งในผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการเสริมแรงสนับสนุน(Reinforcement)ทั้งในผู้ดูแลผู้ป่วยและในผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ส่วนในด้านพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรเพิ่มกลยุทธ์และกิจกรรมที่สามารถเพิ่มทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง รวมทั้งเสริมแรงสนับสนุนให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.1ย.ได้

ตอนที่ 2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1 กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ

การ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วงรอบที่ 1

1 การวางแผน (Plan: P1)

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ได้จัดการประชุมเอไอซี (AIC) ในวันที่ 4 เมษายน 2564 เวลา 9.00 น. เพื่อให้ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน วางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เกิดเป็นแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น (ภาคผนวก ง) โดยผลการประชุมสามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนร่วมสร้างความรู้ (Appreciation)

เป็นขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงข้อคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยการแสดงข้อคิดเห็นแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชนในปัจจุบัน (A1)
2. การกำหนดอนาคตของชุมชนว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด (A2)

ใด (A2)

ขั้นตอนร่วมสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence)

คือขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในช่วง (A2) และเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการพัฒนาและการค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ

- 2.1 การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์
- 2.2 การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท คือ กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเอง กิจกรรมหรือโครงการที่

ชาวบ้านทำเองบางส่วนและขอความช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก

ขั้นตอนร่วมสร้างแนวปฏิบัติ (Control)

คือการนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการหรือกิจกรรมขั้นตอนนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงได้แก่ (1) การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (2) การตกลงในรายละเอียดในการดำเนินงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ผลการประชุมเอไอซี (Appreciation Influence Control Influence Control) ในทีมจัดการสุขภาพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยได้จัดการประชุม เอไอซี (AIC) ในวันที่ 4 เมษายน 2564 เวลา 9.00 น. เพื่อให้ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน วางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการส

สภาพความเป็นจริง (A-1) ปัญหาที่พบจากการระดมสมองได้แก่ ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเอง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆที่เหมาะสมกับโรคได้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานยา การ

ไปตรวจตามนัด และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้ป่วย ไม่สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค มีอาการ ผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ มึนงง มีผล ต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยขาดความรู้ในการรับประทาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยขาดคนรอบข้างหรือผู้ดูแลคอยกระตุ้นเตือนในการดูแลรักษาโรค ผู้ดูแลเห็นถึงปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆที่เหมาะสมกับโรคได้ผู้ดูแลมีส่วนช่วย ในการกระตุ้นเตือนการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย ได้แก่ การจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรค ทีมสุขภาพ ชุมชนยังไม่สามารถดำเนินการจัดการปัญหาได้อย่างครอบคลุม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติงานเชิงรุก (การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย) การจัดบริการใน คลินิก การประเมินผล ทีมสุขภาพยังขาด ความรู้ ความสามารถ ความพร้อม แรงจูงใจ ในการ ปฏิบัติงาน ขาดการทำงานเป็นทีมในการให้บริการเชิงรุก โดยเน้น อสม. ในการบริการเชิงรุก ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ภาพที่มุ่งหวัง (A-2) พบว่าผู้ป่วยสิ่งที่มีมุ่งหวังมีความสามารถในการดูแลการ รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ (ลด หวาน มัน เค็ม เน้นผัก ปลา) ผู้ป่วยมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี ได้แก่ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่มีอารมณ์เครียด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่ม สุรา ซา กาแฟ ควบคุมน้ำหนักได้ ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สุขภาพแข็งแรง ลดการรับประทานยา ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กันเองจะทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมและคลายความเครียดได้ ประชาชนกลุ่มปกติไม่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงไม่เป็นกลุ่มป่วย กลุ่มป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ชุมชนมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ชุมชนให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการ ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนเท่าเทียมกัน เครือข่ายในชุมชนมีความตระหนักและให้ความ ร่วมมือในการดำเนินการ ระบบการให้บริการในคลินิกของ รพ.สต.มีบริการครอบคลุมทั้งเรื่องการ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ เจ้าหน้าที่มีการสร้างแรงจูงใจ ทีม สุขภาพที่มีศักยภาพ มีความใส่ใจ มีความตั้งใจในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

ระดับความคิด (I-1) มีความความคิดเห็นในผู้ป่วยว่าผู้ป่วยต้องปรับตัวในเรื่อง การมีความตระหนัก มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยปรับ พฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการควบคุม โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการ อารมณ์ การรับประทานยา มีจัดกิจกรรมเสริมแรง กระตุ้นเตือน เช่นประกวดสุขภาพ (ความดัน โลหิต น้ำหนัก)

สำหรับผู้ดูแล ควรปรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วย เช่น เรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พุดคุยเพื่อให้กำลังใจ ผู้ดูแลกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสม จัดตั้งกลุ่มไลน์ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพชุมชนเพื่อติดตามและเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดกิจกรรมย่อยเข้าครัว สุ่มตรวจเกลือในเมนูอาหาร ค้นหา ครอบครัวด้านแบบในดูแลสุขภาพ ในพื้นที่ ส่วนที่ทีมจัดการสุขภาพมีการค้นหาปัญหาของชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการไม่ตระหนัก ไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วยและชุมชน พัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพและเครือข่ายในการให้บริการผู้ป่วยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ(การจัดการสุขภาพ) มีการจัดการความรู้ในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม(การรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู) และ การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปรับรูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจัดทำกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิก (Self Health Group) มีการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบที่หลากหลายและทันสมัยมากขึ้น

ข้อตกลงร่วมกัน (I-2) มีข้อตกลงการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (การเสริมพลัง ,การวิเคราะห์ปัญหา, การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม, การประเมินผล) การพัฒนาทักษะการจัดการสุขภาพในเรื่อง 3 อ. 2 ส. 1 ย. ในผู้ป่วยและผู้ดูแล (กิจกรรมการตั้งเป้าหมาย การสร้างแรงจูงใจ กิจกรรมการประกวดสุขภาพ ครอบครัวด้านแบบ) ปรับระบบบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับของทีมจัดการสุขภาพ (การบริการ, ระบบการสนับสนุน, การติดตาม ประเมินผล)โดยมีกิจกรรมเช่น กิจกรรมย่อยเข้าครัว สุ่มตรวจเกลือในเมนูอาหาร, กรู๊ปไลน์สุขภาพ เป็นต้น

กำหนดพันธะสัญญา(C-1) โดยกำหนดตัวแทนผู้ป่วยในการเป็นกรรมการดังนี้

1. นายไพบุลย์ อินทร์แจ้ง
2. นางบังอร อิศระกุล
3. นางสมบุญ หางแก้ว
4. นายชูเกียรติ แสงจันทร์

ตัวแทนผู้ดูแล

1. นางวิภา คงสน
2. นางเยาวเรศ เรืองศรี
3. นางพรนิภา บัวศรี

4. นางพยอม เพ็องฟู

ตัวแทนทีมสุขภาพชุมชน

1. นายยุทธนา ตันตะโยธิน
2. นางสาวจันจิรา สกุลเรือง
3. นางสาวนปภา เพ็ชรหล้า
4. นางสาวมิ่งขวัญ นรเหรียญ
5. นายสมภพ เนื่องวัฒนา
6. นายสมชาย จงกลงาม

จัดทำแผนงานโครงการ (C-2) โดยมีการจัดโครงการสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.โครงการติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

3.โครงการติดตามสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

โครงการสำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ 1.)โครงการติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยเครือข่ายชุมชน 2.)โครงการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

2. การปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนด (Action1: A1) ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาในการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 ประมาณ 4 เดือน เริ่มตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2564- 30 กันยายน 2564 ผู้วิจัยและชุมชนได้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดตามแผนปฏิบัติการ การวางแผนในการดำเนินการพัฒนาศักยภาพให้กับทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ภาคผนวก ง) โดยประสานขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง และประสานความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญทั้งในและนอกชุมชน และได้กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญ 5 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพ 2) การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3) การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การเสริมสร้างทักษะความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ย. 5) การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ ดังรายละเอียดตามตาราง 18

ตาราง 18 กลยุทธ์พัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม (วงรอบที่ 1)

กลยุทธ์	กิจกรรม วงรอบที่ 1
กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพ	1) กิจกรรมการประเมินตนเอง 2) กิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพ
กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	1) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ 2) กิจกรรมการตั้งเป้าหมายชีวิต
กลยุทธ์ที่ 3. การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1) กิจกรรมอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของโรค 2) กิจกรรมอบรมหลัก 3 อ. 2 ส. 1 ย.
กลยุทธ์ที่ 4 การเสริมสร้างทักษะความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. 1 ย.	1) ฐานการเรียนรู้ตามหลัก 3 อ. 2 ส. 1 ย. 2) กิจกรรมการเผชิญกับอุปสรรคและการควบคุมสิ่งรบกวนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
กลยุทธ์ที่ 5. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ	1) กิจกรรมการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 3) กิจกรรม Home BP 4) กรู๊ปไลน์ หมู่ 3 พรรษา 5) กิจกรรมย่องเข้าครัวกล้วยเค็ม

3. ขั้นการสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัติในวงรอบที่ 1 (Observe: O1)

ในวันที่ 5 ตุลาคม 2564 เวลา 10.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ผู้วิจัยและชุมชน ร่วมกันประเมินผลการจัดกิจกรรมฯ ในวงรอบที่ 1 โดยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมในกลยุทธ์ที่ 1 ได้แก่ กิจกรรมการเพิ่มความตระหนักในการจัดการสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมายและเตรียมความพร้อมในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ ทำให้สามารถกระตุ้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยตั้งใจและมีความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

2. กิจกรรมในกลุ่มที่ 2 ได้แก่กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกัน ได้พูดคุยและแลกเปลี่ยน โดยผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเปลี่ยนตนเอง โดยกิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการตั้งเป้าหมายชีวิต ผู้ป่วยได้เขียนสิ่งที่ตนเองตั้งใจที่จะทำได้ภายใน 6 เดือน โดยเขียนเป้าหมายของตนเองร่วมกับผู้ดูแล ทำให้แรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขึ้นได้

3. กิจกรรมในกลุ่มที่ 3 กิจกรรมการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน และ กิจกรรมอบรมหลัก 3 อ.2 ส.1ย. กิจกรรมนี้ทำให้ทั้งทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ที่ตรงกับสภาพปัญหาและกระตุ้นเตือนจากสิ่งที่เคยรับรู้แต่อาจไม่ได้สนใจ หรือนำมาประยุกต์ใช้ กิจกรรมนี้จึงทำให้ได้ฟื้นฟูความรู้และกระตุ้นให้นำความรู้มาใช้ได้ดี

4. กิจกรรมในกลุ่มที่ 4 ได้แก่ ฐานการเรียนรู้ตามหลัก 3 อ. 2 ส.1ย. กิจกรรมนี้ทำให้ทั้งทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อยอดจากความรู้ในกิจกรรมในกลุ่มที่ 3 โดยได้เห็นการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้ทดลองหรือฝึกปฏิบัติจริง เกิดเป็นทักษะปฏิบัติได้ และ กิจกรรมการเผชิญกับอุปสรรคและการควบคุมสิ่งเร้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกิจกรรมที่น่าสนใจเป็นเรื่องสมมติที่ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เผชิญจะทำให้มีทักษะควบคุมตนเองมากขึ้น

5. กิจกรรมในกลุ่มที่ 5. เป็น กิจกรรมการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีทุกกิจกรรม ได้แก่กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ได้แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคแลกเปลี่ยนข้อดี ข้อดีย่นำสู่การปรับพฤติกรรมของตนเองได้ และ กิจกรรมประเมินตนเองจะช่วยเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพของตนเองได้ร่วมกับ กิจกรรมการทำ Home BP เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำได้เองและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจประกอบกับกิจกรรม กรู๊ปไลน์ หมู่3 พรรษาที่ช่วยให้สมาชิกทุกคนได้นำเสนอการปฏิบัติตัวของตนเองเป็นการเสริมแรงสนับสนุนที่ดี ใน กิจกรรม ย่องเข้าครัวกล้วยเค็มเป็นการประเมินผลการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารที่ดี ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตื่นตัวในการจัดการตนเองที่ตี

มาก

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R1)

ในวันที่ 13 ตุลาคม 2564 เวลา 10.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ผู้วิจัย ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้นหรือไม่ เพื่อกำหนดแนวทางหรือกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปในวงรอบที่ 2 ดังต่อไปนี้

2.2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วงรอบที่ 2

1. ขั้นตอนการปรับปรุงแผนวางแผนพัฒนาและปฏิบัติการครั้งที่ 2 (Plan: P2)

ในวันที่ 13 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ผู้วิจัยและชุมชน ประชุมวางแผนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาแผนแบบมีส่วนร่วม นำผลการสะท้อนการปฏิบัติจากช่วงเข้ามาวางแผนดำเนินการในวงรอบที่ 2 เป็นแผนปฏิบัติการ (P2) ภาคผนวก ง

2. ขั้นตอนปฏิบัติตามแผน (Action2: A2)

ในวันที่ 5 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยและชุมชน ได้นำผลที่ได้จากการวางแผนพัฒนามาดำเนินการโดยประสานขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และประสานความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญทั้งในและนอกชุมชน และได้กำหนดกิจกรรมที่สำคัญ 2 กลยุทธ์ ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่ 1. การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเครือข่ายชุมชน กลยุทธ์ที่ 2. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ ดังรายละเอียดตามตาราง 19

ตาราง 19 กลยุทธ์พัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม (วงรอบที่ 2)

การพัฒนาความสามารถตาม ADKAR Model	กิจกรรมการเรียนรู้ วงรอบที่ 2
กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเครือข่ายชุมชน	1) การอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) การอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านอาหารในชุมชนในการจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ

ตาราง 19 (ต่อ)

การพัฒนาความสามารถตาม ADKAR Model	กิจกรรมการเรียนรู้ วงรอบที่ 2
กลยุทธ์ที่ 2. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการ สุขภาพ	1) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 2) กิจกรรม Home BP 3) กรู๊ปไลน์ หมู่ 3 พรรษา 4) กิจกรรม ย่องเข้าครัวกล้วยเค็ม

3. ขั้นตอนการสังเกตและการประเมินผลวงรอบที่ 2 (Observe: O2)

ในวันที่ 10 ธันวาคม 2564 เวลา 10.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ผู้วิจัย ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันประเมินผลการจัดกิจกรรมฯ ในวงรอบที่ 2 โดยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมในกลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีกิจกรรม 1) การพัฒนาความรู้ทีมจัดสุขภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย 2) การอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ 3) การอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านอาหารในชุมชน เป็นประโยชน์ต่อชุมชนที่จะช่วยเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยที่ทีมจัดสุขภาพชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีความสามารถและมีความมั่นใจมากขึ้น รวมทั้งผู้ประกอบการร้านค้า ร้านอาหารในชุมชนจะมีความรู้และเพิ่มความตระหนักให้สามารถจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

2. กิจกรรมในกลยุทธ์ที่ 2 กิจกรรมการเสริมแรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีทุกกิจกรรม โดยเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องจากวงจรที่ 1 ได้แก่กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ได้แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค แลกเปลี่ยนข้อดี ข้อดีอยนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ซึ่งกลุ่มของผู้ป่วยสนิทสนมกันมากขึ้นทำให้สามารถแลกเปลี่ยนกันมากขึ้นกว่าในรอบแรก และ กิจกรรมประเมินตนเองร่วมกับ กิจกรรมการทำ Home BP เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำได้เองและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจประกอบกับกิจกรรม กรู๊ปไลน์ หมู่ 3 พรรษาที่ช่วยให้สมาชิกทุกคนได้นำเสนอการปฏิบัติตัวของตนเองเป็นการเสริมแรงสนับสนุนที่ดี ใน ส่วนในกิจกรรมย่องเข้าครัวกล้วยเค็มเป็นการประเมินผลการปฏิบัติตัว

ด้านการบริโภคอาหารที่ดี ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตื่นตัวในการจัดการตนเองที่ดีมากและผลของความดันโลหิตดีขึ้นอย่างชัดเจนและอาหารที่ปรุงรับประทานมีค่าโซเดียมลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกครอบครัว

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R2)

ผู้วิจัย ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประเมินผลการปฏิบัติ การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม โดยพิจารณาจาก ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต สิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมโครงการ สิ่งใดบ้างที่โครงการสามารถสร้างประโยชน์แก่ชุมชน สิ่งใดบ้างที่โครงการยังไม่สามารถทำได้ ความประทับใจหรือสิ่งดีที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ แนวทางการแก้ไขในอนาคต และ แนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินโครงการ โดยการถอดบทเรียน (After Action Review : AAR) โดยสรุปได้ดังนี้

1. ด้านปัจจัยนำเข้า

1.1 บุคลากร ประกอบด้วย ทีมจัดการสุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล และวิทยากรจากหน่วยงานภายนอก ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกๆ ส่วน

1.2 งบประมาณได้รับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำโครงการทั้ง 2 วงรอบ เพียงพอต่อการดำเนินการโครงการ

1.3 วัสดุอุปกรณ์ได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แก่เครื่องวัดความดันโลหิต ซ้อนตรวจโซเดียมในอาหาร สมุดติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน ซึ่งเป็นประโยชน์และเพียงพอต่อการดำเนินการ

2. ด้านกระบวนการ

2.1 การวางแผน ใช้กระบวนการ AIC ในการวางแผนการดำเนินการ และสามารถดำเนินการตามแผนได้ทุกกิจกรรม และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากคณะกรรมการดำเนินโครงการละผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.2 กิจกรรมการดำเนินการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีกลยุทธ์ที่เหมาะสมและปฏิบัติได้จริงและเป็นกิจกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นจึงได้รับความร่วมมือและดำเนินการเป็นอย่างดี

3. ด้านผลผลิต

3.1 การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ADKAR) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทุกๆด้านในภาพรวมในระดับที่ดีขึ้น

3.2 พฤติกรรม 3อ. 2ส. 1 ย ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทุกๆด้านในภาพรวมในระดับที่ดีขึ้นจากค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางเป็นมาก

3.3 การควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยมีระดับความดันลดลงทุกคนในระหว่างดำเนินโครงการ

4. สิ่งที่ท่านจะได้รับจากการดำเนินกิจกรรมโครงการ

ในผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและมีความตระหนักที่จะช่วยในการปรับพฤติกรรมร่วมกับผู้ป่วย โดยที่มีการวางเป้าหมายไว้จึงมีความมั่นใจในมากขึ้น เมื่อได้รับการอบรมความรู้ ฝึกปฏิบัติ ทดลองทำ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อยู่เสมอๆ จนรู้สึกว่ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นมาก

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการอบรมพัฒนาจากกระบวนการของโครงการในหลายกิจกรรม ในตอนแรกผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่น่าจะทำได้แต่เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมและมีผู้ดูแลที่รับรู้ไปด้วยกันทำให้มั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการติดตามจากทีมของหมู่บ้านยิ่งรู้สึกว่าเราต้องทำให้ได้ และก็สามารปรับตัวเองได้ดีขึ้นกว่าเดิมมาก อีกทั้งยังสามารถแนะนำกันเองได้อีกด้วย

ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ได้รับการกระตุ้นจากทีมงานทำให้สิ่งที่ต้องการทำให้กับชุมชนและผู้ป่วยทำได้สำเร็จและมีแนวทางที่สามารถนำไปใช้ต่อยอดและขยายรูปแบบการดำเนินการในชุมชนใกล้เคียงอื่นๆได้ อีกทั้งได้รับการฟื้นฟูความรู้ในเรื่องต่างๆ ทำให้เกิดความมั่นใจ และมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมนี้

5. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากการดำเนินการอยู่ในสถานการณ์โควิดจึงอาจทำให้การดำเนินโครงการมีความติดขัดและไม่สะดวกเท่าที่ควร

6. แนวทางการแก้ไขในอนาคต

มีการวางแผนกิจกรรมร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่องในทุกๆปี ซึ่งจะทำได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ตรงกับสภาพปัญหา และมีการดำเนินการที่มีส่วนร่วมจากชุมชนอย่างแท้จริง

7. แนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินโครงการ

ทีมงานในการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับจากองค์กรในชุมชนอย่างเพียงพอ กระบวนการในการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ที่ตอบสนองปัญหาที่แท้จริง กระบวนการแก้ไขปัญหาที่มีกลยุทธ์ วิธีการ กระบวนการที่มีความหลากหลาย น่าสนใจ และสามารถเกิดขึ้นได้จริง และจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมในกลุ่มต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน และมีความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม

เมื่อได้พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบสามารถสังเคราะห์เป็น รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ในขั้นตอนแรกดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน มีการบูรณาการผู้วิจัยกับชุมชน ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับชุมชนเพื่อให้เกิดมุมมองจากคนในชุมชน

2. การเข้าใจบริบทของชุมชน ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของชุมชน สภาพภูมิประเทศ อาณาเขตที่ตั้ง การคมนาคม ลักษณะการโครงสร้างประชากร การประกอบอาชีพ โครงสร้างองค์กรของชุมชน เครือข่ายในชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน ระบบสุขภาพของชุมชน และกิจกรรมต่างๆของชุมชน เป็นต้น

3. มีการสร้างทีมงานของชุมชนในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ 1) ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง 3) จิตอาสาในชุมชน

4. มีการวางแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์(AIC) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชน กำหนดกลยุทธ์/กิจกรรมในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

5. ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน เกิดเป็น 5 กลยุทธ์หลัก ดังนี้

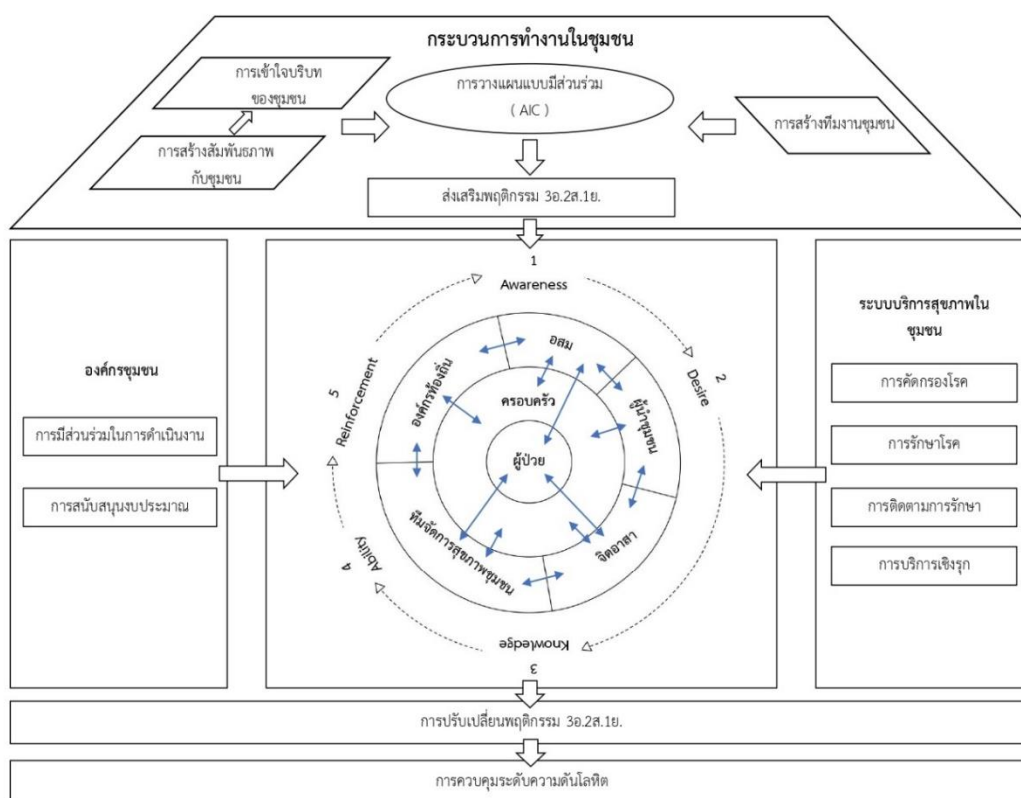
กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3. การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 4 การเสริมสร้างทักษะความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ.2ส.1ย. ของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและชุมชน

กลยุทธ์ที่ 5. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ ของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน



ภาพประกอบ 20 รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ได้ทำการเก็บข้อมูลได้ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน โดยใช้แบบประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ(3อ.2ส.1ย.) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ ดังนี้

3.1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ADKAR) เมื่อเริ่มกระบวนการวิจัยและเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR)ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 เมื่อเริ่มกระบวนการวิจัยและเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการศึกษาสามารถสรุปผลดังรายละเอียดดังนี้

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอาหารระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายชื่อ และภาพรวม

การตระหนักรู้ (Awareness)	ผู้ดูแล (n = 16)					ผู้ป่วย (n = 16)									
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		p-value				
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.		ระดับ			
1.การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน	3.69	.70	มาก	4.50	.52	มากที่สุด	3.36*	< .01	3.19	1.11	ปานกลาง	.48	มาก	3.48*	< .01
2.การรับประทานอาหารมัน	3.94	.77	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	3.36*	< .01	3.69	.70	มาก	.00	มาก	3.54*	< .01
3.การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	3.88	.81	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	3.28*	< .01	3.94	.44	มาก	.00	มาก	3.69*	< .01
4.การรับประทานผักและผลไม้	3.94	.68	มาก	4.69	.48	มากที่สุด	3.21*	< .01	4.06	.85	มาก	.25	มาก	2.89*	< .01
5.การดื่มชา กาแฟ	3.38	.89	ปานกลาง	4.50	.52	มากที่สุด	3.45*	< .01	3.38	.89	ปานกลาง	.51	มาก	3.28*	< .01

การตระหนักรู้ (Awareness)	ผู้ดูแล (n = 16)					ผู้ป่วย (n = 16)										
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		p-value	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		p-value						
	M	S.D.	ระดับ	ระดับ		M	S.D.	ระดับ	ระดับ							
6. การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับโรค	3.63	.96	มาก	4.62	.50	มาก	3.36*	<.01	3.50	.63	มาก	4.94	.25	มาก	3.63*	<.01
7. การจัดการด้าน อารมณ์	3.62	.81	มาก	4.50	.52	มาก	3.28*	<.01	3.75	.45	มาก	4.88	.34	มาก	3.63*	<.01
8. การดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	3.88	1.02	มาก	4.69	.479	มาก	2.92*	<.01	3.69	.87	มาก	4.75	.44	มาก	3.17*	<.01
9. การที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่	4.13	.89	มาก	4.75	.45	มาก	2.64*	<.01	3.75	1.12	มาก	4.81	.40	มาก	3.21*	<.01

ตาราง 20 (ต่อ)

การตระหนักรู้ (Awareness)	ผู้ดูแล (n = 16)					ผู้ป่วย (n = 16)							
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		p-value		
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	M	S.D.	ระดับ	z				
10.การรับประทานยา โรคความดันโลหิตสูง ตามคำสั่งแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.63	1.26	มาก	4.56	.51	มาก ที่สุด	4.06	.68	มาก	2.91*	< .01	มาก ที่สุด	3.20*
11.การรับการรักษา ตามนัดทุกครั้ง	3.75	1.12	มาก	4.62	.50	มาก ที่สุด	4.12	.80	มาก	2.91*	< .01	มาก ที่สุด	2.64*
12.การปฏิบัติตามเพื่อ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	3.75	1.00	มาก	4.69	.48	มาก ที่สุด	3.88	.81	มาก	3.22*	< .01	มาก ที่สุด	2.91*
รวม	3.77	.75	มาก	4.63	.39	มาก ที่สุด	3.75	.41	มาก	3.41*	< .01	มาก ที่สุด	3.53*

จากตาราง 20 พบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.77, S.D. = .75$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.63, S.D. = .39$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = .41$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.83, S.D. = .18$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตาราง 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความปรารถนาและ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ และภาพรวม

ความปรารถนา (Desire)	ผู้ดูแล (n = 16)					ผู้ป่วย (n = 16)										
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		z	p-value	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		z	p-value				
	M	S.D.	ระดับ	M			S.D.	ระดับ	M	S.D.			ระดับ			
1. การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน	3.62	.96	มาก	4.50	.51	มาก	3.28*	< .01	3.38	.72	ปานกลาง	4.38	.50	มาก	3.01*	< .01
2. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	3.50	1.15	มาก	4.69	.47	มาก	3.15*	< .01	3.62	.62	มาก	4.56	.51	มาก	3.04*	< .01
3. การรับประทานเครื่องดื่มที่ไม่มีไขมัน	3.81	.83	มาก	4.68	.47	มาก	3.28*	< .01	3.88	.34	มาก	4.69	.48	มาก	3.12*	< .01
4. การส่งเสริมการรับประทานผักและผลไม้ให้เพียงพอ	3.75	1.34	มาก	4.62	.50	มาก	2.57*	< .01	3.69	.48	มาก	4.75	.45	มาก	3.31*	< .01
5. การควบคุมการดื่มชากาแฟ	3.43	.96	มาก	4.44	.51	มาก	3.36*	< .01	3.31	.95	ปานกลาง	4.31	.48	มาก	2.89*	< .01
6. การออกกำลังกายที่เหมาะสม	3.81	.91	มาก	4.62	.50	มาก	3.13*	< .01	3.38	.50	ปานกลาง	4.56	.51	มาก	3.27*	< .01

ตาราง 21 (ต่อ)

ความปรารถนา (Desire)	ผู้ดูแล (n = 16)					ผู้ป่วย (n = 16)										
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม					หลังเข้าร่วมกิจกรรม										
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	Z	p-value			
7. การจัดกาารด้าน อารมณ์	3.81	.83	มาก	4.56	.51	มาก ที่สุด	3.50	.63	มาก	4.50	.63	มาก ที่สุด	3.21*	< .01	3.18*	< .01
9. การงดการสูบบุหรี่	3.56	1.50	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	4.19	.66	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	2.84*	< .01	2.71*	< .01
10. การรับประทานยา โรคความดันโลหิตสูง ตาม คำสั่งแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.00	.816	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	4.06	.77	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	3.21*	< .01	2.64*	< .01
11. การไปรับการรักษา ตามนัดทุกครั้ง	4.00	.82	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	4.19	.75	มาก	4.81	.40	มากที่สุด	3.21*	< .01	2.71*	< .01
12. การปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.88	1.09	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	3.88	.62	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	2.89*	< .01	3.12*	< .01
รวม	3.75	.91	มาก	4.66	.40	มากที่สุด	3.76	.34	มาก	4.62	.38	มากที่สุด	3.18*	< .01	3.30*	< .01

*p-value < .05

จากตาราง 21 พบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนาของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = .91$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.66, S.D. = .40$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความปรารถนาของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความปรารถนาของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.76, S.D. = .34$) หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.62, S.D. = .38$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความปรารถนาของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของความรู้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้(Knowledge) และ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อ ภาพรวม

ความรู้ (Knowledge)	ผู้ดูแล (n = 16)						ผู้ป่วย (n = 16)											
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม			ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม								
	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ตอบ ผิด	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ตอบ ผิด	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย						
1. การรับประทาน	7	43.80	56.3	9	56.3	68.80	11	68.80	5	31.30	4	25.00	12	75.00	15	93.80	1	6.30
ขนมหวาน																		
2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล	12	75.00	4	25	100.00	0	16	100.00	0	.00	7	43.80	9	56.30	15	93.80	1	6.30
3. การรับประทานอาหารที่มีการปรุงด้วยกระทิ	12	75.00	4	25	100.00	0	16	100.00	0	.00	13	81.30	3	18.80	16	100.00	0	.00
4. การรับประทานอาหารนึ่งหรือทอด	12	75.00	4	25.00	100.00	0	16	100.00	0	.00	13	81.30	3	18.80	16	100.00	0	.00
5. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	16	100.00	0	0	100.00	0	16	100.00	0	.00	16	100.00	0	100.00	16	100.00	0	.00

ตาราง 22 (ต่อ)

ความรู้ (Knowledge)	ผู้ดูแล (n = 16)						ผู้ป่วย (n = 16)									
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม			ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม						
	ตอบถูก	ร้อยละ	ผิด	ตอบถูก	ร้อยละ	ผิด	ตอบถูก	ร้อยละ	ผิด	ตอบถูก	ร้อยละ	ผิด				
6. การรับประทานอาหารแปรรูปหรือผ่านการถนอมอาหาร	15	93.80	1	6.30	16	100.00	0	.00	11	68.80	5	31.30	15	93.80	1	6.30
7. การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าอาหารผักและผลไม้สด	15	93.80	1	6.30	16	100.00	0	.00	16	100.00	0	100.00	16	100.00	0	.00
8. การดื่มชา กาแฟ	14	87.50	2	12.50	16	100.00	0	.00	12	75.00	4	25.00	16	100.00	0	.00
9. การออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย	16	100.00	0	0	16	100.00	0	0	16	100.00	0	100.00	16	100.00	0	.00
10. การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา อย่างต่อเนื่อง	16	100.00	0	0	16	100.00	0	0	15	93.80	1	6.30	16	100.00	0	.00

ตาราง 22 (ต่อ)

ความรู้ (Knowledge)	ผู้ดูแล (n = 16)										ผู้ป่วย (n = 16)									
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม					หลังเข้าร่วมกิจกรรม					ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม					หลังเข้าร่วมกิจกรรม				
	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ตอบ ผิด	ร้อยละ	ถูก	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ตอบ ผิด	ร้อยละ	ถูก	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ตอบ ผิด	ร้อยละ	ถูก	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ตอบ ผิด	ร้อยละ	
11. การออกกำลังกาย โดยการใช้แรงมาก ๆ	14	87.5	2	12.5	16	100	0	0	11	68.8	5	31.3	16	100	0	0	0	0	.00	
12. การมีอารมณ์ที่ ส่งผลต่อความดัน โลหิตสูงขึ้น	16	100	0	0	16	100	0	0	16	100	0	0	100	0	16	100.00	0	0	.00	
13. การดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	14	87.5	2	12.5	16	100	0	0	15	93.8	1	6.3	15	93.80	1	6.30	1	6.30	.00	
14. การงดสูบบุหรี่	16	100.00	0	.00	16	100.00	0	.00	15	93.80	1	6.30	16	100.00	0	.00	0	0	.00	
15. การหยุดยารักษา โรคความดันโลหิตสูง เอง	14	87.50	2	12.50	16	100.00	0	.00	12	75.00	4	25.00	16	100.00	0	0	0	0	.00	
ในภาพรวม (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)						ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม M =13.06, S.D. =1.57								ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม M =12.06, S.D. =1.84						
						หลังเข้าร่วมกิจกรรม M =14.69, S.D. =.48								หลังเข้าร่วมกิจกรรม M =14.75, S.D. =.45						
						Z =3.22, p-value < .01								Z =3.31, p-value < .01						

*p-value < .05

จากตาราง 22 พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 13.06, S.D. = 1.57$) หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 14.69, S.D. = .48$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 12.06, S.D. = 1.84$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 14.75, S.D. = .45$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตาราง 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความสามารถ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายชื่อและภาพรวม

ความสามารถ (Ability)	ผู้ดูแล (n = 16)				ผู้ป่วย (n = 16)					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม			
	M	S.D.	ระดับ	z	p-value	M	S.D.	ระดับ	z	p-value
1. การบริโภคอาหารที่ เหมาะสมกับโรค	1.81	.40	ปาน กลาง	3.76*	< .01	1.38	.50	น้อย	3.62*	< .01
2. การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับโรค	1.88	.62	ปาน กลาง	1.34*	< .01	1.38	.50	น้อย	3.69*	< .01
3. การจัดการด้าน อารมณ์	1.69	.48	ปาน กลาง	3.54*	< .01	1.81	.54	ปาน กลาง	3.36*	< .01
4. การไม่สูบบุหรี่	2.00	.82	ปาน กลาง	3.02*	< .01	1.94	.93	ปาน กลาง	2.92*	< .01

ตาราง 23 (ต่อ)

ความสามารถ (Ability)	ผู้ดูแล (n = 16)				ผู้ป่วย (n = 16)					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม			
	M	S.D.	ระดับ	z	p-value	M	S.D.	ระดับ	z	p-value
5.การไม่ดื่มสุรา/ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	2.12	.72	ปาน กลาง	3.13*	< .01	2.06	.93	ปาน กลาง	2.74*	< .01
6. การรับประทานยา ของผู้ป่วยและการ ตรวจรักษาอย่าง ต่อเนื่อง	1.94	.44	ปาน กลาง	3.56*	< .01	2.19	.66	ปาน กลาง	2.97*	< .01
รวม	1.90	0.49	ปาน กลาง	3.54*	< .01	1.79	0.52	ปาน กลาง	3.53*	< .01

*p-value < .05

จากตาราง 23 พบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.90, S.D. = .49$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.81, S.D. = .83$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.79, S.D. = .52$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.82, S.D. = .14$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตาราง 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนน และ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายชื่อ และภาพรวม

การเสริมแรง สนับสนุน (Reinforcement)	ผู้ดูแล (n = 16)						ผู้ป่วย (n = 16)									
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม			ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม						
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	Z	p-value		
1.การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน	3.62	1.09	มาก	4.44	.51	มาก	2.92*	< .01	3.12	.72	ปานกลาง	4.19	.40	มาก	3.02*	< .01
2.การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	3.69	1.13	มาก	4.62	.50	มากที่สุด	2.88*	< .01	3.25	.77	ปานกลาง	4.62	.50	มากที่สุด	3.17*	< .01
3.การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	3.88	1.02	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	2.91*	< .01	3.44	.73	ปานกลาง	4.69	.48	มากที่สุด	3.13*	< .01
4.การรับประทานผักและผลไม้เพียงพอ	3.93	1.06	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	2.92*	< .01	3.38	.72	ปานกลาง	4.50	.51	มากที่สุด	3.45*	< .01

ตาราง 24 (ต่อ)

การเสริมแรง สนับสนุน (Reinforcement)	ผู้ดูแล (n = 16)					ผู้ป่วย (n = 16)								
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		p-value	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		p-value				
	M	S.D.	ระดับ	M		S.D.	ระดับ	M	S.D.		ระดับ			
5. การงดการดื่ม ชา กาแฟ	3.69	1.08	มาก	4.56	.51	มาก	3.06	1.12	ปาน	4.38	.62	มาก	3.25*	< .01
6. การออกกำลังกายที่เหมาะสม	3.81	.98	มาก	4.43	.51	มากที่สุด	3.12	.50	ปาน	4.37	.50	มาก	3.54*	< .01
7. การจัดการด้านอารมณ์ตนเอง	3.56	1.15	มาก	4.43	.51	มาก	2.88	.72	ปาน	4.56	.51	มากที่สุด	3.54*	< .01
8. การงดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.25	1.53	ปาน	4.62	.50	มากที่สุด	3.12	1.26	ปาน	4.75	.45	มากที่สุด	3.22*	< .01

ตาราง 24 (ต่อ)

	ผู้ดูแล (n = 16)						ผู้ป่วย (n = 16)							
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม			ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม				
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	Z	p-value
9. การงดสูบบุหรี่	3.31	1.58	ปานกลาง	4.69	.48	มากที่สุด	3.12	1.40	ปานกลาง	4.69	.48	มากที่สุด	3.22*	< .01
10. การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.81	1.04	มาก	4.75	.45	มากที่สุด	3.44	1.03	ปานกลาง	4.75	.45	มากที่สุด	3.25*	< .01
11. การไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง	3.75	1.29	มาก	4.81	.40	มากที่สุด	3.56	.96	มาก	4.81	.403	มากที่สุด	3.27*	< .01
12. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.88	1.14	มาก	4.81	.40	มากที่สุด	3.44	.96	ปานกลาง	4.81	.40	มากที่สุด	3.24*	< .01
รวม	3.89	1.48	มาก	4.64	.39	มากที่สุด	3.24	.68	ปานกลาง	4.59	.31	มากที่สุด	3.41*	< .01

*p-value < .05

จากตาราง 24 พบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรง
สนับสนุน ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.89, S.D. = 1.48$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.64, S.D. = .39$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการเสริมแรงสนับสนุนของผู้ดูแล
ผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการ
เปลี่ยนแปลงด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($M = 3.24, S.D. = .68$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับ
มากที่สุด ($M = 4.59, S.D. = .31$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการ
เสริมแรงสนับสนุน ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนน และ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้าน

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ADKAR)	ผู้ดูแล(n = 16)					ผู้ป่วย(n = 16)										
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		z	p-value	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		z	p-value				
	M	S.D.	ระดับ	M			S.D.	ระดับ	M	S.D.			ระดับ			
ด้านการตระหนักรู้ (Awareness)	3.77	.75	มาก	4.63	.39	มาก	3.41*	< .01	3.75	.41	มาก	4.83	.18	มาก	3.53*	< .01
ด้านความปรารถนา (Desire)	3.75	.91	มาก	4.66	.40	มาก	3.18*	< .01	3.76	.34	มาก	4.62	.38	มาก	3.30*	< .01
ด้านความรู้ (Knowledge)	13.06	1.57	มาก	14.69	0.48	มาก	-3.22	.001	12.06	1.84	มาก	14.75	0.45	มาก	3.31*	< .01
ด้านความสามารถ (Ability)	1.90	0.49	ปานกลาง	2.81	.083	มาก	3.54*	< .01	1.79	0.52	ปานกลาง	2.82	0.14	มาก	3.53*	< .01
ด้านการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement)	3.89	1.48	มาก	4.64	.39	มาก	3.06*	< .01	3.24	.68	ปานกลาง	4.59	.31	มาก	3.41*	< .01

*p-value < .05

ร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.79, S.D. = .52$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.82, S.D. = .14$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.89, S.D. = 1.48$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.64, S.D. = .39$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการเสริมแรงสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.24, S.D. = .68$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.59, S.D. = .31$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ป่วย หลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3.2 ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพฤติกรรม(3อ.2ส.1ย.)ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 จำนวน 16 คน ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ดังรายละเอียดในตาราง 26

ตาราง 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ (n = 32)

พฤติกรรม3อ.2ส.1ย.	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n = 16)			หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 16)			Z	p-value
	M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม	M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม		
1.พฤติกรรมมารับประทาน ขนมหวาน	3.25	0.58	ปานกลาง	4.12	0.50	มาก	3.28*	< .01
2.พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่ มีน้ำตาล	3.44	0.89	ปานกลาง	4.12	0.50	มาก	2.81	< .01
3.พฤติกรรมมารับประทาน ผลไม้ที่มีรสหวาน	2.94	0.85	ปานกลาง	4.06	0.68	มาก	3.29	< .01
4.พฤติกรรมการเติมน้ำตาล เพิ่มในอาหาร	3.56	1.15	มาก	4.69	0.48	มากที่สุด	2.99	< .01
5. พฤติกรรมมารับประทาน อาหารที่มีการปรุงด้วยกะทิ	3.06	0.57	ปานกลาง	4.38	0.50	มาก	3.67	< .01
6.พฤติกรรมมารับประทาน อาหารไขมันสูง	3.00	0.89	ปานกลาง	4.38	0.50	มาก	3.66	< .01
7.พฤติกรรมมารับประทาน อาหารผัดหรือทอด	2.94	0.77	ปานกลาง	4.50	0.52	มากที่สุด	3.60	< .01
8.พฤติกรรมการการ รับประทานอาหารเช้า	3.31	1.30	ปานกลาง	4.62	0.50	มากที่สุด	3.13	< .01
9.พฤติกรรมมารับประทาน อาหารแปรรูปหรือผ่านการ ถนอมอาหาร	3.19	0.91	ปานกลาง	4.44	0.51	มาก	3.54	< .01
10.พฤติกรรมมารับประทาน อาหารผักและผลไม้สด	2.88	1.20	ปานกลาง	4.38	0.62	มาก	3.48	< .01
11.พฤติกรรมการดื่ม ชา กาแฟ	3.31	1.53	ปานกลาง	4.25	0.86	มาก	3.04	< .01
12.พฤติกรรมการออกกำลังกาย เคลื่อนไหวร่างกาย	3.31	1.45	ปานกลาง	4.38	0.62	มาก	3.00	< .01

ตาราง 26 (ต่อ)

พฤติกรรม3ขอ.2ส.1ย.	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n = 16)			หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 16)			z	p-value
	M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม	M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม		
	13.พฤติกรรมกรรมการออกกำลัง กายหรือเล่นกีฬา	1.56	0.63	น้อย	3.75	0.58		
14.พฤติกรรมกรรมการใช้แรงมากๆ	3.94	1.12	มาก	4.62	0.62	มากที่สุด	2.81	< .01
15.พฤติกรรมกรรมการจัดการ ปัญหาด้านอารมณ์	3.19	0.83	ปานกลาง	4.38	0.50	มาก	3.28	< .01
16.พฤติกรรมกรรมการการผ่อนคลาย คลายความเครียด	3.31	0.70	ปานกลาง	4.38	0.50	มาก	3.49	< .01
17.พฤติกรรมกรรมการแก้ไขปัญหา	3.19	0.75	ปานกลาง	4.44	0.51	มาก	3.54	< .01
18.พฤติกรรมกรรมการนอนไม่หลับ	3.00	0.73	ปานกลาง	4.19	0.40	มาก	3.42	< .01
19.พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.50	1.03	มากที่สุด	4.81	0.54	มากที่สุด	1.89	< .01
20.พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ สูด ควันบุหรี่ หรือใกล้ชิดกับผู้สูบ บุหรี่	4.00	1.41	มาก	4.69	0.60	มากที่สุด	2.23	< .01
21.พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	4.00	0.96	มาก	4.94	0.25	มากที่สุด	2.76	< .01
22.พฤติกรรมกรรมการลืม รับประทานยา	3.94	1.34	มาก	4.88	0.34	มากที่สุด	2.55	< .01

ตาราง 26 (ต่อ)

พฤติกรรม3อ.2ส.1ย.	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n = 16)			หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 16)			z	p-value
	M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม	M	S.D.	ระดับ พฤติกรรม		
	23.พฤติกรรมการศึกษา แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีอาการผิดปกติ	3.1	1.26	ปานกลาง	4.94	0.25		
24.พฤติกรรมการไปรับบริการ รักษาตามนัดหรือเมื่อมีอาการ ผิดปกติ	3.56	1.50	มาก	4.94	0.25	มากที่สุด	2.83	< .01
รวม	3.31	.32	ปานกลาง	4.47	0.18	มาก	3.52	< .01

*p-value < .05

จากตาราง 26 พบว่าพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย.ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.31, S.D. = .32) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.47, S.D. = .18) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าพฤติกรรม3อ.2ส.1ย.ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการตรวจวัดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 จำนวน 16 คน เมื่อก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผลของระดับความดันโลหิต ดังรายละเอียดในตาราง 27

ตาราง 27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต เมื่อก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=32)

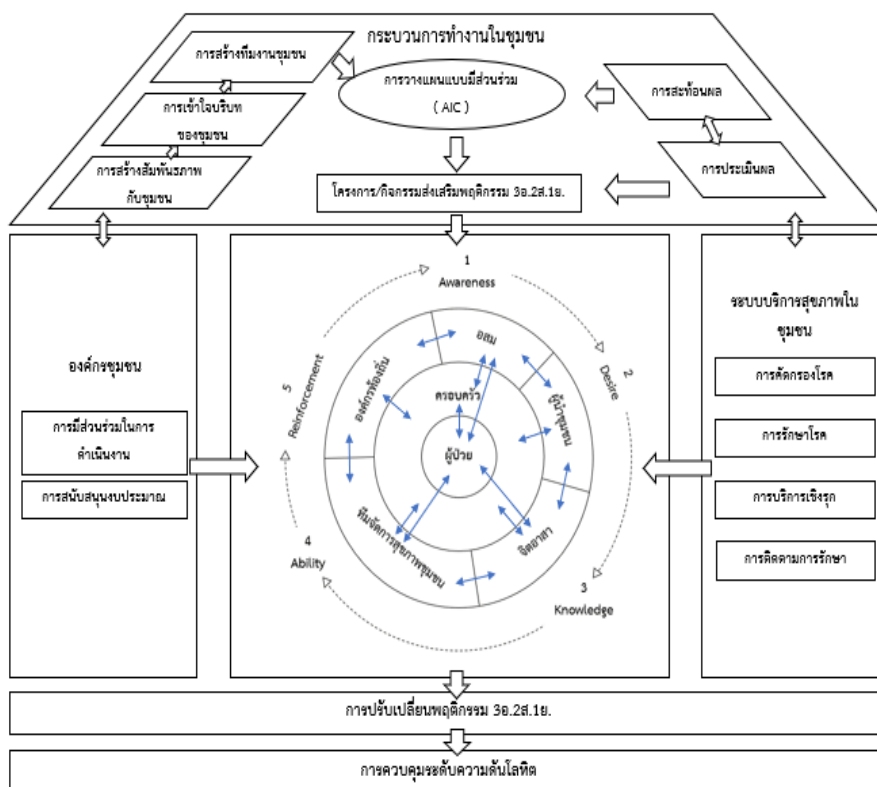
ค่าความดันโลหิต(mmHg)	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=16)		หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=16)		z	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
Systolic Blood Pressure	143.38	10.75	129.00	6.79	3.40*	< .01
Diastolic Blood Pressure	84.88	6.04	75.06	10.20	2.76*	< .01

*p-value < .05

จากตาราง 27 พบว่าค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่า Systolic Blood Pressure มีค่าเฉลี่ย 143.38 mmHg หลังการศึกษามีค่าเฉลี่ย 129.00 mmHg เมื่อเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิต Diastolic ก่อนการศึกษามีค่าเฉลี่ย 84.88 mmHg หลังการศึกษามีค่าเฉลี่ย 75.06 mmHg เมื่อเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการประเมินการพัฒนาร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

ผู้วิจัยและชุมชนร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาจาก ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิตและด้านผลลัพธ์ สิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมโครงการ สิ่งใดบ้างที่โครงการสามารถสร้างประโยชน์แก่ชุมชน สิ่งใดบ้างที่โครงการยังไม่สามารถทำได้ ความประทับใจหรือสิ่งดีที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ แนวทางการแก้ไขในอนาคต และแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินโครงการ โดยการถอดบทเรียน (After Action Review : AAR) หลังจากที่ได้นำรูปแบบการจัดการสุขภาพและได้นำมาใช้ดำเนินการและประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมได้เพิ่มเติมในส่วนของการบูรณาการชุมชนในเรื่องการประเมินผลและการสะท้อนการปฏิบัติ โดยรูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้สังเคราะห์จากการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 21 รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากภาพประกอบ 21 รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถสรุปได้ 5 รูปแบบย่อย ได้ดังนี้

1. รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Networking for Behavior Change model : NBC)

การมีส่วนร่วมการดำเนินการจากเครือข่ายครอบครัวและชุมชน โดยการดำเนินการประกอบด้วย 5 กลยุทธ์หลัก ได้แก่

กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ในการจัดการสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนา (Desire) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3. การพัฒนาความรู้ (Knowledge) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 4 การเสริมสร้างทักษะความสามารถ (Ability) ในการปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ.2ส.1ย. ในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและชุมชน

กลยุทธ์ที่ 5. การเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) ในการจัดการสุขภาพ ในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

2. รูปแบบการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน (Health Service Support model : HSS) รูปแบบนี้ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่

1) การคัดกรองโรค (Screening) ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว การประเมินปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรค

2) .การรักษาพยาบาล (Treatment) ได้แก่ การให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) .การบริการเชิงรุก (Active Health Service) ได้แก่ การออกเยี่ยมบ้าน การติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน

4) .การติดตามการรักษา (Monitoring) การติดตามการติดตามพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา การและรับประทานยาตามแผนการรักษา

3. รูปแบบการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ในชุมชน (Community Participation and Support model : CPS) รูปแบบนี้ประกอบด้วย 1) ในเรื่องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation) และ 2) การสนับสนุนด้านงบประมาณ (Budget Support)

4. รูปแบบของกระบวนการทำงานในชุมชน (Community Working Process model : CUP) กระบวนการทำงานในชุมชน ประกอบไปด้วยกระบวนการ 7 กระบวนการ ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน (Relationship Building) มีการบูรณาการผู้วิจัยกับชุมชน ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนเพื่อให้เกิดมุมมองจากคนในชุมชน

2) การเข้าใจบริบทของชุมชน (Context Understanding) ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของชุมชน สภาพภูมิประเทศ อาณาเขตที่ตั้ง การคมนาคม ลักษณะการโครงสร้างประชากร การประกอบอาชีพ โครงสร้างองค์กรของชุมชน เครือข่ายในชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน ระบบสุขภาพของชุมชนและกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เป็นต้น

3) การสร้างทีมงานของชุมชน (Teamwork Building) ในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ 1.ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองขวาง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2.เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง 3.จิตอาสาในชุมชน

4) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) โดยใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (AIC) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชน กำหนดกลยุทธ์/กิจกรรมในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

5) การจัดโครงการ/กิจกรรม 3อ.2ส.1 ย. (Project) โดยเป็นไปตามแผนที่กำหนดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน

6) การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection)

7) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Evaluation)

5. รูปแบบการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินการ (Achieving Goal in Overall Model : AGO) รูปแบบการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินการ ประกอบไปด้วย กระบวนการ 2 กระบวนการ ดังนี้

1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavior Control) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ.2ส.1ย.(อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และการรับประทานยาตามแผนการรักษา)

2) การควบคุมระดับความดันโลหิต (Disease Control) การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลง

โดยสรุปองค์ประกอบของโมเดล ทั้ง 5 รูปแบบย่อย เป็นรูปแบบย่อย คือ 2 CHiNA Model (CWP, CPS, HSS integrate NBC, AGO) ได้แก่ 1)รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Networking for Behavior Change model : NBC) 2) รูปแบบการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน (Health Service Support model : HSS) 3) รูปแบบการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆในชุมชน (Community Participation and Support Model : CPS) 4) รูปแบบของกระบวนการทำงานในชุมชน (Community Working Process model : CUP) 5) รูปแบบการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินการ (Achieving Goal in Overall Model : AGO)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) ตามแนวทางของ เคมมิส และแมกทากาด (Kemmis; & Mc Taggart, 1990) ร่วมกับเทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งพัฒนาผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดความสามารถตามแนวทางการพัฒนาของ ADKAR Model

ความมุ่งหมายการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายหลักเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกำหนดความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็นระยะการวิจัยตามแนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งสอดคล้องกับความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัย 3 ขั้นตอนประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านการจัดการสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. 1 ย. และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล ได้แก่ ความตระหนักรู้ (Awareness) ความปรารถนา (Desire) ความรู้ (Knowledge) ความสามารถ (Ability) และการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับชุมชน สัมภาษณ์ข้อมูลชุมชนเพื่อให้เข้าใจบริบทของชุมชนที่ศึกษา เตรียมทีมงานชุมชน ทีมจัดการ

สุขภาพชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำชุมชน จิตอาสา ผู้ดูแลผู้ป่วยและ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ จากผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่มซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกที่กำหนดได้แก่

- 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน
- 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน
- 3) ทีมจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 10 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือได้แก่
 - 1)แบบสนทนากลุ่มเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน
 - 2)แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 3)แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน
 - 4)แบบประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 5) แบบประเมินความรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 6)แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 7)แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส.1ย.)สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นนำมาสรุปประเด็น ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis) ร่วมกับเทคนิคการเปรียบเทียบความคงที่ของข้อมูล (Constant Comparative) จากนั้นวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติทดสอบ Mann Whitney U Test ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ดำเนินการศึกษาระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้วงจรการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามขั้นตอน PAOR แบ่งเป็น 2 วงรอบ ในวงรอบที่ 1 เพื่อร่วมกันศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน แล้วนำมาวางแผน (Plan: P1) โดยใช้เทคนิคการประทุมเอไอซี (AIC) หลังจากนั้นปฏิบัติตามแผน (Action: A1) สังเกตและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม(Observation: O1) และสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R1) ตามลำดับ และดำเนินการในวงรอบที่ 2 ขั้นตอนการปรับปรุงแผนวางแผนพัฒนาและปฏิบัติการครั้งที่ 2 (Plan: P2) และปฏิบัติตามแผน (Action: A2) หลังจากนั้นสังเกตและการประเมินผลวงรอบที่ 2 (Observe: O2) และสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R2) ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ได้ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน โดยใช้แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล (ADKAR) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ(3๒2ส1ย) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นวิเคราะห์สถิติทดสอบ Wilcoxon Sign Rank Test เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และดำเนินการประเมินผลการพัฒนารูปแบบเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.1 บริบทของชุมชน

จากการศึกษาบริบทของชุมชนบ้านคลองขวาง หมู่ที่ 3 ชุมชนแห่งนี้เริ่มก่อตั้งเมื่อประมาณ 100 ปีก่อน มีจำนวน 104 หลังคาเรือน มีประชากรรวมทั้งหมด 284 คน เป็นเพศชาย 154 คน คิดเป็นร้อยละ 54.23 และเพศหญิง 130 คน คิดเป็นร้อยละ 45.77 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 – 34ปี คิดเป็นร้อยละ 8.10 ลักษณะพื้นที่ของชุมชน เป็นที่ราบลุ่มมีลำคลองไหลผ่าน พื้นที่ดินส่วนใหญ่ใช้ประโยชน์ในทางการเกษตรกรรม เหมาะสำหรับการทำนา ทำสวนผัก และสวนผลไม้ ลักษณะภูมิอากาศมี 3 ฤดู ได้แก่ฤดูร้อน ฤดูฝนและ ฤดูหนาว ในฤดูร้อนจะมีอากาศร้อนจัด ฤดูฝนจะมีฝนตกชุก ฤดูหนาวจะมีอากาศหนาวเพียงเล็กน้อย ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ได้แก่การทำนา ทำสวนผลไม้ และสวนผัก เป็นต้น ประชาชนในชุมชนมีการเดินทางได้อย่างสะดวกโดยใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์เป็นหลักโดยมีถนนคอนกรีตเชื่อมต่อในชุมชนและภายนอกชุมชน โดยที่ระบบสุขภาพชุมชนของชุมชนบ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 เป็นระบบแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือสมุนไพรเป็นส่วนน้อย มีองค์กรชุมชนที่เป็นทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในชุมชนเป็นอย่างดี

1.2 รูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชน

ในด้านการบริหารจัดการสุขภาพ จะมีภาคีเครือข่ายที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน 3) ภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจิตอาสา 4) บุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำศาสนาและครู ในด้านทรัพยากร/งบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักๆ จะมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง โดยมีแนวคิดหรือเป้าหมายในการจัดการสุขภาพที่คล้ายคลึงกันคือ มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เน้นเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยาแผนปัจจุบันเป็นหลัก มีการใช้สมุนไพรรักษาและภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นส่วนน้อย ส่วนในด้านการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีการวางแผนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์เป็นหลัก ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน โดยผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งจะมีองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนครัวเรือน โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา วิจัยปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา จัดทำแผนงานโครงการ เสนอของบประมาณจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และรายงานผลการปฏิบัติงาน โดยการบริหารจัดการจะไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยที่ด้านการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการติดตามประเมินผลการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยจะใช้ประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวของตนเอง การวัดความดันโลหิต และประเมินค่าความดันโลหิตของตนเองเมื่อไปพบแพทย์ ส่วนทีมจัดการสุขภาพชุมชน มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ทั้งนี้ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล คือการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. มาเยี่ยมบ้านและติดตามวัดความดันโลหิตและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้าน

1.3 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR)

จากการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR) ของทีมจัดการสุขภาพชุมชนเมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่า ในด้านกระบวนการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความตระหนักรู้ ทีมสุขภาพชุมชนมีความตระหนักว่าโรคนี้เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม และมีความตระหนักถึงบทบาทที่ต้องเข้าไปดูแลส่วนในด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนา พบว่า ทีมจัดการสุขภาพชุมชนมีความต้องการในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงโดยมีเหตุผลที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยและผู้ดูแลคือ โรคความดันโลหิตสูงนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ต่อครอบครัว และต่อชุมชน เพราะโรคนี้มีอัตราการเกิดโรคในชุมชนสูงกว่าโรคอื่นๆ โรคนี้มีความรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งส่งผลต่อการรับภาระการดูแลของทีมจัดการสุขภาพชุมชน โดยในด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ พบว่าทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนมีองค์ความรู้เบื้องต้นที่ใช้ในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงขาดองค์ความรู้ในเรื่องของกระบวนการสร้างความตระหนักและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาและการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ส่วนในเรื่อง ในด้านความสามารถ พบว่าสอดคล้องกับเรื่องของความรู้ คือ มีความสามารถในการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงขาดทักษะในเรื่องของกระบวนการสร้างความตระหนักและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาและการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ส่วนในด้านการเสริมแรงสนับสนุน ชุมชนมีระบบการสนับสนุนในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนไม่ชัดเจน และยังดำเนินการไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 โดยมีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 68.80 และมีการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยที่ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 62.50 และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 68.75 โดยมีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.75 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 81.25 โดยมีการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.50 และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.50

จากการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ(ADKAR)เมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ในด้านการตระหนักรู้โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.76$, $S.D. = 1.48$) ด้านความปรารถนาโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75$, $S.D. = 0.910$) ด้านความรู้โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก($M = 3.06$, $S.D. = 1.57$) โดยที่ด้านความสามารถโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M =$

1.90, S.D. = 0.49) และด้านการเสริมแรงสนับสนุนโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.89$, S.D. = 1.48)

จากการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ADKAR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย พบว่า ด้านการตระหนักรู้โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.02$, S.D. = 0.70) เช่นเดียวกับด้านความปรารถนาโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75$, S.D. = 0.34) และด้านความรู้โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 12.06$, S.D. = 1.84) โดยที่ด้านความสามารถ (Ability) โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.90$, S.D. = 0.49) อีกทั้งด้านการเสริมแรงสนับสนุนโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.24$, S.D. = 0.68)

เมื่อเปรียบเทียบกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ADKAR) ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการตระหนักรู้ ด้านความปรารถนา ด้านความรู้ ด้านความสามารถและด้านการเสริมแรงสนับสนุน พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อเริ่มต้นกระบวนการวิจัย พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.) โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31$) ซึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่ดีมีสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในระดับมากที่สุด ($M = 4.50$, S.D. = 1.03) รองลงมาคือ มีพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ สูดควันบุหรี่ หรือใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ในระดับมาก ($M = 4.00$, S.D. = 1.41) และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93$, S.D. = .42)

2. ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1 กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่าย วงรอบที่ 1

ผู้วิจัยและชุมชนได้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดตามแผนปฏิบัติการได้กลยุทธ์ที่สำคัญ 5 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพ 2) การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3) การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การเสริมสร้างทักษะความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ย. 5) การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ

2.2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่าย วงรอบที่ 2

ผู้วิจัยและชุมชน ได้นำผลที่ได้จากการวางแผนพัฒนาในวงรอบที่ 1 มาสะท้อนผล การปฏิบัติและปรับปรุงแผนปฏิบัติการในวงรอบที่ 2 โดยได้กำหนดกลยุทธ์สำคัญ 2 กลยุทธ์ ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่ 1. การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเครือข่าย ชุมชน กลยุทธ์ที่ 2. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ

จากกระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่าย ทั้ง 2 วงรอบ สามารถ สังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน มีการบูรณาการผู้วิจัยกับชุมชน ในการ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับชุมชนเพื่อให้เกิดมุมมองจากคนในชุมชน

2. การเข้าใจบริบทของชุมชน ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของชุมชน สภาพภูมิ ประเทศ อาณาเขตที่ตั้ง การคมนาคม ลักษณะโครงสร้างประชากร การประกอบอาชีพ โครงสร้าง องค์การของชุมชน เครือข่ายในชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน ระบบสุขภาพของชุมชนและ กิจกรรมต่างๆของชุมชน เป็นต้น

3. มีการสร้างทีมงานของชุมชนในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ 1) ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง 3) จิตอาสาในชุมชน

4. มีการวางแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์(AIC) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชน กำหนดกลยุทธ์/กิจกรรมในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

5. ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน เกิดเป็น 5 กลยุทธ์หลัก ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนาในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพ ของชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3. การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 4 การเสริมสร้างทักษะความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ.2ส.1ย. ของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและชุมชน

กลยุทธ์ที่ 5. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ ของผู้ดูแล ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

3. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ADKAR) เมื่อเริ่มต้น กระบวนการวิจัยและหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.77, S.D. = .75$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.63, S.D. = .39$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าการตระหนักรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = .41$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.83, S.D. = .18$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าการตระหนักรู้ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนาของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = .91$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.66, S.D. = .40$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความปรารถนาของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนาของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.76, S.D. = .34$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.62, S.D. = .38$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความปรารถนาหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 13.06, S.D. = .1.57$) หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 14.69, S.D. = .48$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความรู้

ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 12.06$, $S.D. = 1.84$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 14.75$, $S.D. = .45$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความรู้ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.90$, $S.D. = .49$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.81$, $S.D. = .83$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.79$, $S.D. = .52$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.82$, $S.D. = .14$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความสามารถของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.89$, $S.D. = 1.48$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.64$, $S.D. = .39$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านการเสริมแรงสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.24$, $S.D. = .68$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.59$, $S.D. = .31$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่า ด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)

พฤติกรรม 3อ.2ส.1ย.ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยในอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31$, $S.D. = .32$) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.47$, $S.D. = .18$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย.ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต Systolic Blood Pressure เท่ากับ 143.38 mmHg หลังการศึกษามีค่าเฉลี่ย 129.00 mmHg เมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิต Diastolic ก่อนการศึกษามีค่าเฉลี่ย 84.88 mmHg หลังการศึกษามีค่าเฉลี่ย 75.06 mmHg เมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าความดันโลหิต Diastolic แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการประเมินการพัฒนาพร้อมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถสรุปรูปแบบการดำเนินการได้ดังนี้

1. รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(Networking for Behavior Change model : NBC)

การมีส่วนร่วมการดำเนินการจากเครือข่ายครอบครัวและชุมชน โดยการดำเนินการประกอบด้วย 5 กลยุทธ์หลัก ได้แก่

กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ในการจัดการสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนา (Desire) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3. การพัฒนาความรู้ (Knowledge) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 4 การเสริมสร้างทักษะความสามารถ (Ability) ในการปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ.2ส.1ย. ในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและชุมชน

กลยุทธ์ที่ 5. การเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) ในการจัดการสุขภาพ ในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

2. รูปแบบการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน (Health Service Support model : HSS) รูปแบบนี้ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่

1) การคัดกรองโรค (Screening) ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว การประเมินปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรค

2) การรักษาพยาบาล (Treatment) ได้แก่ การให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) การบริการเชิงรุก (Active Health Service) ได้แก่ การออกเยี่ยมบ้าน การติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน

4) การติดตามการรักษา (Monitoring) การติดตามการติดตามพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา การและรับประทานยาตามแผนการรักษา

3. รูปแบบการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ในชุมชน (Community Participation and Support model : CPS)

รูปแบบนี้ประกอบด้วย 1) ในเรื่องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation) และ 2) การสนับสนุนด้านงบประมาณ (Budget Support)

4. รูปแบบของกระบวนการทำงานในชุมชน (Community Working Process model : CUP) กระบวนการทำงานในชุมชน ประกอบไปด้วยกระบวนการ 7 กระบวนการ ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน (Relationship Building) มีการบูรณาการผู้วิจัยกับชุมชน ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนเพื่อให้เกิดมุมมองจากคนในชุมชน

2) การเข้าใจบริบทของชุมชน (Context Understanding) ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของชุมชน สภาพภูมิประเทศ อาณาเขตที่ตั้ง การคมนาคม ลักษณะการโครงสร้างประชากร การประกอบอาชีพ โครงสร้างองค์กรของชุมชน เครือข่ายในชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน ระบบสุขภาพของชุมชนและกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เป็นต้น

3) การสร้างทีมงานของชุมชน (Teamwork Building) ในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ 1. ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองขวาง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2. เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง 3. จิตอาสาในชุมชน

4) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) โดยใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (AIC) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชน กำหนดกลยุทธ์/กิจกรรมในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

5) การจัดโครงการ/กิจกรรม 3อ.2ส.1 ย. (Project) โดยเป็นไปตามแผนที่กำหนดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน

6) การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection)

7) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Evaluation)

5. รูปแบบการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินการ (Achieving Goal in Overall Model : AGO) รูปแบบการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินการ ประกอบไปด้วยกระบวนการ 2 กระบวนการ ดังนี้

1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavior Control) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ.2ส.1ย.(อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และการรับประทานยาตามแผนการรักษา)

2) การควบคุมระดับความดันโลหิต (Disease Control) การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลง

โดยสรุปองค์ประกอบของโมเดล ทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ 2 CHiNA Model (CWP, CPS, HSS integrate NBC, AGO) ได้แก่ 1)รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Networking for Behavior Change model : NBC) 2) รูปแบบการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน (Health Service Support model : HSS) 3) รูปแบบการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆในชุมชน (Community Participation and Support model : CPS) 4) รูปแบบของกระบวนการทำงานในชุมชน (Community Working Process model : CUP) 5) รูปแบบการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินการ (Achieving Goal in Overall Model : AGO)

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาบริบทของชุมชนและการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

จากบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย กระบวนการวางแผนร่วมกันกับภาคีเครือข่าย การบริหารจัดการโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ มีการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และมีการติดตามประเมินผล ซึ่งการวางแผนสุขภาพตำบลถือเป็นเข็มทิศในการดูแลสุขภาพร่วมกันโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง วางแผนการทำงานได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่และส่งผลให้

เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, 2553) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาระดับปริญญาโทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนนั้นพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล ไม่มีการวางแผนการดูแลสุขภาพ แต่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์เป็นหลัก ซึ่งจากการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม นั้นต้องอาศัยตัวเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน (วิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ, 2556) จึงจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ส่วนความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ADKAR) ด้านการตระหนักรู้ (Awareness) ด้านความปรารถนา (Desire) ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านความสามารถ (Ability) และด้านการเสริมแรงสนับสนุน (Reinforcement) ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าทุกด้านไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้พฤติกรรมป้องกันโรคเป็นการกระทำในการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยทางประชากรและปัจจัยด้านจิตสังคม (Becker.1974: 324-508) โดยสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (1992) ที่ได้ให้ความเห็นว่าปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ ชนบทธรรมเนียมประเพณี และด้านชีววิทยา สามารถส่งผลกระทบต่อ การปกป้องตนเองจากการเกิดโรคได้ ดังนั้นจากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่คล้ายคลึงกัน จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้จากข้อมูลงานวิจัยของอดิฏยาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2560) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ของอสม. ก่อนและหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ไม่แตกต่างกัน ($t=0.75, p=0.46$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่แตกต่างกัน

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ย.) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 3.31, S.D. = .39$) แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีการตระหนักรู้ (Awareness) มีความปรารถนา (Desire) และมีความรู้ (Knowledge) อยู่ในระดับมาก แต่ยังไม่เพียงพอให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้เกิดความสามารถในตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการ

ด้านอารมณ์นั้น ซึ่งอาจยังต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ เช่น แรงจูงใจและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม ดังเห็นได้จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำปาง จังหวัดกระบี่ ที่พบว่ามีความผิดปกติ อาทิเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หากกลุ่มเสี่ยงไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารรับประทานเอง ก็จะรับประทานอาหารที่ผู้ปรุงทำรับประทานโดยไม่มีสิทธิเลือก อีกทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกาย หากทุกคนในครอบครัวเห็นถึงความสำคัญก็จะสนับสนุนและส่งเสริมให้ออกกำลังกาย ทำให้มีแรงผลักดันให้กระทำพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนในด้านความเครียด หากบุคคลในครอบครัวมีความรู้ในการจัดการความเครียดก็จะช่วยหาวิธีให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการความเครียดได้ (ประหยัด ช่อไม้, 2558: 15-24) นอกจากนี้ด้านอารมณ์และจิตใจยังพบว่ามีความผิดปกติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (Iffath, 2020: 1-9) ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนนี้ เพราะจะส่งผลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งนี้การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรเน้นในการให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดย ทีมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

2. ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่าย วงรอบที่ 1 ได้กลยุทธ์ที่สำคัญ 5 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพ 2) การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3) การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การเสริมสร้างทักษะความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ย. 5) การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ เป็นไปตามกระบวนการที่วางแผนแบบมีส่วนร่วมเกิดการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่าย วงรอบที่ 2 ได้กำหนดกลยุทธ์สำคัญ 2 กลยุทธ์ ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่ 1. การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเครือข่ายชุมชน กลยุทธ์ที่

2. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ เกิดการจัดการสุขภาพที่ยั่งยืนจากกระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่าย สามารถสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดการ

สุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน มีการบูรณาการผู้วิจัยกับชุมชน ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับชุมชนเพื่อให้เกิดมุมมองจากคนในชุมชน

2. การเข้าใจบริบทของชุมชน ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของชุมชน สภาพภูมิประเทศ อาณาเขตที่ตั้ง การคมนาคม ลักษณะการโครงสร้างประชากร การประกอบอาชีพ โครงสร้างองค์กรของชุมชน เครือข่ายในชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน ระบบสุขภาพของชุมชนและกิจกรรมต่างๆของชุมชน เป็นต้น

3. มีการสร้างทีมงานของชุมชนในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ 1) ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง 3) จิตอาสาในชุมชน

4. มีการวางแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์(AIC) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชน กำหนดกลยุทธ์/กิจกรรมในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

5. ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน เกิดเป็น 5 กลยุทธ์หลัก ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างแรงจูงใจให้เกิดความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3. การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 4 การเสริมสร้างทักษะความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ.2ส.1ย. ของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและชุมชน

กลยุทธ์ที่ 5. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ ของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน

6. การสะท้อนผลการดำเนินการและการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม รวมถึงการจัดการคืนข้อมูลให้กับชุมชน

3. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.77, S.D. = .75$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.63, S.D. = .39$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าการตระหนักรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = .41$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.83, S.D. = .18$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าการตระหนักรู้ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ย. ที่ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งการที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการวางแผนจนถึงกระบวนการสะท้อนผลและการประเมินผล รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ของกิจกรรมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่เน้นให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างแท้จริง (Active Participator) โดยการที่มีส่วนร่วมในการระบุปัญหาที่สำคัญของตนเอง และการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ปัญหา (Wight, 1999: 234) โดยการที่บุคคลมีความฉลาด สามารถเรียนรู้องค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ได้นั้น ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้มีผลการปฏิบัติงานหรือมีสมรรถนะที่โดดเด่น จำเป็นต้องมีแรงผลักดันเบื้องต้นภายในตนเอง นั่นคือต้องอาศัยแรงจูงใจและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ดี รวมถึงภาพลักษณ์ของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความรู้และทักษะแต่ถ้าขาดคุณลักษณะของความมุ่งมั่นตั้งใจก็ไม่สามารถทำงานที่มีประสิทธิภาพได้ (Spencer LM, 1993)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนาของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75, S.D. = .91$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.66, S.D. = .40$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความปรารถนาของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนาของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.76, S.D. = .34$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.62, S.D. = .38$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความปรารถนาหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็น

เพราะการที่บุคคลมีความตั้งใจและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากอิทธิพลจากความเชื่อแรงจูงใจ การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม การมองตนเอง การนับถือตนเอง และจากการตัดสินใจบุคคลจะลงมือกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Tones, 1987) การเพิ่มขึ้นของความปรารถนาของผู้ดูแลและผู้ป่วยอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มความตระหนักรู้ และกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้และทักษะปฏิบัติ การทำไลน์กรุป การติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่เพียงแต่มีการรับประธานยาตามแพทย์สั่งเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลษฐ์ ปิ่นประชา นันท์(2564) ที่ทำการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระบบที่พัฒนา คือ ติดตาม ผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดด้วย Line Application ให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ให้ยา ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และมีการติดตามทาง Line Application โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หลังจากการมา รักษา 7 วัน ในช่วง 2 เดือนแรก ในเดือนที่ 3 หากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็ทำการ เยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุและส่งเสริมให้ญาติช่วยดูแล และพิจารณาปรับยาให้เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 13.06, S.D. = .1.57$) หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 14.69, S.D. = .48$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 12.06, S.D. = 1.84$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 14.75, S.D. = .45$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความรู้ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะกิจกรรมโครงการเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ที่ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยผ่านการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนกิจกรรมโครงการร่วมกันทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งผลการเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้กิจกรรมการให้ความรู้โดยใช้สื่อ และวิธีการทางสุขศึกษาที่เกิดในโครงการ อาทิเช่น โมเดลอาหาร การบรรยาย การสาธิต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ทำให้ เกิดการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อน การดำเนินการวิจัย ทั้งนี้การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค ก็จะกระทำ สิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนเองไม่ ปรารถนา ดังนั้นการให้ความรู้

แก่บุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีประโยชน์ต่อ ตนเอง บุคคลนั้นก็ จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Janz, Campion & Strecher, 2002) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมสมัย รัตนกรีกากุล และคณะ (2558) ที่พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตจากกิจกรรมที่พัฒนารูปแบบทำให้ได้รับความรู้และทักษะอย่าง ต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นโดย คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าร่วม 9.24 (SD= 1.58) หลังเข้าร่วม 10.67 (SD= 1.23) และยังคง สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิศา ชุ่มชื่น (2555) ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสิงห์บุรี และ การศึกษาของนุชนาถ สำนัก (2554) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพ่องฝั่ง ตะวันออก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มี คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้า ร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.90$, $S.D. = .49$) หลังเข้าร่วม กิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.81$, $S.D. = .83$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้าน ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้าน ความสามารถของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.79$, $S.D. = .52$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.82$, $S.D. = .14$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าด้านความสามารถของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น สามารถอธิบาย ได้ว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากการที่การจัดกิจกรรมที่ได้รับทำให้ ได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงมีความตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง เมื่อ ผู้วิจัยและชุมชนให้โปรแกรมสุขภาพโดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. การจัดฐานการเรียนรู้ 3อ.2ส.1ย. มีการสาธิตเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สาธิตเกี่ยวกับการปรุงอาหารเพื่อให้เข้าใจเพิ่มมากขึ้น

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.89$, $S.D. = 1.48$) หลัง เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.64$, $S.D. = .39$) เมื่อ เปรียบเทียบพบว่าด้านการเสริมแรงสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของ

ผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.24, S.D. = .68$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.59, S.D. = .31$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่า ด้านการเสริมแรงสนับสนุน ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าทีมงานของชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโครงการส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยและผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของจันทรพีญ ประโยงค์และคณะ (2563) ที่พบว่า การติดตามและเสริมพลังจิตอาสาอย่างต่อเนื่องโดยทีมพี่เลี้ยง จากการสนทนากลุ่มที่พบว่าจิตอาสายังขาดความมั่นใจในการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจึงได้กำหนดให้มีการติดตามและเสริมพลังจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมพี่เลี้ยงทุกเดือนทำให้จิตอาสาเริ่มกำลังใจและมั่นใจในการทำงานสามารถเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองเห็นคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา คุณนทต (2552) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านขุนทด อำเภอบ้านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

3.2 ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ย.)

พฤติกรรม3อ.2ส.1ย.ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, S.D. = .32$) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.47, S.D. = .18$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย.ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น ซึ่งการที่บุคคลจะลงมือกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อมีความรู้ ทักษะและปัจจัยแวดล้อมที่จำเป็นและสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจมีการปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง (Tone and Green, 2004: 77-80) และยังสอดคล้องกับการวิจัยของประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปราณประวีตร (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ที่พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดแตกต่างกัน เมื่อทดสอบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต Systolic Blood Pressure เท่ากับ 143.38 mmHg หลังการศึกษามีค่าเฉลี่ย 129.00 mmHg เมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ลดลง ค่าความดันโลหิต Diastolic ก่อนการศึกษามีค่าเฉลี่ย 84.88 mmHg หลังการศึกษามีค่าเฉลี่ย 75.06 mmHg เมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าความดันโลหิต Diastolic ลดลง โดยผลการลดลงของค่าความดันโลหิตเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย. โดยที่พฤติกรรม3อ.2ส.1ย.ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยในอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, S.D. = .32$) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.47, S.D. = .18$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย.ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น ทั้งนี้ยังเป็นผลมาจากการดำเนินโครงการมีการติดตามผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมชุมชนเพื่อติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน(Home BP) กิจกรรมย่องเข้าครัวกล้วยเค็มติดตามการอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคว่ามีระดับของโซเดียมที่ระดับใด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มไลน์ ทำให้เกิดผลของการกำกับติดตามและให้กำลังใจ การเสริมแรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและของผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ (2558) ที่พบว่าถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพผลลัพธ์ที่ตามมาที่จะเกิดกับผู้ป่วย คือ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ ติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดด้วย Line Application ให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ให้ยา ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และมีการติดตามทาง Line Application โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หลังจากการมารักษา 7 วัน ในช่วง 2 เดือนแรก ในเดือนที่ 3 หากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็ทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุและส่งเสริมให้ญาติช่วยดูแล และพิจารณาปรับยาให้เหมาะสม

3.3 ผลการประเมินการพัฒนาาร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะสำเร็จจะต้องมีลักษณะสำคัญคือ กระบวนการทำงานในชุมชน (Community process) ซึ่งจะต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน (Build community relationship) มีการบูรณาการผู้วิจัยกับชุมชน ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับชุมชนเพื่อให้เกิดมุมมองจากคนในชุมชน โดยศึกษาบริบทของชุมชน(Understanding the Community Context)ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของชุมชน สภาพภูมิประเทศ อาณาเขตที่ตั้ง การคมนาคม ลักษณะการโครงสร้างประชากร การ

ประกอบอาชีพ โครงสร้างองค์กรของชุมชน เครือข่ายในชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน ระบบสุขภาพของชุมชนและกิจกรรมต่างของชุมชน เป็นต้น ที่สำคัญจะต้องมีการสร้างทีมงานของชุมชน (Community team building) ในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ 1. ทีมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2. เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง 3. จิตอาสาในชุมชน 4) การวางแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์(AIC) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชน กำหนดกลยุทธ์/กิจกรรมในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน 5) การจัดโครงการ/กิจกรรม 3อ.2ส.1 ย. โดยเป็นไปตามแผนที่กำหนดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน 6) การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection) และการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน(Community Participatory Evaluation) ทั้งนี้ชุมชนนี้มีลักษณะพื้นฐานของชุมชน เป็นชุมชนขนาดเล็กลักษณะเป็นเครือข่าย โดยมีขนาดครอบครัวค่อนข้างเล็ก ส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง การดำเนินการสาธารณสุขในชุมชนจะมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการถ้าทีมงานได้มีการเข้าถึงชุมชน เข้าใจบริบทของชุมชน โดยเฉพาะทีมงานเป็นเครือข่ายชุมชนการดำเนินการจะได้ประโยชน์ร่วมกันของคนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพและ พิณญาติดา อภัยฤทธิ์ (2562) ที่ได้การศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากระบวนการพัฒนาของหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า ทุกหมู่บ้านมีการใช้แนวคิดและ กระบวนการพัฒนาตามแนวทางของกองสุขศึกษา 7 ขั้นตอน คือ การจัดตั้งทีมดำเนินงาน การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ของหมู่บ้าน การจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของประชาชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมดำเนินงาน และการประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้าน แต่ก็มีผลผสมผสานกับ แนวคิดและ ประสิทธิภาพที่แต่ละหมู่บ้านมีอยู่ใช้เป็นหลักยึดการพัฒนาเพิ่มขึ้น ส่วนด้านผลลัพธ์และ ผลกระทบ ของหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของรอบเอวที่ลดลง และ ค่า BMI เป็นปกติมากขึ้นของ กลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน ซึ่งทุกหมู่บ้านสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินผักและ การออกกำลังกายตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น

2. การมีส่วนร่วมการดำเนินการจากเครือข่ายครอบครัวและชุมชน โดยการดำเนินการประกอบด้วย 5กลยุทธ์หลัก ได้แก่ กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน กลยุทธ์ที่ 2การสร้าง

แรงจูงใจเพื่อให้เกิดความปรารถนาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง และทีมจัดการสุขภาพของชุมชน กลยุทธ์ที่ 3. การพัฒนาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน กลยุทธ์ที่ 4 การเสริมสร้างทักษะความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก 3อ.2ส.1 ย . ในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและชุมชน กลยุทธ์ที่ 5. การเสริมแรงสนับสนุนในการจัดการสุขภาพ ในผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และชุมชน ทั้งนี้กระบวนการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดพลังของทุกฝ่ายในการร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และร่วมกันรับผิดชอบต่อแทนจากการที่ได้ทำงานร่วมกัน อันนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพภายในชุมชน (ปาริชาติ วลัยเสถียร, 2552: 193) ส่งผลต่อประโยชน์ ในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพะชุมชนตนเอง ก่อให้เกิดกำลังแรงใจและปัญญา ในการทำงานเกิดประโยชน์สุขที่เป็นธรรมให้กับชุมชนและผลของความยั่งยืนในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพัฒน์ ศรีมาลา และคณะ (2559) ที่พบว่ามีการวางแผนปฏิบัติการสร้างการมีส่วนร่วมที่ ส่งผลให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา ประชุม อย่างมีส่วนร่วม สร้างสรรค์และกำหนดแผนงาน/กิจกรรม เกิดเป็น กลยุทธ์ใหม่ในการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมได้ โดยได้กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมจดหมายกระจายข่าวและบอร์ด สุขภาพ กลยุทธ์ที่ 2 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการเดินทาง ทัศนศึกษาเพื่อสุขภาพและกิจกรรมนันทกรรมดีใจสุขภาพ กลยุทธ์ที่ 3 ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพฯ 3 อ. ๒.๑.๒.๓ ประกอบด้วยกิจกรรมผู้นำปฏิบัติการ ออกกำลังกาย และเมนูชุมชนเพื่อสุขภาพ กลยุทธ์ที่ 4 การบูรณาการวิถีมุสลิมกับสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมคุตบะห์เพื่อสุขภาพและ ป้ายสุขภาพพูดได้

3. ระบบสนับสนุนของชุมชน มี 2 ระบบ คือ 1) การสนับสนุนจากองค์กรต่างๆชุมชน (Community support)ในเรื่องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและการสนับสนุนด้านงบประมาณ 2) การสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน (Health care system support) ได้แก่ การคัดกรองโรค การรักษาพยาบาล การบริการเชิงรุกและการติดตามการรักษา ทั้งนี้ ระบบการสนับสนุนที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นระบบที่เคยมีมาแต่ยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก การที่ได้จัดกระบวนการมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ทำให้ ระบบสนับสนุนที่มีอยู่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพัฒน์ ศรีมาลา และคณะ(2559) ที่พบว่ามีการวางแผนปฏิบัติการสร้างการมีส่วนร่วมที่ร่วมมือกันทำให้ผู้นำเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมกับโครงการ/กิจกรรม มีการใช้เครื่องมือการวิจัยชุมชนที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์สวอท (SWOT) การ ประชุมมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ เอไอซี (AIC) และการประชุมปฏิบัติการ ส่งผลให้สามารถ

วิเคราะห์ปัญหา ประชุม อย่างมีส่วนร่วมสร้างสรรค์และกำหนดแผนงาน/กิจกรรม เกิดเป็น กลยุทธ์ใหม่ในการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านนโยบาย การนำความรู้จากงานวิจัยในประเด็นต่างๆ ในเรื่องรูปแบบสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน รูปแบบการสนับสนุนจากองค์กรชุมชน และกระบวนการดำเนินงานในชุมชน ไปใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ด้านการบริการสาธารณสุข สามารถนำกลวิธีในการกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ นี้ไปใช้ในการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่แตกต่างกันได้

1.3 ด้านการวิจัย ควรมีการขยายผลการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพในโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมทั้งควรมีการศึกษาที่มีการประยุกต์ใช้แนวทางและนำไปใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีศึกษาความเหมาะสมของวิธีการ/กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามประเมินผลความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรมหลังจากที่ได้รูปแบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยแล้ว

2.3 ควรนำรูปแบบการศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้ไปศึกษาเพิ่มเติมในชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกันไป

2.4 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆที่สามารถจะพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงบูรณาการ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

บรรณานุกรม

- M.Hiatt, J. (2006). *Adkar: a model for change in business government and our community*. colorado: Prosci Research.
- Patricia, J. E. (2006). Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Diet, Weight, Physical Fitness, and Blood Pressure Control : 18-Month Results of a Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, 144, 485-495.
- stufflebeam, and Shinkfied. (2007). *Evaluation theory, Model and applications*. Jhon wiley and sob: Ine.
- กมล สุกประเสริฐ. (2537). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, เพชรมณี วิริยะสืบพงษ์, รุ่งรังษิ วิบูลย์ชัย, และ โกศลวิตร, ฐ. (2560). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตพื้นที่อีสานใต้ประเทศไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(พิเศษ), 19-33.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2546). วิถีชุมชน: คู่มือที่ทำให้การทำงานง่ายได้ผลและสนุก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- จิราภรณ์ ชวงค์, และ ปริญญา ก้องสกุล. (2555). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 6(2), 30-37.
- เฉลียว บุรีภักดี. (2545). ชุดการเรียนรู้ด้วยตัวเองชุดวิชาการวิจัยชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ.
- ทิพย์สุนันท์ กิจรุ่งโรจน์. (2561, มกราคม-เมษายน). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(1).
- ธนวรรณ อิมสมบุญ. (2539). คู่มือการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- นรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ, โกเมนทร์ ทิวทอง, และ สุภัทนา กลางคาร. (2558, กรกฎาคม-ธันวาคม). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

- ของตนเองต่อความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 18(2).
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเล่ม 4. กรุงเทพฯ: ไอกรุป เพลส.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ, ปนัดดา บริพัตร, และ ญาณิศา โชติกะคาม. (2555). ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/3061/2750>
- ไพโรจน์ ชลารักษ์. (2549). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารราชภัฏตะวันตก, 1(1), 17-23.
- รัตนา ดวงแก้ว. (2551). คู่มือการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาชุมชน. Retrieved 12 กันยายน 2552 <http://www.banprak-nfe.com/webboard/index.php?>
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(2), 35-45.
- ศิรินันท์ ตริ้มมลทิพย์. (2555). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในชุมชน. ธรรมสารเวชศาสตร์, 4(1), 88-97.
- ศิริวรรณ ชันติยวิทยากุล. (2553, มกราคม-เมษายน 2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลละลมใหม่พัฒนา อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารกองการพยาบาล, 37(1).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: วิเจพรินติ้ง.
- สมนึก โตมะสูงเนิน. (2554, พฤษภาคม-สิงหาคม). ประสิทธิภาพของการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 26(3).
- สาตี สุภาภรณ์. (2550). การวิจัยเชิงคุณภาพทางพลศึกษาและกีฬา. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สยามลดดา
- สำนักงานมาตรฐานการศึกษา. (2545). ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองการจัดการวางแผนธุรกิจ. กรุงเทพฯ:

กระทรวงศึกษาธิการ.

สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2531). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2547). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2549). การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสาวลักษณ์ มูลสาร, และ เกษร สำเนาทอง. (2559, มกราคม-มิถุนายน). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 11(1).

อภิชาติ เจริญยุทธ. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.

อัมภากร หาญณรงค์, ชัญญูชิตาคุษฎี ฑูลศิริ, และ สมสมัย รัตนกริฑากุล. (2560, กรกฎาคม-กันยายน). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(3).



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1. เครื่องมือประเมินการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

. 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง

1. ประเด็นสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

2. ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อชุมชน

1. ระบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

1.1 การบริหารจัดการ

1.1.1 ภาควิชาหรือหน่วยงานที่ช่วยในการดูแลท่านประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่อย่างไร.....

1.1.2 ทรัพยากร/ งบประมาณที่ใช้ในการดูแลท่านมีอะไรบ้าง จากที่ไหนอย่างไร.....

1.1.3 ท่านมีเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างไร.....

1.1.4 ท่านใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอะไรบ้างในการดูแลสุขภาพ.....

1.2 การวางแผน

1.2.1 ท่านมีกระบวนการวางแผนในการดูแลตนเองหรือไม่ อย่างไร

1.2.2 มีส่วนร่วมของภาควิชาหรือหน่วยงานในการวางแผนในการดูแลท่านหรือไม่ อย่างไร

1.3 การดำเนินการ

1.3.1 การดูแลตนเองประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง อย่างไร

1.3.2 ในการดูแลตนเองเป็นไปตามแผนหรือไม่อย่างไร

1.3.3 ผลของการดูแลตนเองเป็นอย่างไร

1.3.4 ภาควิชาหรือหน่วยงานส่วนร่วมในการดูแลท่านหรือไม่ ประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง อย่างไร

1.3.5 ผลของการดูแลของภาควิชาหรือหน่วยงานเป็นอย่างไร

1.3.6 ท่านมีการประสานงานกับทีมงาน/ หน่วยงานอื่นๆอย่างไร

1.3.7 ระบบสนับสนุน/ การกระตุ้น/ การสร้างแรงจูงใจที่ท่านได้รับมีอะไรบ้าง อย่างไร

1.4 การติดตามประเมินผล

1.4.1 มีวิธีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

1.4.2 ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร ท่านพึงพอใจหรือไม่

1.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ดูแล คำชี้แจง

1. ประเด็นการสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

2. ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการศึกษเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ดูแล

1. ระบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

1.1 การบริหารจัดการ

1.1.1 ผู้ที่มาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่อย่างไร.....

1.1.2 ทรัพยากร/ งบประมาณที่ท่านใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง อย่างไร.....

1.1.3 ท่านมีแนวคิดของในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร.....

1.1.4 ท่านใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอะไรบ้างในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....

1.2 การวางแผน

1.2.1 ท่านมีกระบวนการวางแผนงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร.....

1.2.2 การดึงทีมงาน/เครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีกระบวนการอย่างไร.....

1.3 การดำเนินการ

1.3.1 การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง อย่างไร.....

1.3.2 ในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนหรือไม่อย่างไร

1.3.3 ผลของการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร.....

1.3.4 ภาคีเครือข่ายส่วนร่วมในการดูแลท่านหรือไม่ ประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง
อย่างไร...

1.3.5 ผลของการดูแลของภาคีเครือข่ายเป็นอย่างไร

1.3.6 ท่านมีการประสานงานกับทีมงาน/เครือข่ายอื่นๆอย่างไร

1.3.7 ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจที่ท่านได้รับมีอะไรบ้าง อย่งไร

1.4 การติดตามประเมินผล

1.4.1 มีวิธีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยๆอย่างไร.....

1.4.2 ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร ท่านพึงพอใจ
หรือไม่.....

1.4.3 มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยๆหรือไม่ อย่งไร.....

1.3 แบบสนทนากลุ่มเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน

คำชี้แจง

1. ประเด็นการสนทนากลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทในการจัดการสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

2. ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อชุมชน

1.ระบบการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

1.1 การบริหารจัดการ

1.1.1 โครงสร้างการทำงาน/ ผู้รับผิดชอบ/ ภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพใน
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่
อย่างไร.....

1.1.2 ทรัพยากร/ งบประมาณ ที่ใช้ในการดำเนินงานมีอะไรบ้าง
อย่างไร.....

1.1.3 ชุมชนมีแนวคิดของการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
อย่างไร.....

1.1.4 ชุมชนมีภูมิปัญญาท้องถิ่นอะไรบ้างในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง.....

1.2 การวางแผน

1.2.1 ท่านมีกระบวนการวางแผนงานอย่างไร

1.2.2 การตั้งภาคีเครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมี
กระบวนการอย่างไร

1.3 การดำเนินการ

1.3.1 กิจกรรมการดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง

1.3.2 กิจกรรมการดำเนินงานเป็นไปตามแผนหรือไม่อย่างไร

1.3.3 มีการประสานงาน/ การสื่อสารการดำเนินการอย่างไร

1.3.4 ระบบสนับสนุน/การกระตุ้น/การสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน มีอะไรบ้าง
อย่างไร.....

1.4 การติดตามประเมินผล

1.4.1 มีวิธีการประเมินผลอย่างไร.....

1.4.1 ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร ท่านพึงพอใจหรือไม่

1.4.1 มีการรายงานผลหรือการปรับปรุงการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร
.....

ชุดที่ 2. เครื่องมือประเมินความรู้ในการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.1 แบบประเมินความรู้ในการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณา
เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	การรับประทานขนมหวานต่างๆเช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเค้ก คุกกี้ ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
2.	การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต		
3.	การรับประทานอาหารที่มีการปรุงด้วยกระทิ เช่นแกงเผ็ด แกงคั่ว มัสมั่น ไม่ทำให้ไขมันในเลือดสูง		
4.	การรับประทานอาหารผัดหรือทอด เช่นลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ทอด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
5.	ในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถเติมน้ำปลา/เกลือ/ซีอิ๊ว ซอส ในอาหารได้เพื่อเพิ่มรสชาติ		
6.	การรับประทานอาหารแปรรูปหรือผ่านการถนอมอาหาร เช่น อาหารกระป๋อง ขนมกรุบกรอบ บะหมี่/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต		
7.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเน้นการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าอาหารผักและผลไม้สด		
8.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดการดื่ม ชา กาแฟ		
9.	การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน เดิน ล้างรถ จะช่วยให้สุขภาพดี		
10.	การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันจะช่วยลดความดันโลหิตของท่านได้		
11.	การออกกำลังกายโดยการใช้น้ำหนักมากๆ เช่น ยกของหนัก ขุด ลาก ดึงดันของหนัก จะช่วยลดความดันโลหิตของท่านได้		
12.	การมีอารมณ์เครียด/หงุดหงิด/วิตกกังวล มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
13.	การดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะช่วยลดความดันโลหิตของท่านได้		
14.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่		
15.	ถ้าระดับความดันโลหิตเป็นปกติแล้วท่านสามารถหยุดยาโรคความดันโลหิตสูงได้		

2.2 แบบประเมินความรู้ในการกระบวนกรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	การรับประทานขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเค้ก คุกกี้ ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
2.	การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต		
3.	การรับประทานอาหารที่มีการปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงคั่ว มัสมั่น ไม่ทำให้ไขมันในเลือดสูง		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
4.	การรับประทานอาหารผัดหรือทอด เช่นลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ทอด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
5.	ในการรับประทานอาหารเช้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถเติมน้ำปลา/เกลือ/ซีอิ๊ว ซอส ในอาหารได้เพื่อเพิ่มรสชาติ		
6.	การรับประทานอาหารแปรรูปหรือผ่านการถนอมอาหาร เช่น อาหารกระป๋อง ขนมกรุบกรอบ บะหมี่/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต		
7.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเน้นการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าอาหารผักและผลไม้สด		
8.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดการดื่ม ชา กาแฟ		
9.	การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน เดิน ล้างรถ จะช่วยให้สุขภาพดี		
10.	การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันจะช่วยลดความดันโลหิตของท่านได้		
11.	การออกกำลังกายโดยใช้แรงมากๆเช่น ยกของหนัก ชูต ลาก ดึงดันของหนัก จะช่วยลดความดันโลหิตของท่านได้		
12.	การมีอารมณ์เครียด/หงุดหงิด/วิตกกังวล มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
13.	การดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะช่วยลดความดันโลหิตของท่านได้		
14.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่		
15.	ถ้าระดับความดันโลหิตเป็นปกติแล้วท่านสามารถหยุดยาโรคความดันโลหิตสูงได้		

ชุดที่ 3. เครื่องมือประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.1 แบบประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย

ประเด็นการพิจารณา	เกณฑ์
1.ความสามารถในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค 1) สามารถวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้ 2) สามารถตัดสินใจเลือกซื้อ/จัดหาอาหารที่เหมาะสม	3: ปฏิบัติครบทุกข้อ 2: ปฏิบัติ3-4 ข้อ 1: ปฏิบัติ1-2 ข้อ 0: ปฏิบัติไม่ได้

ประเด็นการพิจารณา	เกณฑ์
<p>กับโรคของตนเองได้</p> <p>3) สามารถประกอบอาหาร/จัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้</p> <p>4) สามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้</p> <p>5) สามารถประเมินการรับประทานอาหารของตนเองได้อย่างเหมาะสม</p>	
<p>2. ความสามารถในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>1) สามารถวางแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้</p> <p>2) สามารถตัดสินใจเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้</p> <p>3) สามารถออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคของตนเองได้</p> <p>4) สามารถออกกำลังกายตามขั้นตอนที่ถูกต้องได้</p> <p>5) สามารถประเมินผลการออกกำลังกายของตนเองได้</p>	<p>3: ปฏิบัติครบทุกข้อ</p> <p>2: ปฏิบัติ3-4 ข้อ</p> <p>1: ปฏิบัติ1-2 ข้อ</p> <p>0: ปฏิบัติไม่ได้</p>
<p>3. ความสามารถในการจัดการด้านอารมณ์</p> <p>1) สามารถประเมิน/เข้าใจอารมณ์ตนเองได้</p> <p>2) สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมได้</p> <p>3) สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้</p> <p>4) สามารถประเมินผลการจัดการอารมณ์ของตนเองได้</p>	<p>3: ปฏิบัติครบทุกข้อ</p> <p>2: ปฏิบัติ2-3 ข้อ</p> <p>1: ปฏิบัติ1 ข้อ</p> <p>0: ปฏิบัติไม่ได้</p>
<p>3. ความสามารถในการไม่สูบบุหรี่</p> <p>1) สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการได้รับควันบุหรี่/สูบบุหรี่ได้</p> <p>2) สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงในการได้รับควันบุหรี่/สูบบุหรี่ได้</p> <p>3) สามารถงด/เลิกสูบบุหรี่ได้</p>	<p>3: ปฏิบัติครบทุกข้อ</p> <p>2: ปฏิบัติ2 ข้อ</p> <p>1: ปฏิบัติ1 ข้อ</p> <p>0: ปฏิบัติไม่ได้</p>
<p>4. ความสามารถในการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</p>	<p>3: ปฏิบัติครบทุกข้อ</p> <p>2: ปฏิบัติ2 ข้อ</p>

ประเด็นการพิจารณา	เกณฑ์
1) สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ 2) สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงในการดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ 3) สามารถงด/เลิกการดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้	1: ปฏิบัติ1ข้อ 0: ปฏิบัติไม่ได้
5. ความสามารถในการดูแลการกินยาของตนเอง 1) สามารถวางแผนการรับประทานยาของตนเอง/ หรือ มีผู้ดูแลการกินยาได้ 2) สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ 3) สามารถรับการรักษาตามนัดหรือพบแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีที่มีการผิดปกติ 4) สามารถจัดยารับประทานถูกต้อง/หรือมีผู้ดูแลตามแพทย์สั่งได้ 5) สามารถประเมินอาการตนเองได้	3: ปฏิบัติครบทุกข้อ 2: ปฏิบัติ3-4 ข้อ 1: ปฏิบัติ1-2 ข้อ 0: ปฏิบัติไม่ได้

3.2 แบบประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล

ประเด็นการพิจารณา	เกณฑ์
1. ความสามารถในการดูแลการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค 1) ผู้ดูแลสามารถวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้ 2) ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกซื้อ/จัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้ 3) ผู้ดูแลสามารถประกอบอาหาร/จัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้ 4) ผู้ดูแลสามารถดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้ 5) ผู้ดูแลสามารถประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยได้	3: ปฏิบัติครบทุกข้อ 2: ปฏิบัติ3-4 ข้อ 1: ปฏิบัติ1-2 ข้อ 0: ปฏิบัติไม่ได้
2. ความสามารถในการดูแลการออกกำลังกายของ	3: ปฏิบัติครบทุกข้อ

ประเด็นการพิจารณา	เกณฑ์
<p>ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>1) ผู้ดูแลสามารถวางแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้</p> <p>2) ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้</p> <p>3) ผู้ดูแลสามารถเลือกหรือแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้</p> <p>4) ผู้ดูแลสามารถดูแลการออกกำลังกายของผู้ป่วยตามขั้นตอนที่ถูกต้องได้</p> <p>5) ผู้ดูแลสามารถประเมินผลการออกกำลังกายของผู้ป่วยได้</p>	<p>2: ปฏิบัติ3-4 ข้อ</p> <p>1: ปฏิบัติ1-2 ข้อ</p> <p>0: ปฏิบัติไม่ได้</p>
<p>3. ความสามารถในการดูแลการจัดการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย</p> <p>1) ผู้ดูแลสามารถประเมินเข้าใจอารมณ์ของผู้ป่วยได้</p> <p>2) ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจแนะนำวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้</p> <p>3) ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยจัดการอารมณ์ตนเองได้</p> <p>4) ผู้ดูแลสามารถประเมินผลการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยได้</p>	<p>3: ปฏิบัติครบทุกข้อ</p> <p>2: ปฏิบัติ2-3 ข้อ</p> <p>1: ปฏิบัติ1 ข้อ</p> <p>0: ปฏิบัติไม่ได้</p>
<p>4. ความสามารถในการดูแลการไม่สูบบุหรี่ของผู้ป่วย</p> <p>1) ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการได้รับควันบุหรี่/สูบบุหรี่ของผู้ป่วยได้</p> <p>2) ผู้ดูแลสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงในการได้รับควันบุหรี่/สูบบุหรี่ของผู้ป่วยได้</p> <p>3) ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยงด/เลิกสูบบุหรี่ได้</p>	<p>3: ปฏิบัติครบทุกข้อ</p> <p>2: ปฏิบัติ2 ข้อ</p> <p>1: ปฏิบัติ1 ข้อ</p> <p>0: ปฏิบัติไม่ได้</p>
<p>5. ความสามารถในการดูแลการไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย</p> <p>1) ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยได้</p> <p>2) ผู้ดูแลสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงใน</p>	<p>3: ปฏิบัติครบทุกข้อ</p> <p>2: ปฏิบัติ 2 ข้อ</p> <p>1: ปฏิบัติ1 ข้อ</p> <p>0: ปฏิบัติไม่ได้</p>

ประเด็นการพิจารณา	เกณฑ์
การต้มสุรา/เครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยได้ 3) ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วย งด/เลิกการต้มสุรา/ เครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ได้	
6. ความสามารถในการดูแลการกินยาของผู้ป่วย 1) ผู้ดูแลสามารถวางแผนการกินยาของผู้ป่วยได้ 2) ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ 3) ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยรับการรักษาตามนัด หรือพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีที่มีอาการ ผิดปกติได้ 4) ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยจัดยารับประทาน ถูกต้องตามแพทย์สั่งได้ 5) ผู้ดูแลสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้	3: ปฏิบัติครบทุกข้อ 2: ปฏิบัติ 3-4 ข้อ 1: ปฏิบัติ 1-2 ข้อ 0: ปฏิบัติไม่ได้

ชุดที่ 4. เครื่องมือประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรง สนับสนุน ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ฉบับ ดังนี้

4.1 แบบประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน สำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง

1. แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

2. ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการตระหนักรู้ (A)					
1. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสหวาน					
2. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมัน					
3. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสเค็ม					
4. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพของการรับประทานผักและผลไม้					
5. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของการดื่ม ชา กาแฟ					
6. ข้าพเจ้าตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค					
7. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลดีของการจัดการอารมณ์ตนเอง					
8. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
9. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพต่อสุขภาพของการไม่สูบบุหรี่					
10. ข้าพเจ้าตระหนักถึงผลดีของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
11. ข้าพเจ้าตระหนักถึงประโยชน์การรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง					
12. ข้าพเจ้าตระหนักถึงผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
2.กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนา (D)					
1. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะลดการรับประทานอาหารรสหวาน					
2. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะลดการรับประทานอาหารมัน					
3. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะลดการรับประทานอาหารรสเค็ม					
4. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้เพียงพอ					
5. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะงดการดื่ม ชา กาแฟ					

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะออกกำลังกายที่เหมาะสม					
7. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะมีการจัดการอารมณ์ตนเองได้					
8. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
9. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะงดสูบบุหรี่					
10. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
11. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง					
12. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
3.กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน (R)					
1. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะลดการรับประทานอาหารหวาน					
2. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะลดการรับประทานอาหารมัน					
3. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะลดการรับประทานอาหารเค็ม					
4. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้เพียงพอ					
5. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะงดการดื่ม ชา กาแฟ					
6. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะออกกำลังกายที่เหมาะสม					
7. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างให้มีการจัดการอารมณ์ตนเองได้					
8. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างในการเลิกดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
9. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะงดสูบบุหรี่					
10. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
11. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง					

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
12. ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน					

4.2 แบบประเมินความตระหนักรู้ ความปรารถนา และการเสริมแรงสนับสนุน สำหรับผู้ดูแล

คำชี้แจง

1. แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

2. ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ปวย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดแสดงความคิดเห็นโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ ปีเดือน

3. สถานภาพสมรส

โสด

สมรส

หย่าร้าง

หย่าร้าง

แยกกันอยู่

อื่นๆ

4. วุฒิการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียนหนังสือ

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

อนุปริญญา/ ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

- เกษกรกร รับจ้าง
- พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน ค้าขาย
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อยู่บ้านไม่ได้ทำอาชีพแม่บ้าน
- อื่นๆ.....

6. รายได้รายเดือน.....บาท

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ตอนที่ 2 แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล(ADKAR MODEL)

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
มาก	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ (A)					
13. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยหากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีรสหวาน					
14. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยหากให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมัน					
15. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยหากให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม					

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
16. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยหากให้ผู้ป่วยรับประทานผักและผลไม้					
17. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยหากให้ผู้ป่วยดื่ม ชา กาแฟ					
18. ข้าพเจ้าตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับของผู้ป่วยในการดูแลให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค					
19. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยหากให้ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ตนเอง					
20. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพหากให้ผู้ป่วยมีการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
21. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยหากให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่					
22. ข้าพเจ้าตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
23. ข้าพเจ้าตระหนักถึงประโยชน์ในการให้ผู้ป่วยไปรับการรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง					
24. ข้าพเจ้าตระหนักถึงประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
2.กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนา (D)					
13. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะควบคุมการรับประทานอาหารที่มีรสหวานของผู้ป่วย					
14. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะควบคุมการรับประทานอาหารมันของผู้ป่วย					
15. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะควบคุมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มของผู้ป่วย					
16. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะส่งเสริมการรับประทานผักและผลไม้ให้เพียงพอของผู้ป่วย					
17. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะควบคุมการดื่ม ชา กาแฟของผู้ป่วย					
18. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม					
19. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะดูแลให้ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ตนเองได้					

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
20. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย					
21. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะดูแลให้ผู้ป่วยงดการสูบบุหรี่					
22. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะดูแลให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
23. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะดูแลให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง					
24. ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
3.กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน (R)					
13. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน					
14. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะลดการรับประทานอาหารมัน					
15. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม					
16. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้เพียงพอ					
17. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะงดการดื่ม ชา กาแฟ					
18. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะออกกำลังกายที่เหมาะสม					
19. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการจัดการอารมณ์ตนเองได้					
20. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยในการงดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
21. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยในการงดสูบบุหรี่					
22. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามคำสั่งแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
23. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะไปรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง					
24. ข้าพเจ้าสนับสนุนผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน					

ชุดที่ 5. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ADKAR) สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน

คำชี้แจง

1. ประเด็นการสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

2. ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อชุมชน

1. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความตระหนักรู้/การรับรู้

1.1 ท่านตระหนักรู้ถึงปัญหาโรคความดันโลหิตสูง (ต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อสังคม) หรือไม่ อย่างไร

1.2 ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีผลกระทบอย่างไร (ต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อสังคม)

1.3 ท่านมีมุมมองต่อการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร

1.4 ท่านจะมีวิธีการอย่างไรในการสร้างความตระหนัก/การรับรู้ต่อปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างไร

1.5 ท่านมีเหตุผลอย่างไรในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงตามข้อ 1.4

2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปรารถนา

2.1 ท่านต้องการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน หรือไม่ อย่างไร

2.2 ท่านมีแรงจูงใจอย่างไรในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

3. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้

3.1 ท่านมีองค์ความรู้ที่ใช้ในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันอะไรบ้าง

3.2 ท่านคิดว่าท่านยังขาดองค์ความรู้/หรือต้องการองค์ความรู้อะไรในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง

3.3 ท่านต้องการใช้ทรัพยากรด้านการให้ความรู้และการฝึกอบรมอะไรบ้าง

อย่างไร

4. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความสามารถ

4.1 ท่านมีทักษะ/ความสามารถในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง
อะไรบ้าง อย่างไร

4.2 ท่านคิดว่าท่านยังขาดทักษะ/ความสามารถ/หรือท่านต้องการจะพัฒนา
ทักษะ/ความสามารถในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง
อะไรบ้าง อย่างไร

4.3 ท่านต้องการทรัพยากรที่จะสนับสนุนการพัฒนาทักษะ/ความสามารถในการ
จัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง
อะไรบ้าง อย่างไร

5. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการเสริมแรงสนับสนุน

5.1 ชุมชนมีระบบการสนับสนุนในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงอย่าง
ยั่งยืนในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน อย่างไร

5.2 ชุมชนมีระบบการติดตามประเมินผลการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูง
ในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน อย่างไร

5.3 ชุมชนต้องการ ระบบการสนับสนุน ระบบการติดตามประเมินผล การจัดการ
ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน
อะไรบ้าง อย่างไร

ชุดที่ 6. แบบประเมินพฤติกรรม 3อ.2ส.1ย.

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน

2. ข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดแสดงความคิดเห็นโดยการทำเครื่องหมาย/ ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ ปีเดือน

3. สถานภาพสมรส

โสด

สมรส

หม้าย

หย่าร้าง

แยกกันอยู่

อื่นๆ

4. วุฒิกการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียนหนังสือ

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

อนุปริญญา/ ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

เกษตรกร

รับจ้าง

พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน

ค้าขาย

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อยู่บ้านไม่ได้ทำอาชีพ/แม่บ้าน

อื่นๆ.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....
บาท
- 7 ผลการตรวจสุขภาพเบื้องต้น
น้ำหนักกิโลกรัม ส่วนสูง ซม.
รอบเอว..... ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท
- 8 การมีภาวะแทรกซ้อน
 ไม่มี มี ระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ(3อ.2ส.1ข.)

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่อง ที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยพิจารณาเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ = ปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ (6-7 ครั้ง/สัปดาห์)
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นครั้งคราว = ปฏิบัติเป็นครั้งคราวหรือนานๆ ครั้ง (3 ครั้ง/สัปดาห์)
 ปฏิบัตินานๆครั้ง = ปฏิบัติน้อยมากจนถึงไม่ปฏิบัติเลย (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
 ไม่เคย = ไม่ปฏิบัติเลย

การปฏิบัติพฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านรับประทานขนมหวานต่างๆเช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเค้ก คุกกี้ ขนมปังหรืออื่นๆ					
2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน หรืออื่นๆ					
3. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน ลำไย หรืออื่นๆ					
4. ในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อท่านเติมน้ำตาลเพิ่ม					
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีการปรุงด้วยกะทิ เช่นแกงเผ็ด แกงคั่ว มัสมั่น หรืออื่นๆ					

การปฏิบัติพฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	นานๆครั้ง	ไม่เคย
6. ท่านอื่นๆ เช่น เนื้อหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังกุ้ง คอหมูย่าง เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก หรืออื่นๆ					
7. ท่านรับประทานอาหารผัดหรือทอด เช่นลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ทอด หรืออื่นๆ					
8. ในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อท่านเติมน้ำปลา/เกลือ/ซีอิ๊วซอส					
9. ท่านรับประทานอาหารแปรรูปหรือผ่านการถนอมอาหาร เช่น อาหารกระป๋อง ขนมกรุบกรอบ บะหมี่/โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า หรืออื่นๆ					
10. ท่านรับประทานอาหารผักและผลไม้สดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม					
11. ท่านดื่ม ชา กาแฟ					
12. ท่านออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน เดิน ล้างรถ หรืออื่นๆ					
13. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน					
14. ท่านใช้แรงมากๆเช่น ยกของหนัก ชูด ลาก ดึงดันของหนัก					
15. เมื่อท่านเกิดปัญหา ท่านจะทำใจให้สงบ และค่อยๆหาทางแก้ปัญหา					
16. เมื่อท่านเครียด/หงุดหงิด/วิตกกังวล ท่านสามารถผ่อนคลายได้					
17. เวลาที่ท่านมีปัญหามาสบายใจท่านจะพูดคุยปรึกษาหรือปรับทุกข์กับญาติหรือบุคคลที่ท่านไว้วางใจ					
18. ท่านนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ					
19. ท่านดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					

การปฏิบัติพฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	นานๆครั้ง	ไม่เคย
20. ท่านสูบบุหรี่ สูดควันบุหรี่ หรือใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่					
21. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
22. ท่านลืมนับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง					
23. ท่านปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว แขนขาชา					
24. ท่านไปรับการรักษตามนัดหรือพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีที่มีอาการผิดปกติ					

ชุดที่ 7 แบบถอดบทเรียน (After Action Review : AAR)

1. ด้านปัจจัยนำเข้า

- 1.1 บุคลากร.....
- 1.2 งบประมาณ.....
- 1.3 วัสดุอุปกรณ์.....

2. ด้านกระบวนการ

- 2.1 การวางแผน (AIC).....
- 2.2 กิจกรรมการดำเนินการกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR).....

3. ด้านผลผลิต

- 3.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(ADKAR).....
- 3.2 พฤติกรรม 3อ. 2ส. 1 ย.....
- 3.3 การควบคุมระดับความดันโลหิต.....

4. สิ่งที่ท่านจะได้รับจากการดำเนินกิจกรรมโครงการมีอะไรบ้าง.....

5. สิ่งใดบ้างที่โครงการสามารถสร้างประโยชน์แก่ชุมชน.....

6. สิ่งใดบ้างที่โครงการยังไม่สามารถทำได้.....

7. ความประทับใจหรือสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง.....

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการมีอะไรบ้าง.....
9. แนวทางการแก้ไขในอนาคตควรทำอย่างไร.....
10. แนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินโครงการเป็นอย่างไรบ้าง.....





ภาคผนวก ข
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.ดร.รัชนก คชไกร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ.ดร.สมสมัย รัตนกรีกากุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รศ.ดร.ฉัสนา ประเสริฐสิน. สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ดร.เมทนี ระดาบุตร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
5. กาญจนา.พว.อนุตริยะ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร





ภาคผนวก ค
แผนปฏิบัติการ

แผนงาน/โครงการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
บ้านคลองขวางหมู่ที่ 3 ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

แผนงาน/ โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่ม เป้าหมาย	พื้นที่ ดำเนินการ	ตัวชี้วัด (KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1.โครงการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ ผู้ป่วยโรค ความดัน โลหิตสูง	1.เพื่อให้ กลุ่มเป้าหมาย มีความรู้เกี่ยวกับ โรคความดัน ความดันโลหิต สูง การปฏิบัติตัว ตามหลัก 3 อ. 2 ส. 1 ย 2.เพื่อให้ กลุ่มเป้าหมาย มีความตระหนัก และความ ต้องการในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย	1.กลุ่มผู้ป่วย โรคความ โลหิตสูง จำนวน 15 คน 2.กลุ่มผู้ดูแล ผู้ป่วยโรค ความโลหิต สูง จำนวน 15 คน รวม 30 คน	หมู่ที่ 3 ตำบลคลอง ขวาง	1. กลุ่มเป้าหมายที่ เข้ารับการอบรมมี ความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันความดัน โลหิตสูง การปฏิบัติ ตัว 3 อ. 2 ส. 1 ย เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ร้อยละ 90 2. กลุ่มเป้าหมายมี ความตระหนักและ ความต้องการใน การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย โดยมี ค่าเฉลี่ยของความ ตระหนักและความ	1.เสนอ โครงการเพื่อ ขออนุมัติจาก กองทุน หลักประกัน สุขภาพ ท้องถิ่น องค์กร บริหารส่วน ตำบล คลองขวาง 2.ประสาน หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องใน การจัด	1 กรกฎาคม 2564 - 30 กันยายน 2564	ใช้ งบประมาณ จากกองทุน หลักประกัน สุขภาพ ท้องถิ่น องค์กร บริหารส่วน ตำบล คลองขวาง โดยมี รายละเอียด ดังนี้ 1. ค่าอาหาร กลางวัน อาหารว่าง	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ตัวชี้วัด (KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
	3. เพื่อให้ กลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย ที่ ถูกต้อง	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ต้องการเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 90 3. กลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย โดยมี ค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 90	กิจกรรม โครงการ 3. จัดทำ แผนการ รณรงค์ (ปฏิทิน รณรงค์) และ ดำเนินการ ตามแผนที่ได้ กำหนดไว้ใน แต่ละเดือน 4. จัดอบรม ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ 4.1 กิจกรรม การเรียนรู้ ประสบการณ์ ที่ประสบ ผลสำเร็จ		และ เครื่องสีมัน จัดกิจกรรม อบรม จำนวน 30 คน x80 บาท x 3 มือ เป็นเงิน 7,200 บาท 2. ค่า วิทยากร อบรม 6 ชั่วโมง ๆ ละ 800 บาท เป็นเงิน 3,600 บาท รวมเป็นเงิน 10,800 บาท	

แผนงาน/ โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่ม เป้าหมาย	พื้นที่ ดำเนินการ	ตัวชี้วัด (KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ (หนังสือ แปดร้อย บาทถ้วน)	ผู้รับผิดชอบ
					(ประเมิน ตนเอง) 4.2 กิจกรรม เป้าหมายของ ฉัน 4.3 กิจกรรม อบรมให้ ความรู้เรื่อง การจัดการ เรื่อง ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย 4.4 กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ใน ผู้ป่วยและ ผู้ดูแล ทุก 2 เดือน จำนวน 2 ครั้ง			

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ตัวชี้วัด (KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
					5. จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้ป่วยและผู้ดูแล 6. จัดทำแบบบันทึกประเมินตนเองของผู้ป่วย (Home OP) ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วย ดำเนินการในทุก ๗ วัน 7. ทบทวนสุขภาพทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกวัน 8. ทบทวนสุขภาพเยี่ยมบ้าน			

แผนงาน/ โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่ม เป้าหมาย	พื้นที่ ดำเนินการ	ตัวชี้วัด (KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
					<p>และประเมิน พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคใน การ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 9. จัดประกวด บุคคลต้นแบบ ที่สามารถ ปฏิบัติตัวได้ ถูกต้องและ สามารถ ควบคุมความ ดันโลหิตได้ 10. ติดตาม ประเมินผล และรายงาน</p>			

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ตัวชี้วัด (KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
2.โครงการ ติดตามและ เฝ้าระวัง พฤติกรรม สุขภาพ ผู้ป่วยโรค ความดัน โลหิตสูง ในชุมชน	1. เพื่อให้ กลุ่มเป้าหมาย การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย ที่ ต่อเนื่องและ ยั่งยืน 2. เพื่อให้มีการ สุขภาพดี ความ ต่อเนื่องในการ ติดตามและเฝ้า ระวังพฤติกรรม สุขภาพผู้ป่วยโรค ความดันโลหิต สูงในชุมชน	1.กลุ่มผู้ป่วย โรคความ โลหิตสูง จำนวน 15 คน 2.กลุ่มผู้ดูแล ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิต สูง จำนวน 15 คน 3. ทีมจัดการ สุขภาพ จำนวน 10 คน รวม 40 คน	หมู่ที่ 3 ตำบลคลอง ขวาง	1. กลุ่มเป้าหมายมี การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ย ที่ต่อเนื่อง และยั่งยืนอย่าง น้อยร้อยละ 90 2. ทีมจัดการสุขภาพมี ความต่อเนื่องในการ ติดตามและเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน เป็นไปตามแผน	ผลการ ดำเนินงาน 1. จัดการ อบรม พัฒนาการ เสริมสร้าง พลังอำนาจ ชุมชนให้กับ ทีมจัดการ สุขภาพ 2. ทีมจัดการ สุขภาพเยี่ยม บ้านและให้ คำปรึกษา ผู้ป่วย เดือน ละ 1 ครั้ง 3. ทีมจัดการ สุขภาพจัด ประชุม แลกเปลี่ยน	1 กรกฎาคม 2564 - 31 ธันวาคม 2564	ใช้ งบประมาณ จากกองทุน หลักประกัน สุขภาพ ท้องถิ่น องค์การ บริหารส่วน ตำบล คลองขวาง โดยมี รายละเอียด ดังนี้ 1. ค่าอาหาร กลางวัน อาหารว่าง และ เครื่องดื่มวัน	ทีมจัดการสุขภาพชุมชน

แผนงาน/ โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่ม เป้าหมาย	พื้นที่ ดำเนินการ	ตัวชี้วัด (KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
					เรียนรู้ในการ ดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง 4. ดำเนิน กิจกรรมกลุ่ม เพื่อนช่วย เพื่อนเดือนละ 1 ครั้ง		จัดกิจกรรม อบรม จำนวน 30 คน x80 บาท x 1 สื่อ เป็นเงิน 2,400 บาท 2. ค่า วิทยากร อบรม 8 ชั่วโมง ๑๐๐ 600 บาท เป็นเงิน 3,600 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท (หกพันบาท ถ้วน)	



ภาคผนวก ง

ความสอดคล้องเชิงเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (IOC)

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

1.แบบสนทนากลุ่มเรื่องระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน

ข้อความคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่1	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่3	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่4	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่5	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่7	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่8	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่9	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่10	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่11	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่12	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่13	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งหมด						.93	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

2.แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล
)ADKAR)สำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน

ข้อความ	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่1	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่3	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่8	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่9	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่10	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่11	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่12	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่13	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 14	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 15	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 16	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งฉบับ						.96	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

3.แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
สำหรับผู้ดูแล

ข้อคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 3	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 8	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 9	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 10	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 11	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 12	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 13	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 14	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 15	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 16	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งหมด						.96	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

4.แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล) ADKAR)สำหรับผู้ดูแล

ข้อความคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 3	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 8	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 9	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 10	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 11	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 12	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 13	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 14	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 15	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 16	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 17	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 18	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 19	1	1	1	1	1	1	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

4.แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล) ADKAR)สำหรับผู้ดูแล

ข้อคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 20	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 21	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 22	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 23	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 24	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 25	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 26	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 27	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 28	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 29	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 30	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 31	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 32	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 33	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 34	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 35	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 36	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 37	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 38	1	1	1	1	1	1	✓		

ข้อคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 39	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 40	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 41	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 42	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 43	1	1	1	1	1	1	✓		
						.99	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

5.แบบประเมินความรู้ในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล)ADKAR)สำหรับผู้ดูแล

ข้อความ	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 2	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 3	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 8	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 9	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 10	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 11	1	1	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 12	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 13	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 14	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 15	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งหมด						.89	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

6.แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล)ADKAR)สำหรับผู้ดูแล

ข้อความ	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 3	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งหมด						1	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

7.แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล) ADKAR)สำหรับผู้ป่วย

ข้อความคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 3	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 8	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 9	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 10	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 11	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 12	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 13	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 14	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 15	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 16	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 17	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 18	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 19	1	1	1	1	1	1	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

7. แบบประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล) ADKAR) สำหรับผู้ป่วย

ข้อความ	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 20	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 21	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 22	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 23	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 24	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งหมด						1	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

8.แบบประเมินความรู้ในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล)ADKAR)สำหรับผู้ป่วย

ข้อคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 2	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 3	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 8	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 9	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 10	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 11	1	1	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 12	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 13	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 14	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 15	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งฉบับ						.89	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

9.แบบประเมินความสามารถในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล)ADKAR)สำหรับผู้ป่วย

ข้อความ	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 3	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งหมด						1	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

10.แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องการจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
สำหรับผู้ป่วย

ข้อคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 3	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 8	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 9	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 10	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 11	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 12	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 13	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 14	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งหมด						.95	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

11.แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพ (3๐.2 ส. 1 ย.)สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 2	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 3	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 4	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 8	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 9	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 10	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 11	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 12	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 13	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 14	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 15	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 16	1	0	1	1	1	.80	✓		
ข้อที่ 17	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 18	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 19	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 20	1	1	1	1	1	1	✓		

ข้อคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 21	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 22	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 23	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 24	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 25	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 26	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 27	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 28	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 29	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 30	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 31	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 32	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งหมด						.96	✓		

ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์)IOC(

12.ประเด็นถอดบทเรียน

ข้อคำถาม	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
							ใช้ได้	ใช้ไม่ได้	
ข้อที่ 1	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 2	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 3	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 4	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 5	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 6	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 7	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 8	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 9	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 10	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 11	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 12	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 13	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 14	1	1	1	1	1	1	✓		
ข้อที่ 15	1	1	1	1	1	1	✓		
ทั้งฉบับ						1	✓		



ภาคผนวก จ

ผลการประชุม AIC

ขั้นตอน	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
A-1 สภาพความเป็นจริง	<p>1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเอง และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรค</p> <p>2. ไม่สามารถควบคุมอาการ</p> <p>3. รับประทานอาหารที่หมาะสมกับโรคได้</p> <p>4. ยังไม่มีพฤติกรรมการ</p> <p>5. รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม</p> <p>6. เนื่องจากมีความคิดเป็นนิสัย และต้องกินร่วมกับครอบครัว จึงต้องรับประทานอาหารที่รสหวานมันเค็ม</p> <p>7. ครอบครัวชอบ</p> <p>8. ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้ มีน้ำหนักเกินเกณฑ์</p> <p>9. ไม่ออกกำลังกาย</p> <p>10. มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่</p> <p>11. มีพฤติกรรมการดื่มสุรา</p>	<p>1. ผู้ดูแลพยายามจัดอาหารลดหวาน มัน เค็ม ให้ผู้ป่วยรับประทาน</p> <p>2. เมื่อเพิ่มปริมาณผักผลไม้ในอาหาร แต่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านอาการปวดท้อง</p> <p>3. ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย</p> <p>4. ผู้ดูแลช่วยกระตุ้นเรื่องการรับประทานอาหารลด หวาน มัน เค็ม ในผู้ป่วย การไปหาหมอตามนัด</p> <p>5. ผู้ป่วยดื่มกินยา</p> <p>6. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>7. ผู้ป่วยดื่มชาดอยา / รับประทาน</p> <p>8. ผู้ป่วยไม่ไปตรวจตามนัด</p>	<p>1. มีการคัดกรองของในทุกปี พบผู้ป่วย HT เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่เมื่อเราเจอกลุ่มเสี่ยง จนท. ยังไม่สามารถทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนได้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>3. จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่เพียงพอภาระงาน</p> <p>4. ผู้ป่วย HT เป็นผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล หรืออยู่คนเดียว</p> <p>5. จนท. ยังไม่แรงจูงใจไม่เพียงพอในการทำงานเชิงรุก</p> <p>6. อดการทำงานเป็นทีม (จนท. มอบหมายงานให้ อดม. รับผิดชอบดูแล</p>	<p>1. ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเอง และอาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆที่เหมาะสมกับโรคได้</p> <p>3. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของออกกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การไปตรวจตามนัด และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางกายภาพและสาธารณสุข</p> <p>4. ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง</p> <p>5. ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง</p> <p>6. ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง</p>

ขั้นตอน	ผู้เกี่ยวข้อง	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
<p>7. สัมภาษณ์ประชาชนอย่างเป็นบางครั้ง</p> <p>8. ไม่ไปรับการตรวจตามนัด</p> <p>9. ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>10. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้มีสุขภาพดีขึ้น</p> <p>11. การที่มีสุขภาพดีขึ้น อากาศของโรคดีขึ้น เพราะมีบุคลากรช่วยกระตุ้น คอยดูแล</p> <p>12. ไม่สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้</p> <p>14. นิสัยการบริโภคอาหารปรับเปลี่ยนอยาก</p>			<p>แทน ทำให้ จันท. มีการติดตามประเมินผล ได้ครอบคลุม</p> <p>7. ในสถิติบริการเน้นการรักษาโรคโดยการรักษา ไม่ได้เน้นการทำการกิจกรรมในรูปแบบอื่นๆที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้</p> <p>8. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย HT ยังไม่ต่อเนื่อง ครอบคลุมเท่าที่ควร</p> <p>9. จันท. แต่ละคนมีความหลากหลายในวิชาชีพ ทำให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมือนกัน</p> <p>10. ทีมสุขภาพยังมีศักยภาพไม่เพียงพอ</p> <p>11. ทีมงานขาดความพร้อม ขาดแรงจูงใจ</p>	<p>4. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค มีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ มีนงง มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน</p> <p>5. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>7. ผู้ป่วยขาดครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพโรค</p> <p>6. ผู้ดูแลเห็นถึงปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมกับโรคได้</p> <p>7. ผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการกระตุ้นเตือนการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>8. ทีมสุขภาพชุมชนยังไม่สามารถดำเนินการจัดการปัญหาได้อย่างครอบคลุม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน</p>

ขั้นตอน	ผู้ช่วย	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
	<p>13. มีอาการรวมของโรค เช่น เวียนศีรษะ มึนงง ทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน</p> <p>14. มีภาวะแทรกซ้อนหลายโรค</p> <p>15. ขาดความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>16. ขาดคนรอบข้างคอยกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพโรค</p>			<p>โดยitung การปฏิบัติงานเชิงรุก (การเยี่ยมบ้านผู้ช่วย) การจัดบริการในคลินิก การประเมินผล</p> <p>9. ทีมสุขภาพยังขาดความรู้ความสามารถ ความพร้อม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน</p> <p>10. ขาดการทำงานเป็นทีมในการให้บริการเชิงรุก โดยเน้น อสม. ในการบริการเชิงรุก</p> <p>11. ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p>
<p>A-2</p> <p>ภาพที่</p> <p>มุ่งหวัง</p>	<p>1. ผู้ป่วยสามารถควบคุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้</p> <p>2. ยากให้คนในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง</p>	<p>1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเช่น โรคไตวาย</p> <p>2. ผู้ป่วยลดน้ำหนักลงอย่างน้อย 5 กิโลกรัม</p> <p>3. ผู้ป่วยสามารถลดการกินยาได้ถึง</p> <p>4. ลดการใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียม</p>	<p>1. กลุ่มปกติไม่เป็นที่สนใจ</p> <p>กลุ่มเสี่ยงไม่เป็นที่สนใจ กลุ่มป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2. ชุมชนมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>3. ชุมชนให้ความร่วมมือใน</p>	<p>1. ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ (ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผักปลา)</p> <p>2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ</p>

ขั้นตอน	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
<p>3. อยากให้ครอบครัวอบอุ่นเข้าด้วยกัน</p> <p>4. อยากมีการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>5. สามารถจัดการอารมณ์ได้ไม่มีความเครียด</p> <p>6. สามารถลดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้</p> <p>7. ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>8. อยากให้มีสุขภาพแข็งแรง</p> <p>9. อยากให้อายุยืน</p> <p>10. สามารถลดน้ำหนักได้ 5 กิโลกรัม</p> <p>11. เน้นการรับประทานผัก ปลา</p> <p>12. เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ชา กาแฟ</p>	<p>5. ทาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>6. ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>7. หากิจกรรมที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มที่ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนกัน คลายเครียด</p> <p>8. ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง</p> <p>9. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>4. เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคน</p> <p>5. เครือข่ายในชุมชนมีความตระหนักและให้ความร่วมมือ</p> <p>6. พัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกให้ครอบคลุมทั้งเรื่องการรักษา การส่งเสริม ป้องกัน การฟื้นฟู</p> <p>7. มีการสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่</p> <p>8. ทีมสุขภาพที่มีศักยภาพ มีความใส่ใจ มีความตั้งใจในการดำเนินงาน</p>	<p>ผู้ป่วย ไม่มีอารมณ์เครียด ไม่ดูบู่หรือดื่มสุรา ชา กาแฟ ควบคุมน้ำหนักได้</p> <p>3. ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>สุขภาพแข็งแรง ลดการรับประทานยา</p> <p>4. ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเองจะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคลายความเครียดได้</p> <p>5. ประชาชนกลุ่มปกติไม่ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>6. ชุมชนมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>7. ชุมชนให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>8. เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการดูแล</p>	

ขั้นตอน	ผู้ปฎิบัติ	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
I-1 ระดม ความคิด	1. กิจกรรมการศอกอบดมอาหารที่ เหมาะสมกับโรค - ลดงดรับประทานอาหารเป็น - ลดอาหารจำพวกแป้งให้ลดลง	1. ผู้ดูแลกระตุ้นเตือนผู้ปฎิบัติ 2. ผู้ดูแลพูดคุยกับผู้ปฎิบัติอย่าง ใกล้ชิดเพื่อให้กำลังใจ	1. ชุมชน - ค้นหาปัญหาที่ก่อให้เกิดชุมชน ไม่ตระหนัก ไม่ให้ความร่วมมือ แล้ว พัฒนาส่วนขาด	ผู้ปฎิบัติความสนใจที่ตรงทุกๆคนเท่า เทียมกัน 9. เครื่องข่ายในชุมชนมีความ ตระหนักและให้ความร่วมมือในการ ดำเนินกา 10. ระบบการให้บริการ ในคลังสินค้าของ รพ.สต.มีบริการ ครอบคลุมทั้งเรื่องการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การ ฟื้นฟูสภาพ 11. เจ้าหน้าที่มีการสร้างแรงจูงใจ 12. ทีมสุขภาพที่มีความสามารถ มีความ ใจ มีความตั้งใจในการดำเนินงาน
I-1 ระดม ความคิด	1. กิจกรรมการศอกอบดมอาหารที่ เหมาะสมกับโรค - ลดงดรับประทานอาหารเป็น - ลดอาหารจำพวกแป้งให้ลดลง	1. ผู้ดูแลกระตุ้นเตือนผู้ปฎิบัติ 2. ผู้ดูแลพูดคุยกับผู้ปฎิบัติอย่าง ใกล้ชิดเพื่อให้กำลังใจ	1. ชุมชน - ค้นหาปัญหาที่ก่อให้เกิดชุมชน ไม่ตระหนัก ไม่ให้ความร่วมมือ แล้ว พัฒนาส่วนขาด	ผู้ปฎิบัติ 1. ผู้ปฎิบัติปรับตัวในเรื่องการมีความ ตระหนัก มีความตั้งใจในการ

ต้นตอ	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
<ul style="list-style-type: none"> - ลดการรับประทานอาหารประเภททอด เน้นต้ม นึ่ง ย่าง - ลดการรับประทานอาหารให้น้อยลง - ลดการใส่เครื่องปรุงอาหารที่มีโซเดียม เช่น ผงชูรส ซีอิ๊ว - เตือนภรรยาที่มีน้ำหนักเกินที่มีสุขภาพดีในการปรุงอาหาร - ลดการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง - ลดการดื่มชา กาแฟ - ลดเครื่องดื่มที่หวาน ต้ม น้ำเปล่า - ไม่กินสูบบุหรี่ - รับประทานอาหารของตนเอง - จากพฤติกรรมที่ไม่ดีสุขภาพดี - เพิ่มความใส่ใจในการดูแลตนเองมากขึ้น - พักผ่อนอย่างเพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> 3. สร้างกลุ่มติดตามการรับประทานอาหาร อาหารของผู้ป่วยเป็นการควบคุมพฤติกรรมแบบกลุ่ม 4. ผู้ดูแลช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วย 5. จัดกิจกรรมรณรงค์การรับประทานอาหาร การรับประทาน อาหารลดหวาน มัน เเค็ม 6. จัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย 7. จัดกิจกรรมเยี่ยมเช็กครัว สุ่มตรวจเกลือในเมนูอาหาร 8. ค้นหาครอบครัวต้นแบบ ในพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> 2. ผู้ป่วย - กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง ได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ผู้ป่วย ได้รับการดูแลแบบองค์รวม (การศึกษา ส่งเสริม บัณฑิต พี่นุ และ การดูแลร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ) 3. เครือข่าย - มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4. ระบบบริการ - การบริการเชิงรับ ปรับกิจกรรมการบริการคลินิกโดยที่กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - การบริการเชิงรุก จัดทีมสุขภาพที่มีศักยภาพในการให้บริการร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค 2. ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค 3. ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการอารมณ์ การรับประทานยา 4. จัดกิจกรรมเสริมแรง กระตุ้นเตือน เช่นประกวดสุขภาพ (ความดันโลหิต น้ำหนัก) ผู้ดูแล 1. ผู้ดูแลปรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ - ผู้ดูแลช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น 	

ขั้นตอน	ผู้ปวย	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
	<ul style="list-style-type: none"> - ออกกักต้งกายอย่างต่อเนือง เช่น แอโรบิค บริหารร่างกาย - มีวิธีการจัดการอารมณ์ในแบบของตนเอง - รับประทานยาให้ครบ ตรงตามเวลา - จัดกิจกรรมประกวดสุขภาพ (ความดันโลหิต น้ำหนัก) 		<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามประเมินผลในรูปแบบที่หลากหลายและทันสมัยมากขึ้น - มีการจัดการความรู้ในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง - พัฒนาศักยภาพเครือข่าย - เรื่องการจัดทำสุขภาพผู้ปวย 	<p>เรื่องการบริหารทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>พูดคุยเพื่อให่กำลังใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลกระตุ้นเตือนผู้ปวยในเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสม - จัดตั้งกลุ่มไลน์ผู้ปวย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพชุมชนเพื่อติดตามและแจ้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - จัดกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ สุ่มตรวจเกลือในเมนูอาหาร <p>เกลือในเมนูอาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค้นหา ครอบครัต้นแบบในดูแลสุขภาพ ในพื้นที่ <p>ทีมจัดการสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาปัญหาของชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการไม่ตระหนัก ไม่ให้ความร่วมมือของผู้ปวยและชุมชน

ขั้นตอน	ผู้เกี่ยวข้อง	ผู้ดูแล	ทีมคุณภาพชุมชน	สรุป
				<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพและเครือข่ายในการให้บริการผู้ป่วยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ(การจัดการสุขภาพ) - มีการจัดการความรู้ในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง - มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม(การรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิษฟู) และการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ) - มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง - ปรับรูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจัดทำกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิก

ขั้นตอน	ผู้ปฎิบัติ	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
<p>I-2</p> <p>ข้อตกลงร่วมกัน</p>	<p>1. ผู้ป่วยปรับตัวในเรื่องการมีตัวตามธรรมชาติ มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>2. ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>3. ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การออกกำลังกายที่ เหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการอารมณ์ การรับประทานยา</p>	<p>1. ผู้ดูแลปรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ</p> <p>- ผู้ดูแลช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น เรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พุดคุยเพื่อให้เกิดกำลังใจ</p> <p>- ผู้ดูแลกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสม</p> <p>- จัดตั้งกลุ่มเดินผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพชุมชนเพื่อติดตามและเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>	<p>- ค้นหาคำปัญหาของชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาที่ไม่ตระหนัก ให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ช่วยและชุมชน</p> <p>- พัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ และเครือข่ายในการให้บริการผู้ป่วยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ (การจัดการสุขภาพ)</p> <p>- มีการจัดการความรู้ในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม(การรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู) และการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ)</p>	<p>- มีการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน รูปแบบที่หลากหลายและทันสมัยมากขึ้น</p> <p>1. การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>2. การพัฒนาทักษะการจัดการสุขภาพในเรื่อง 3 อ. 2 ส. 1 ย. ในผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>3. ปรับระบบบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับของ ทีมจัดการสุขภาพ โดยมีกิจกรรมเช่น กิจกรรมของเชิดขวัญ สุ่มตรวจเลือดในเมนูอาหาร, กรู๊ปไลน์สุขภาพ เป็นต้น</p>

ขั้นตอน	ผู้ช่วย	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
4. จัดกิจกรรมเสริมแรง กระตุ้นเตือน เช่น ประกวดสุขภาพ (ความดันโลหิต น้ำหนัก)	4. จัดกิจกรรมเสริมแรง กระจุกเตือน เกือบในเมนูอาหาร	- จัดกิจกรรมของเข้าครัว สุ่มตรวจเกลือในเมนูอาหาร - ค้นหา ครอบครัวต้นแบบในดูแลสุขภาพ ในพื้นที่	- มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง - ปรับรูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจัดทำกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิก - มีการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบที่หลากหลายและทันสมัยมากขึ้น	
C-1 กำหนดพันธะสัญญา	1. นายแพทย์อินทร์แจ้ง 2. นางบังอร อิศระกุล 3. นางตมบุญ หางแก้ว 4. นายชูเกียรติ แสงจันทร์	1. นางวิภา คงสน 2. นางเยาวศ เรืองศรี 3. นางพรนิภา บัวศรี 4. นางพยอม เตื่องฟู	1. นายยุทธนา ตันตะโยธิน 2. นางสาวฉวีจิรา สกุลเรือง 3. นางสาวนภา เพ็ชรพล่า 4. นางสาวมิ่งขวัญ นรเพ็ชญ 5. นายตมภพ เนื่องวัฒนา 6. นายตมชาย จงกลกาม	ตัวแทนผู้ร่วม 1. นายแพทย์อินทร์แจ้ง 2. นางบังอร อิศระกุล 3. นางตมบุญ หางแก้ว 4. นายชูเกียรติ แสงจันทร์

ขั้นตอน	ผู้ปฎิบัติ	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
C-2 จัดทำ แผนงาน โครงการ	1.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2.โครงการติดตามและเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน	1.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2.โครงการติดตามสนับสนุนการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วย	1.โครงการติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรม สุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนโดยเครือข่ายชุมชน 2.โครงการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของ ชุมชน	ตัวแปนผู้ดูแล 1. นางวิภา คงสน 2. นางเยาวเรศ เรืองศรี 3. นางพรนิภา บัวศรี 4. นางพยอม เทื่องฟู ตัวแปนทีมสุขภาพชุมชน 1. นายยุทธนา ต้นตะโยธิน 2. นางสาวจันจิรา สกุลเรือง 3. นางสาวนปภา เพ็ชรหล้า 4. นางสาวมิ่งขวัญ นรเจริญ 5. นายสมภาพ เนื่องวัฒนา 6. นายสมชาย จงกสงาม
				โครงการสำหรับผู้ดูแลและผู้ปฎิบัติ โรคความดันโลหิตสูงคือ 1.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง

ขั้นต้น	ผู้ช่วย	ผู้ดูแล	ทีมสุขภาพชุมชน	สรุป
				<p>2.โครงการติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้ช่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน</p> <p>3.โครงการติดตามสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแลผู้ช่วย</p> <p>โครงการสำหรับทีมจัดการสุขภาพชุมชน</p> <p>1.โครงการติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้ช่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยเครือข่ายชุมชน</p> <p>2.โครงการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน</p>



ภาคผนวก จ

ภาพกิจกรรม

ทีมจัดการสุขภาพชุมชน



กิจกรรม AIC



การประชุม AAR



กิจกรรมเยี่ยมบ้านประเมินความดันโลหิต

กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้ 3อ.2ส.1ย.



กิจกรรมการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสายฝน ตันตะโยธิน
วัน เดือน ปี เกิด	8 ตุลาคม 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดนนทบุรี
วุฒิการศึกษา	ปี 2534 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์(ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ลำปาง ปี 2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ปี 2546 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2564 การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษาและพลศึกษา (การ จัดการเรียนรู้สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	11/1 หมู่ 8 ตำบลขุนศรี อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี