

Received: 3 Jun.2025, Revised: 19 Jun.2025

Accepted: 23 Jun.2025

บทความวิจัย**การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี**จุฑาทิพย์ หิตแก้ว^{1*}, เหมิกา สมบัติโยธา², สุธัทนา กลางคาร³**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 108 คน และผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ 25 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired Samples t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อายุเฉลี่ย 64.09 ปี (SD = 9.76) มีระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ย 7 ปี (SD = 5.35) โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 54.60) การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.63 ± 1.04) และหลังดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 ± 0.83 แสดงถึงการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการดำเนินงาน

ระบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ระบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิด “NAMUANG MODEL” (แนวคิด 7 ด้าน) ได้แก่ การดูแลโรค NCDs แบบบูรณาการ ความร่วมมือกับชุมชน การจัดการทรัพยากร การเสริมพลังผู้ดูแล การปรับบริการให้เหมาะสม การเชื่อมโยงเครือข่ายเทคโนโลยี และธรรมาภิบาล ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าความดันโลหิตเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาระบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ,การพัฒนากระบวนการ,ความดันโลหิตสูง ,การมีส่วนร่วม

1*นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3 รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail: pla040040@gmail.com

*Original Article***Developing a system for caring for patients among uncontrolled hypertension patients, through the participation of families and communities. Na Mueang Subdistrict, Koh Samui District ,Surat Thani Province**Chuthathip Hitkiao^{1*} Kemika Sombuteyotha² Sumattana Glangkam³**Abstract**

This participatory action research aimed to develop a care system for patients with uncontrolled hypertension through family and community involvement in Namuang Subdistrict, Koh Samui District, Surat Thani Province. The study population was divided into two groups: 108 patients with uncontrolled hypertension and 25 healthcare service organizers. Quantitative data were collected using structured questionnaires, while qualitative data were obtained through semi-structured interviews and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-tests. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that most patients were female (69.40%) with a mean age of 64.09 years (SD = 9.76). The average duration of illness was 7 years (SD = 5.35), and the main caregivers were children or grandchildren (54.60%). Family and community participation in the care of patients with hypertension was at a moderate level before the intervention (mean = 3.63 ± 1.04) and increased to a high level after the intervention (mean = 4.31 ± 0.83), indicating a significant improvement in participation.

The developed system, based on the “NAMUANG MODEL” (a seven-component approach), included integrated NCD care, community collaboration, resource management, caregiver empowerment, service adaptation, technological networking, and good governance. The analysis showed that the average blood pressure significantly decreased after implementing the system ($p < 0.001$), demonstrating its effectiveness in providing sustainable chronic disease care within the community.

Keywords: Participatory action research, system development, hypertension, participation

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

²Assistant Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³Associate Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail : pla040040@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก โดยไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงชัดเจน จึงมักถูกเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” (Silent Killer) ¹ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2021 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้เกือบ 1.3 พันล้านคน ในกลุ่มอายุ 30–79 ปี และมักไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ โดยโรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต โรคดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ²

ในประเทศไทยแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจในปี 2562–2565 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 12 ล้านคน โดยร้อยละ 45 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยหรือไม่ตระหนักเนื่องจากไม่มีอาการชัดเจน และไม่มั่นใจในความถูกต้องของการวัดความดัน ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วแต่ยังมีความดัน $\geq 140/90$ มม.ปรอท โดยข้อมูลจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2562–2566 พบอัตราผู้ป่วยควบคุมไม่ได้อยู่ระหว่างร้อยละ 44.01–58.34³ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ และการเสียชีวิต

จากข้อมูลทางสถิติของจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงเป็น อันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โดยผลการคัดกรองในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.73 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 13.92 ในปี 2565 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.55 ในปี 2566 จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 124,173 ราย ผลลัพธ์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2566 พบว่ามีเพียงร้อยละ 62.08 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ภาวะภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนจำนวนทั้งสิ้น 7,476 ราย โดยมีผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 56.88 ขณะที่ตำบลหน้าเมือง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 648 ราย มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 325 ราย ร้อยละ 50.15³ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน เป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ซึ่งพัฒนาโดย Wagner และคณะ เมื่อปี ค.ศ. 1998 มาปรับใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550⁴ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ 2) การออกแบบบริการ 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 5) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 6) การมีส่วนร่วมของชุมชนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จึงถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน โดยมุ่งหวังให้เกิดความต่อเนื่อง บูรณาการ และความยั่งยืนในการดูแลรักษา

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน เนื่องจากครอบครัวคือกลุ่มบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทานยา การออกกำลังกาย และการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ หากครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เหมาะสม ก็สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน ชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิก็สามารถมีบทบาทร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และ

สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในพื้นที่ และเป็นการเพิ่มพลังให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนจึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการให้บริการดูแลรักษา ส่งเสริม และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น และเป็นการยกระดับระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระดับชุมชน

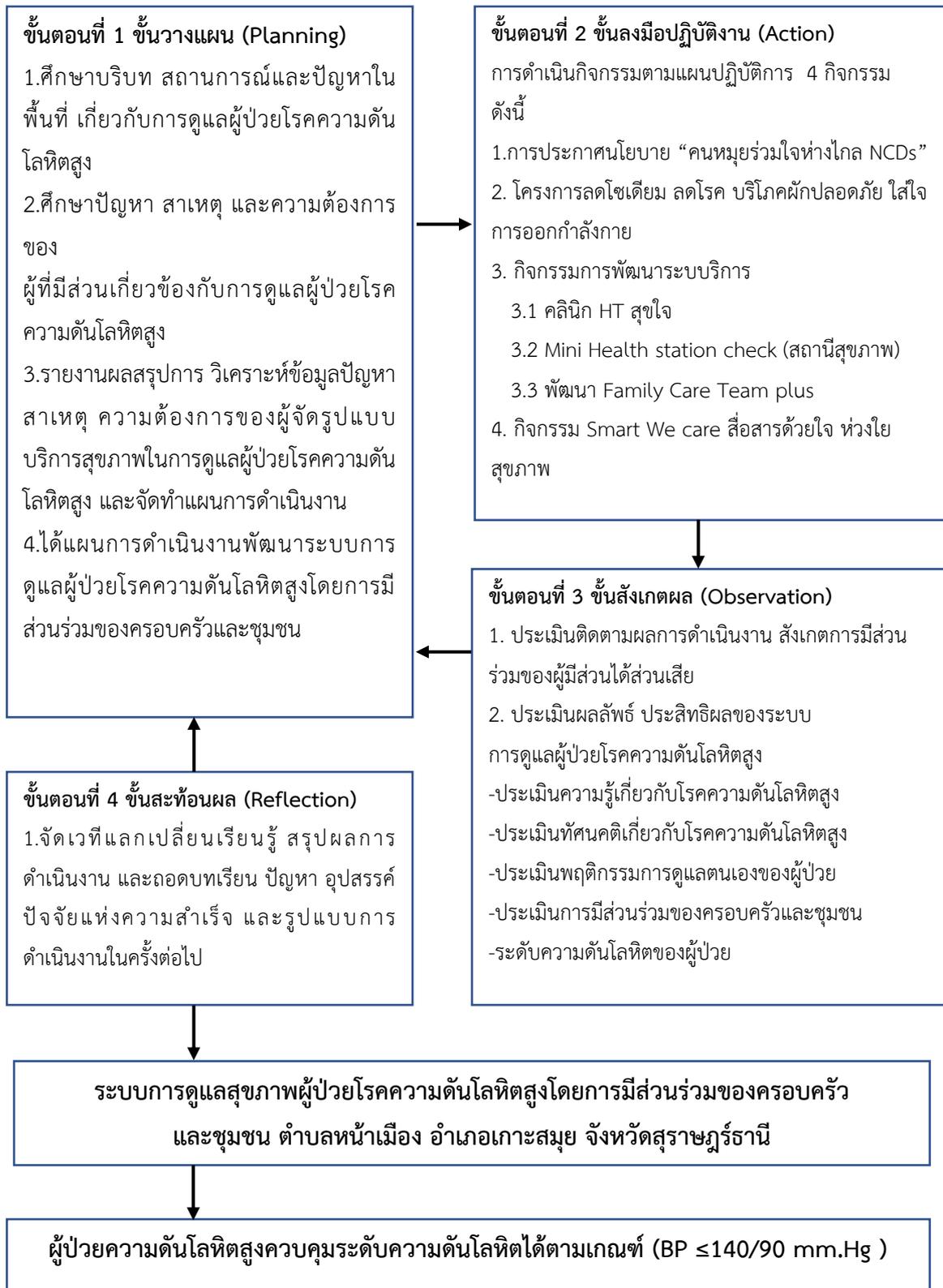
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) เป็นกรอบในการดำเนินการหลัก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติ (3) การสังเกต และ (4) การสะท้อนผล โดยมีการบูรณาการหลักของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ซึ่งพัฒนาโดย Wagner และคณะ ในการออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 108 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 30 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง รักษาด้วยการรับประทานยาและไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) 3) ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4) สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการศึกษาวิจัย 3) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ หรือขออนุญาตออกจากโครงการ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 ผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ 25 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่รพ.สต.หน้าเมือง 3 คน เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน อสม. 5 คน ญาติผู้ป่วย 10 คน และผู้นำชุมชน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก 1) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ปี 2) สื่อสารรับรู้รับฟังด้วยคำพูดและเสียงปกติ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม 4) ไม่มีสภาพความพิการหรือทุพพลภาพ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2) ลาออกหรือโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน 3) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการหรือขออนุญาตออกจากโครงการ เข้าร่วมโครงการ เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือจากการศึกษาเอกสาร ตำรา วารสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้ครอบครัวเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ จำนวน 2 ชุด

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบถูก-ผิด โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ($\geq 80\%$), ระดับปานกลาง (60–79%) และระดับต่ำ ($< 60\%$)⁵ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ผลตามเกณฑ์ของ Best (1977)⁶ ได้แก่ ทัศนคติระดับมาก (3.68–5.00), ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับน้อย (1.00–2.33) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าความถี่ 5 ระดับ วิเคราะห์ผลโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)⁶เช่นกัน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวิเคราะห์ผลตามเกณฑ์ของ Best (1977)⁶ ส่วนที่ 6 คำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้จัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหาผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำแบบสอบถามเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแล จำนวน 3 ท่าน ร่วมประเมินความสอดคล้องของข้อคำถาม หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ รพ.สต.ลพบุรี อำเภอกะสมุย จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกับ รพ.สต.หน้าเมือง และมีลักษณะกลุ่มเป้าหมายใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วนดังนี้ แบบสอบถามความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามทัศนคติเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ขั้นวางแผน (Planning) ใช้ระยะเวลาวิจัย 1 เดือน 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งข้อมูลของ รพ.สต.หน้าเมือง สสอ.กะสมุย และ สสจ.สุราษฎร์ธานี 2) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการพัฒนาระบบ โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 108 ราย ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดบริการสุขภาพในพื้นที่ 3) จัดประชุมกลุ่มสนทนาเพื่อรายงานผล วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้จัดรูปแบบบริการสุขภาพ โดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ Wagner และคณะ (1998) เป็นกรอบวิเคราะห์ 4) มีการจัดทำแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ เพื่อร่วมขับเคลื่อนแผนงานและกิจกรรมในชุมชน

ระยะที่ 2: ขั้นปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากระยะที่ 1 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมประกาศนโยบาย “คนหมุยร่วมใจห่างไกล NCDs” เพื่อสร้างการรับรู้และจุดประกายความร่วมมือในระดับชุมชน 2) โครงการลดโซเดียม ลดโรคบริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล 3) พัฒนาระบบบริการ ได้แก่ ให้บริการคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เดือนละ 2 ครั้ง (คลินิก HT สุขใจ),การจัดตั้ง Mini Health Station Check จำนวน 5 แห่ง,พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus 4) กิจกรรม Smart We Care มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ เชื่อมโยงด้วยเทคโนโลยี เช่น LINE OA, Google Forms และระบบเตือนนัด

ระยะที่ 3: ขั้นการสังเกตผล (Observation) ใช้ระยะเวลาวิจัย 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) โดยการสังเกตแบบไม่เป็นทางการ โดยมีผู้ร่วมติดตามและร่วมสังเกตการณ์ จำนวน 3 ท่าน ก่อนดำเนินการ ระหว่าง และหลังดำเนินการ ตามแผนพัฒนาระบบเพื่อประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาพร้อมรวบรวมผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 4: ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ใช้ระยะเวลาวิจัย 2 สัปดาห์ (มกราคม 2568)

- 1) จัดประชุมสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน
- 2) ประชุมถอดบทเรียนด้วยวิธีการประชุมกลุ่ม Focus Group ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อสะท้อนข้อค้นพบและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในฐานข้อมูล HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565-31 กรกฎาคม 2567 และแบบสอบถามผู้ป่วย 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured guide)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา ภายใต้เลขที่การรับรองจริยธรรม 563-479/2567 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1: ขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทและปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการพัฒนาระบบ โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพและการเก็บข้อมูลภาคสนาม ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการสุขภาพ 25 คน และมีการสนทนากลุ่มกับบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแทนผู้จัดบริการสุขภาพ 10 คน โดยใช้กรอบแนวคิด “ตัวแบบการจัดการโรคเรื้อรัง” ซึ่งพัฒนาโดย Wagner และคณะ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ พบประเด็นสำคัญ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน: ตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดความชัดเจนในการถ่ายทอดนโยบาย 2) การจัดระบบองค์กรสุขภาพ: ขาดการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง: ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และบทบาทในการดูแลตนเองต่ำ 4) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ: คลินิกโรคเรื้อรังเปิดบริการน้อย ไม่มีทีมสหสาขาและบริการเชิงรุก 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ: ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ 6) ระบบข้อมูลสุขภาพ: ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน และการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ จากผลการสนทนากลุ่ม นำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ จัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับตำบลกำหนดแผนพัฒนาระบบฯ 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ประกาศนโยบาย “คนหมุยร่วมใจห่างไกล NCDs 2) โครงการลดโซเดียม บริโภคผักปลอดภัย และส่งเสริมการออกกำลังกาย 3) การพัฒนาระบบบริการ เช่น คลินิก HT สุขใจ, Mini Health Station Check, และ Family Care Team Plus 4) กิจกรรม Smart We Care เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2: ขั้นปฏิบัติการ (Action) การดำเนินงานในระยะนี้เป็นกรนำแผนที่ได้จากระยะที่ 1 มาปฏิบัติจริงผ่าน 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) การประกาศนโยบาย “คนหมุยร่วมใจห่างไกล NCDs” จัดขึ้นในวันที่ 3 ตุลาคม 2567 โดยนายอำเภอเกาะสมุยเป็นประธานเปิดงาน ผู้เข้าร่วม ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน, อสม., เจ้าหน้าที่ รพ.เกาะสมุย, รพ.สต. และ อปท. ผลที่ได้พบว่าช่วยให้ทุกฝ่ายมีเป้าหมายร่วมกัน สร้างความมั่นใจในระบบการทำงาน และขับเคลื่อนงานสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม 2) โครงการลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 3 รุ่น ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน (พฤศจิกายน 2567-ธันวาคม 2567) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

และผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โภชนาการ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การใช้เครื่องวัดความดัน ผลที่ได้พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะมากขึ้น มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน ผู้ป่วยเริ่มปรับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น 3) พัฒนาระบบบริการ ประกอบด้วย 3.1) คลินิก HT สุขใจ ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) คลินิกเปิดให้บริการเดือนละ 2 ครั้ง (ศุกร์สัปดาห์ที่ 3 และ 4) มีระบบจองคิวออนไลน์ ให้คำปรึกษาระหว่างรอพบแพทย์ มีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลกลุ่มเสี่ยง มีคู่มือช่วยการตัดสินใจ 3.2) Mini Health Station Check (สถานีสุขภาพ) ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) มีการจัดตั้งสถานีบริการสุขภาพ 5 แห่ง (5 หมู่บ้าน) บริการใกล้บ้าน มีชุมชน อสม. และ Care giver ดูแลสถานีสุขภาพ 3.3) พัฒนา Family Care Team Plus จัดอบรมทีมเยี่ยมบ้านและเครือข่ายผู้ดูแล ได้แก่ อสม. 120 คน และคณะกรรมการชุมชน 34 คน ให้มีความรู้และทักษะดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยจัดกิจกรรมในเดือนตุลาคม 2567 4) Smart We Care สื่อสารด้วยใจ ห่วงใยสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน (ตุลาคม 2567-ธันวาคม 2567) การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปักหมุดบ้านผู้ป่วย 2) ระบบเตือนการกินยาผ่าน LINE OA หรือผ่านผู้ดูแล 3) กลุ่มไลน์ “ความดันดี” เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมดูแล 4) ปรับปรุงระบบข้อมูลผู้ป่วยให้ทันสมัย ถูกต้อง และครบถ้วนมากขึ้น

ระยะที่ 3 ขึ้นการสังเกต (Observation)

ในระยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณจากการดำเนินงาน และนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน เป็นใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี (ร้อยละ 35.19) มีอายุเฉลี่ย 64.09 ปี อาชีพเกษตรกร(ร้อยละ 31.48) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.41) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.89) มีรายได้เฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 67.60) ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 54.60) โดยมีระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 7 ปี

3.1.ระดับความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ก่อนและหลังดำเนินการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการ (13.12 ± 1.45) สูงกว่าก่อนดำเนินการ (8.62 ± 1.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังดำเนินการ (n=108)

| ระดับความรู้ | n | Mean | S.D | Min | Max | df | t | p-value |
|---------------|-----|-------|------|-------|-------|-----|--------|---------|
| ก่อนดำเนินการ | 108 | 8.62 | 1.23 | 5.00 | 11.00 | 107 | 26.297 | <0.001 |
| หลังดำเนินการ | 108 | 13.12 | 1.45 | 12.00 | 15.00 | | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3.1.2 ทักษะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาทักษะของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.10 ± 1.02) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.46 ± 0.63 แสดงถึงทักษะที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินงาน ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=108)

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

3.1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.21 ± 0.82) และหลังดำเนินการคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.55 ± 0.86 แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นหลังการดำเนินงาน ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=108)

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

3.1.4 การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชน

ผลการศึกษามีการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 3.63 ± 1.04) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 ± 0.83 แสดงถึงการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการดำเนินงาน ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 การศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=108)

| การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ก่อนดำเนินการ (n=108 คน) | | | หลังดำเนินการ (n=108 คน) | | |
|---|--------------------------|-------------|--------------------|--------------------------|-------------|--------------------|
| | Mean | S.D. | ระดับการมีส่วนร่วม | Mean | S.D. | ระดับการมีส่วนร่วม |
| 1. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวหรือจากการเจ็บป่วย | 3.84 | 0.81 | มาก | 4.60 | 0.64 | มาก |
| 2. สมาชิกในครอบครัวมีการชักชวนให้ออกกำลังกาย | 3.15 | 1.13 | ปานกลาง | 3.76 | 1.05 | มาก |
| 3. สมาชิกในครอบครัวชื่นชมท่านเมื่อระดับความดันโลหิตท่านลดลง | 3.45 | 0.94 | ปานกลาง | 4.40 | 0.71 | มาก |
| 4. สมาชิกในครอบครัวว่ากล่าว ตักเตือน เมื่อท่านมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็ม | 3.32 | 1.26 | ปานกลาง | 4.21 | 1.09 | มาก |
| 5. สมาชิกในครอบครัวเตรียมอาหารที่ลดเค็ม ลดโซเดียม | 3.14 | 1.11 | ปานกลาง | 3.81 | 1.07 | มาก |
| 6. ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวในการไปพบแพทย์/รับการตรวจตามนัด | 3.38 | 0.98 | ปานกลาง | 4.37 | 0.67 | มาก |
| 7. ได้รับคำแนะนำจากกอสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิต | 4.32 | 0.92 | มาก | 4.71 | 0.59 | มาก |
| 8. ได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. อย่างสม่ำเสมอ | 4.29 | 0.88 | มาก | 4.69 | 0.61 | มาก |
| 9. รพ.สต./เทศบาลมีกิจกรรมที่สนับสนุนให้ท่านมีการปรับพฤติกรรมและลดความดันโลหิตได้ | 4.23 | 1.03 | มาก | 4.43 | 0.91 | มาก |
| 10. ผู้นำชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย กระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับการตรวจสุขภาพหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน | 3.18 | 1.27 | ปานกลาง | 4.10 | 0.99 | มาก |
| ค่าเฉลี่ยรวม | 3.63 | 1.04 | ปานกลาง | 4.31 | 0.83 | มาก |

3.1.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยฯ พบว่า หลังดำเนินการ ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงจาก 156.24 เป็น 126.52 mmHg และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดลงจาก 97.53 เป็น 75.15 mmHg โดยทั้งสองค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงในตาราง 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการ (n=108)

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

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ระยะ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนผ่านกระบวนการ AAR (After Action Review) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ 1) นโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) ภาควิชาที่เข้มแข็ง 3) การเสริมสร้างทักษะและความรู้ 4) การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5) การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 6) การปรับรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับพื้นที่ 7) ความโปร่งใสและการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนมีโอกาสร่วมวางแผน ตัดสินใจ และประเมินผลร่วมกันอย่างเปิดเผย สามารถสรุปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนภายใต้ NAMUANG Model เป็นแนวคิดที่สะท้อนบริบทเฉพาะของพื้นที่ตำบลหน้าเมือง อันประกอบด้วยกระบวนการที่บูรณาการทั้งภาคคนนโยบาย ชุมชน และเทคโนโลยีเข้าด้วยกัน เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ภายใต้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน การประกาศนโยบาย “คนหมยร่วมใจ ห่างไกล NCDs” ส่งผลต่อการเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน⁸ (จากคะแนนเฉลี่ย 3.63 เป็น 4.31, $p < 0.001$) สอดคล้องกับสุรรัตน์ เพ็ชรรัตน์⁹ และอารีรัตน์ วงศ์ทอง¹⁰ ที่ระบุว่าการออกแบบร่วมกับชุมชนส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นและพฤติกรรมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับศิริพร ศรีสุวรรณ¹¹ ระบุว่า การประกาศนโยบายระดับพื้นที่ที่ไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอจะกลายเป็นเพียงกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างแท้จริงและ Shediac-Rizkallah & Bone¹² พบว่าความล้มเหลวของหลายโครงการในชุมชนที่เริ่มต้นจากนโยบายส่วนกลางโดยไม่มีการประเมินบริบทท้องถิ่น เกิดความไม่สอดคล้องระหว่างแนวทางกับปัญหาจริง ในกรณีของ NAMUANG Model ได้มีการประกาศนโยบาย “คนหมยร่วมใจ ห่างไกล NCDs” เป็นนโยบายที่รับมาจากส่วนกลางแต่

ประเมิน “บริบทของพื้นที่” มีการออกนโยบายจากการประชุมร่วมกับชุมชน ทำให้เกิด “ความรู้สึกร่วม” และ “ความเป็นเจ้าของ” ของนโยบาย ซึ่งเป็นหัวใจของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน มีการดำเนินการตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง โครงการมีแผนการติดตามประเมินผล มีคณะกรรมการในพื้นที่ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จับต้องได้ เช่น โครงการลดโซเดียมฯ, การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น มีการสื่อสารเชิงบวกและเข้าใจง่าย เช่น การใช้คำว่า “คนหมู่วางใจ” ทำให้ประชาชนรู้สึกมีส่วนร่วม แตกต่างจากการใช้ภาษาทางการหรือภาษาราชการที่ชุมชนอาจไม่รู้สึกริเวศระหว่งนโยบายที่ริเริ่มจากส่วนกลาง โดยไม่ได้ประเมิน

องค์ประกอบที่ 2 การจัดระบบองค์กรสุขภาพ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการกระจายอำนาจและสร้างความรู้สึกร่วมรับผิดชอบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Laverack & Labonte¹³ ัญญา หงส์ทอง¹⁴ และ วรรณภา แสงเดือน¹⁵ ระบุว่า การแบ่งคณะทำงานในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยสร้างความรับผิดชอบร่วมและส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของในงานสุขภาพทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ไม่สอดคล้องกับ Wallerstein & Duran¹⁶ และ ประยูร ใจตรง¹⁷ ซึ่งว่าการตั้งคณะทำงานในชุมชนโดยไม่มีการเสริมพลังอย่างต่อเนื่องและไม่มีการประชุมสะท้อนผล จะไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้ หากไม่มีการกำกับดูแลและสนับสนุนอย่างเพียงพอ ในกรณีของ NAMUANG Model ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ไม่ได้เป็นเพียง “แต่งตั้งตามคำสั่ง” แต่มีการคัดเลือกจากตัวแทนชุมชน อสม. และหน่วยงานท้องถิ่น ทำให้เกิด “ความรู้สึกเป็นเจ้าของ” (Ownership) และ “ความรับผิดชอบร่วม” (Shared Responsibility) โดยโครงสร้างคณะกรรมการไม่ผูกติดกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นการรวมตัวของภาคีหลายภาคส่วนที่มีหน้าที่ตามบทบาทจริง คณะกรรมการได้รับการอบรม เสริมศักยภาพ มีการประชุมวางแผนและประเมินผลร่วมกันอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง จึงไม่ใช่คณะกรรมการที่ทำงานเฉพาะกิจ แต่กลายเป็นกลไกถาวรของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบยั่งยืน

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยการจัดโครงการ “ลดโซเดียม ลดโรค” ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ พบว่าคะแนนความรู้เพิ่มจาก 8.62 เป็น 13.12, พฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นจาก 3.21 เป็น 3.55, และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (SBP จาก 156.24 เป็น 126.52 mmHg; DBP จาก 97.53 เป็น 75.15 mmHg, $p < 0.001$) สอดคล้องกับ ธนพร ชุ่มเชื้อ¹⁸, Lorig et al.¹⁹, และ สุคนธ์ทิพย์ เจริญพร²⁰ ที่เน้นความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว แต่ไม่สอดคล้องกับ จิตติพร วงษ์พานิช²¹ และ Clark et al.²² ที่เสนอว่าการอบรมระยะสั้นหรืองานระยะยาวโดยไม่มีการปรับรูปแบบอาจได้ผลไม่ยั่งยืน ในกรณีของ NAMUANG Model ได้จัดทำโครงการ “ลดโซเดียม ลดโรค บริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย” ไม่ได้จำกัดอยู่แค่กิจกรรมเดี่ยวหรืออบรมสั้นๆ แต่มีการให้ความรู้แบบต่อเนื่อง มีสื่อที่หลากหลาย เช่น คลิปวิดีโอ การทำอาหารร่วมกับครอบครัวโดยใช้วัตถุดิบท้องถิ่นในการประกอบอาหาร ลดการใช้เครื่องปรุงรสสำเร็จรูป กิจกรรมเน้น “การเสริมพลังให้คนดูแลสุขภาพด้วยตนเองในบริบทของตนเอง” และการติดตามผลรายเดือนอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง

องค์ประกอบที่ 4 การออกแบบระบบบริการสุขภาพ

การออกแบบระบบบริการที่ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง เปรียบเสมือนการปรับ “รองเท้า” ให้พอดีกับ “เท้าของ คนใช้” ช่วยลดอุปสรรค เพิ่มความถี่ในการติดตาม และสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มยุทธศาสตร์ ได้แก่

4.1 คลินิก HT สุขใจ คลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เปรียบได้กับการจัด “เลนพิเศษ” สำหรับกลุ่มเฉพาะช่วยลดความแออัดและเพิ่มความสะดวก สอดคล้องกับผลของจากรูวรรณ บุญศล²³ และปาริชาติ กาญจนวงศ์²⁴

ที่ระบุว่าคลินิกเฉพาะทางช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดอัตราการขาดนัดไม่สอดคล้องกับสุพัตรา กาบอุ่น²⁵ ซึ่งว่าหากไม่มีระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุหรือกลุ่มชนบทอาจกลับกลายเป็นการสร้าง "กำแพงดิจิทัล" ที่ขวางกั้นการเข้าถึงบริการ

4.2 ทีม Family Care Team Plus เป็นทีมสหวิชาชีพที่ออกเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยในชุมชน เปรียบได้กับ “สายตรวจสุขภาพเคลื่อนที่” ที่เข้าถึงกลุ่มเปราะบางได้อย่างตรงจุด สอดคล้องกับวรรณภา ภูษจร²⁶ ที่พบว่า การดูแลเชิงรุกลดการป่วยซ้ำและควบคุมโรคได้ดีขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับจิตติมา โพธิ์ทอง²⁷ พบว่าหากขาดแรงจูงใจจากครอบครัวการดูแลก็อาจ “สะดุด” กลางทาง ดังนั้นการเสริมพลังทีมสุขภาพทั้งในด้านการสื่อสารและระบบติดตามที่ครอบคลุมจึงเป็นกุญแจสำคัญ

4.3 Mini Health Station Check สถานีตรวจสุขภาพใกล้บ้าน เปรียบเสมือน “ตลาดนัดสุขภาพ” ที่เข้าถึงง่าย โดยเฉพาะกลุ่มที่เดินทางลำบาก สอดคล้องกับวารุณี อ่อนละม้าย²⁸ และ Chien et al.²⁹ ที่พบว่าเพิ่มอัตราการตรวจสุขภาพได้จริง แต่หากขาดการประชาสัมพันธ์หรือไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มวัยทำงาน เช่น กรณีของนฤมล คำอ่อน³⁰ ก็เปรียบเสมือน “ตั้งร้านอยู่ในซอยลึก” ที่ไม่มีใครรู้จักการเชื่อมโยงกับหน่วยบริการแม่ข่าย ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และเสริมบทบาท อสม. จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อดึงดูดและขยายการเข้าถึงอย่างยั่งยืน

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ร่วมกับสมุดคู่มือจิตความดันโลหิต ไบเนนนำการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา และเข้าใจโรคได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Boonyasai RT, Somboonwit C, et al.³¹ พบว่าการใช้แนวทางการดูแลแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยเน้นการตัดสินใจร่วมและการสื่อสารแบบสองทาง ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเข้าใจโรคมามากขึ้น และเกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามความสำเร็จขึ้นกับทักษะการสื่อสารของบุคลากร และข้อจำกัดด้านเวลา เช่นในรายงานของ Cabana et al.³² ที่เสนอให้ใช้สื่อทางเลือก เช่น วิดีโอหรือภาษาท้องถิ่นควบคู่ไปด้วย

องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลสุขภาพ มีการใช้เทคโนโลยี เช่น LINE OA, Google Forms และระบบเตือนนัด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วย สื่อสารข้อมูล และเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับ ภูษิตา โพธิ์ชัยและคณะ³³ พบว่า Line OA ช่วยลดการขาดนัดและเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามสุขภาพ, และวารุณี แก้วกุล³⁴ รายงานว่า Google Forms ช่วยให้ทีมสุขภาพวิเคราะห์และวางแผนดูแลเฉพาะรายได้ดีขึ้น ในทางตรงข้ามจิราภรณ์ สันะวัฒน์³⁵ และ Nguyen et al.³⁶ ซึ่งชี้ให้เห็นข้อจำกัดของเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบท เช่น การเข้าถึงอุปกรณ์ ความไม่มั่นใจในเทคโนโลยี และปัญหาการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งอาจจะกระทบต่อความต่อเนื่องในการดูแล ในกรณีของ แนวคิด NAMUANG Model ได้มีการจัดการข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) การออกแบบเทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ใช้อุปกรณ์ที่ใช้งานง่าย เช่น หน้าจอใหญ่ ตัวอักษรชัดเจน ใช้ปุ่มน้อย ฟังก์ชันจำกัดเฉพาะสิ่งจำเป็น ได้แก่การวัดความดัน การนัดหมาย 2) กิจกรรมฝึกอบรม “แบบตัวต่อตัว” สำหรับผู้สูงอายุ 3) สนับสนุนให้มี “ผู้ช่วยด้านเทคโนโลยี” ได้แก่ อสม. ดิจิทัลในหมู่บ้าน

แม้การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จะมีแนวทางชัดเจนและกลยุทธ์เชิงระบบตามแนวคิด Chronic Care Model พบว่าปัจจัยเชิงบริบทในพื้นที่ยังมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของแนวคิด “NAMUANG Model” ดังนี้

1. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ตำบลหน้าเมืองเป็นพื้นที่ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนค่อนข้างดี เนื่องจากเป็นจุดท่องเที่ยวของเกาะสมุย ส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการสนับสนุนสุขภาพของสมาชิกในบ้าน ทั้งด้านโภชนาการ ยา และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำยังคงมีในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว หรือผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำให้ต้องวางระบบช่วยเหลือเฉพาะกลุ่ม เช่น การจัดตั้ง Mini Health Station Check สถานีสุขภาพ และทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus

2. ปัจจัยทางสังคม ชุมชนหน้าเมืองมีโครงสร้างสังคมที่แน่นแฟ้น มี อสม. ที่ได้รับการยอมรับในชุมชน และมีความร่วมมือที่ดีระหว่าง รพ.สต. เทศบาล โรงเรียน วัด และคณะกรรมการชุมชน ซึ่งเอื้อต่อการดำเนินงานในลักษณะ "บูรณาการข้ามภาคส่วน" ผู้สูงอายุและผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อบุคลากรสุขภาพ ทำให้สามารถถ่ายทอดแนวทางสุขภาพหรือกระตุ้นการดูแลตนเองผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายได้โดยไม่เกิดการต่อต้าน บทบาทของครอบครัวในวัฒนธรรมไทยยังเด่นชัด โดยเฉพาะครอบครัวขยาย ทำให้การสนับสนุนผู้ป่วยโดยสมาชิกในบ้านเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้จริง

3. ปัจจัยทางวัฒนธรรม คนในพื้นที่มีวิถีชีวิตแบบชุมชนดั้งเดิม คำนึงเกี่ยวกับการพบปะกันที่วัด โรงเรียน และสถานบริการสุขภาพ จึงสามารถใช้สถานที่เหล่านี้เป็นจุดศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น โครงการ "ลดโซเดียม ลดโรคบริโภคผักปลอดภัย ใส่ใจการออกกำลังกาย" หรือการตั้งทีมเยี่ยมบ้าน Family Care Team Plus ความเชื่อทางสุขภาพที่ยังผสมผสานความดั้งเดิม เช่น ความเชื่อในสมุนไพร การนวดแผนไทย ฯลฯ จึงต้องออกแบบแนวทางให้ยืดหยุ่นและเคารพวัฒนธรรมเดิม พร้อมเสริมด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์อย่างเหมาะสม

สรุปเชิงวิเคราะห์ ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เอื้อต่อการลงทุนด้านสุขภาพ, ความเข้มแข็งของโครงสร้างสังคมชุมชน, และวัฒนธรรมท้องถิ่นที่สนับสนุนการรวมกลุ่มและการดูแลซึ่งกันและกัน เป็น "พื้นที่ที่เหมาะสม" ต่อการเติบโตของ "NAMUANG Model" ทั้งนี้ การดำเนินงานควรตระหนักถึงความเหลื่อมล้ำบางส่วน และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและยั่งยืนในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กิจกรรมที่ดำเนินการ อาจเพิ่มภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากต้องใช้เวลา ทรัพยากร และความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนกำหนดเป้าหมายในระยะยาว และจัดทำวิสัยทัศน์ร่วมกันเพื่อให้การดำเนินงานมีทิศทางที่ชัดเจนและยั่งยืน

2. การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร เช่น บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และสนับสนุนจากหน่วยงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อขอบเขตและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน หากมีการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอและต่อเนื่อง จะสามารถขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมมากขึ้นและเกิดประสิทธิผลที่ยั่งยืน

3. ความต่อเนื่องของการดำเนินงานยังขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากไม่มีการผลักดันเชิงนโยบายหรือบรรจุแผนการดำเนินงานไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นทางการ อาจทำให้โครงการขาดความยั่งยืนเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ดังนั้นควรมีการเชื่อมโยงผลการวิจัยกับนโยบายและแผนงานของหน่วยงานในพื้นที่เพื่อการต่อยอดในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการควรนำแนวทางที่ได้ไปบูรณาการในระบบบริการ โดยเน้นความร่วมมือกับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน

2) ควรจัดกิจกรรมอบรมและให้ความรู้แก่ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

3) ควรประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อบรรจุแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้สามารถขยายผลและสร้างความต่อเนื่องได้อย่างยั่งยืน

4) ควรพัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน เช่น Smart Na-Muang Health เพื่อบันทึกข้อมูลสุขภาพ ส่งข้อความเตือน ติดตามอาการผู้ป่วย และสนับสนุนการสื่อสารระหว่าง อสม.-ครอบครัว-หน่วยบริการ เลือกใช้เทคโนโลยีที่ง่ายต่อการเข้าถึงของผู้สูงอายุ เช่น Line OA, โทรศัพท์พื้นฐาน, หรือการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลร่วมกับ อสม. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชนหรือจิตอาสาด้านดิจิทัล เพื่อเป็นพี่เลี้ยงเทคโนโลยีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

2.1) มีการดำเนินการวิจัยในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

2.2) ศึกษาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการสอบ, ผู้ทรงคุณวุฒิ และ ผู้บริหาร หัวหน้าส่วนราชการ บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะสมุย ภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน และบิดา มารดา บุคลากรมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตลอดจนทุกท่านที่ได้ให้ความเมตตากรุณา ให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือให้ความร่วมมือมาโดยตลอด จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCD เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย. 2566]. เข้าถึงจาก:<https://ddc.moph.go.th/uploads/pub-lish/1035820201005073556.pdf>
2. รัตนา พึ่งเสมา. โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2565;15(1):40-9.
3. HDC จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดสุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย. 2566]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
4. สำนักวิชาการทางการแพทย์ กรมการแพทย์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
5. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook I: Cognitive Domain. New York: David McKay; 1971.
6. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
7. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011;2:53-55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
8. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย. รายงานการดำเนินงานนโยบาย"คนหมุยร่วมใจห่างไกล NCDs".สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2565.
9. สุรรัตน์ เพ็ชรรัตน์. การพัฒนานโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชน ภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(1):45-56.

10. อารีรัตน์ วงศ์ทอง. บทบาทนโยบายสาธารณสุขต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(3):210-9.
11. ศิริพร ศรีสุวรรณ. นโยบายเชิงสัญลักษณ์: อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2561;16(2):87-96.
12. Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions. Health Educ Res. 1998;13(1):87-108.
13. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy Plan. 2000;15(3):255-62.
14. ฉัญญา หงษ์ทอง. การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพ ชุมชน. 2565;28(1):33-42.
15. วรรณภา แสงเดือน. กระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2561;22(4):409-18.
16. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. Am J Public Health. 2010;100(S1):S40-S46.
17. ประยูร ใจตรง. ข้อจำกัดของคณะกรรมการสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพัฒนาสังคม. 2559;18(2):115-24.
18. ธนพร ชุ่มเชื้อ. ผลของการอบรมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(2):58-69.
19. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Med Care. 2001;39(11):1217-23.
20. สุนันท์ทิพย์ เจริญพร. ผลของโปรแกรมครอบครัวร่วมใจต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2562;13(2):34-45.
21. จิตติพร วงษ์พานิช. ประสิทธิภาพของการอบรมระยะสั้นต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2560;10(1):22-9.
22. Clark NM, Gong M, Kaciroti N. A model of self-regulation for control of chronic disease. Health Educ Behav. 2013;41(5):499-508.
23. จารุวรรณ บุญศล. ผลของการจัดระบบคลินิกโรคเรื้อรังแบบแยกวันบริการต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;14(2):112-21.
24. ปาริชาติ กาญจนวงศ์, ชลลดา บุญประกอบ, พรรณี วัฒนาวงศ์. การมีส่วนร่วมของ อสม. ต่อการลดอัตราการขาดนัดในคลินิกโรคไม่ติดต่อ. วารสารสุขภาพชุมชน. 2564;25(1):43-50.
25. สุพัตรา กาบอุ่น. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในระบบออนไลน์. วารสารพัฒนาสังคม. 2562;21(2):65-74.
26. วรรณภา ภู่อจ. การจัดการสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโดยทีมสหวิชาชีพ. วารสารการพยาบาล. 2562;36(3):85-94.

27. จิตติมา โพธิ์ทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพชุมชน. 2560;11(2):120–8.
28. วารุณี อ่อนละม้าย. นวัตกรรมหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2562;25(3):97–105.
29. Chien SJ, Liao CC, Chen YT, Hsu YJ, Lee HC. Effectiveness of community-based blood pressure screening stations. BMC Public Health. 2020;20:1334.
30. นฤมล คำอ่อน. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตเมือง. วารสารการพัฒนาชุมชน. 2561;21(4):102–9.
31. Boonyasai RT, Somboonwit C, et al. Adopting a patient-centered approach in service delivery could improve the quality of care for hypertension patients in primary care in Thailand. BMC Prim Care. 2023;24(1):88.
32. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999;282(15):1458–65.
33. ภูษิตา โพธิ์ชัย, พัชรา จันทร์อ่อน, ศุภชัย ปทุมวรรณ. การใช้ Line OA ในการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(3):298–307.
34. วราภรณ์ แก้วกุล. การใช้ Google Forms เพื่อการวิเคราะห์และวางแผนสุขภาพเฉพาะรายในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ. วารสารพยาบาลชุมชน. 2564;32(1):56–64.
35. จิราภรณ์ สิ้นวัฒนา. การเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท: ปัจจัยและข้อจำกัด. วารสารสังคมสงเคราะห์. 2561;29(2):87–95.
36. Nguyen MH, Gruber J, Marler W, Hargittai E. Internet use and well-being among older adults during the COVID-19 pandemic. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2019;74(3):e61–e70.