

บทที่ 2

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึง การเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. การเฝ้าระวังโรค
3. แนวคิดของการประเมินผล
4. อาสาสมัครสาธารณสุข
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง และกำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในวงการแพทย์และสาธารณสุข จากการประชุมของคณะกรรมการองค์การอนามัยโลก เรื่องความดันโลหิตสูง ได้ตกลงไว้เมื่อปี พ.ศ. 2521 ว่าระดับความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอทหรือต่ำกว่าเป็นค่าความดันปกติ ถ้าสูงกว่า 140/90 ถึง 160/95 มม.ปรอท ถือว่าเป็นค่าก้ำกึ่ง และความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มม.ปรอท ถือว่าเป็นระดับความดันโลหิตสูง (สมชาติ โถงายะ และอรวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536 : 480)

คำจำกัดความในด้านความรุนแรงของความดันโลหิตสูงนั้น การกำหนดระดับความดันอาจจะแตกต่างกันไปได้บ้าง และจะผนวกเอาความเสื่อมสภาพของอวัยวะสำคัญต่างๆ จากภาวะความดันโลหิตสูง เป็นข้อบ่งชี้ร่วมด้วยดังจะกล่าวในการจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง

1.1 การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง

1.1.1 จำแนกประเภทตามระดับความดันโลหิต (อภิชาติ สุคนทรทรัพย์, 2537 : 156-157)

เป็นการจัดประเภทของความดันโลหิตสูงแบบใหม่ โดย The Joint National Committee (JNC) on the Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure เป็นคณะบุคคลที่

ให้เห็นเกี่ยวกับการควบคุมจัดการ ของความดันโลหิตสูง โดยจะสรุปความเห็นและข้อเสนอแนะ ทุกๆ 4 ปี โดยได้ปฏิบัติมาแล้วรวม 20 ปี ข้อเสนอแนะล่าสุดตามรายงานในปี ค.ศ. 1993 ได้เสนอวิธีการแบ่งระดับความดันโลหิตดังนี้

Category	Systolic, mmHg	Diastolic, mmHg
Normal	<130	<85
High normal	130-139	85-89
Hypertension		
Stage 1 (mild)	140-159	90-99
Stage 2 (moderate)	160-179	100-109
Stage 3 (severe)	180-209	110-119
Stage 4 (very severe)	>210	>120

ถ้าหากค่า Diastolic และ Systolic อยู่ใน Categories ที่ต่างกัน ให้ใช้ Categories ที่สูงกว่าในการจัด Stage ส่วน Isolated systolic hypertension ถือว่า Systolic มีค่าตั้งแต่ 140 มม.ปรอทขึ้นไป และ Diastolic มีค่าน้อยกว่า 90 มม.ปรอท ให้จัด Stage ตามความรุนแรงของ Systolic

1.1.2 การจำแนกประเภทโดยอาศัยความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ (สมชาติ โลจายะ และ อรพรรณ สุวจิตตานนท์, 2536 : 481)

คณะผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก ได้จำแนกความรุนแรงโดยวิธีนี้ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

Stage 1 ความดันโลหิตสูง แต่ไม่มีการตรวจพบความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ

Stage 2 ความดันโลหิตสูงและตรวจพบความเสื่อมสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- เวนทริเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกายหรือเอ็กซเรย์ทรวงอกหรือคลื่นไฟฟ้า

หัวใจ เป็นต้น

- เมื่อหลอดเลือดแดงเรติน่า (fundoscopic) มีการตีบทั่วไปหมดหรือเฉพาะ

ส่วน

- พบไข่ขาวในปัสสาวะ หรือซีรั่มครีอะตินินสูงกว่าปกติ

Stage 3 ความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้ว่า อวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพอันเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูง ได้แก่

- ภาวะหัวใจวาย

- อัมพาต อันเกิดจากหลอดเลือดในสมองหรือภาวะสมองบวม (hypertensive encephalopathy)

- เรติน่าผิดปกติจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive retinopathy) ที่มีเลือดออก (Grade 3) หรือ ภาวะตาบวม (Papilledema) (Grade 4)

1.1.3 การจำแนกประเภทตามสาเหตุ

1.1.3.1 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ เรียกว่า Essential or primary hypertension ซึ่งมีอยู่ประมาณมากกว่า ร้อยละ 80 ของประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.1.3.2 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ เรียกว่า Secondary hypertension ที่พบบ่อยๆ คือ

- โรคไต อาจเกิดจากหลอดเลือดแดงเลี้ยงไต (Renovascular hypertension) จากโรคของเนื้อไต (Renal parenchymal disease) เช่น Glomerulonephritis Pyelonephritis ,ไตอักเสบจากรังสี (Radiation nephritis) , Hydronephritis , และภาวะไตวายเรื้อรัง

- โรคต่อมหมวกไต เช่น Primary aldosteronism , Cushing syndrome เป็นต้น

- โรคหลอดเลือดเออร์ดำตีบ

- ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

- ความดันโลหิตสูงจากการรับยาและสารบางจำพวก ได้แก่ ยาคุมกำเนิด Licorice ในส่วนประกอบของยาแก้ไอ และ Carbenoxolone , Corticosteroid , พืชจากตะกั่ว

1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ที่สำคัญมีหลายปัจจัย คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นที่ยอมรับว่าพันธุกรรมมีความสำคัญทางระบาดวิทยาในภาวะความดันโลหิตไม่ทราบสาเหตุ ในครอบครัวเดียวกันอาจมีสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลเสริมพันธุกรรม กล่าวคือถ้าพ่อหรือแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ลูกมีโอกาเป็นร้อยละ 25 และถ้าพ่อและแม่เป็นทั้งคู่ ลูกมีโอกาเป็นเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 (สุธรรม แผ่นดิน อ่างใน สมสุข สิงห์ปัญจนที, 2540 : 13) ปัจจัยความอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีน้ำหนักเฉลี่ยมากกว่าคนปกติ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ถ้าวัดได้ 10 กิโลกรัม จะสามารถลดความดัน Systolic ได้ 26 มม.ปรอท และลดความดัน Diastolic ได้ 20 มม.ปรอท (ชมพูนุช อ่องจรีต, 2534 : 101) ปัจจัยปริมาณเกลือที่บริโภค ได้มีผู้ศึกษาพบว่า ปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากเครื่องปรุงรสถึง ร้อยละ 70-80 (ภาณี พูลทวิ อ่างใน สมสุข สิงห์ปัญจนที, 2540 : 14) และปริมาณเกลือที่ประชากรบริโภคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การลดเกลือในอาหารก็สามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงด้วย (สมชาติ โลจายะ

และ อรวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536 : 485) ปังจัยความเครียด เป็นปังจัยทางระบบประสาทที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เกิดความดันโลหิตสูงได้ ในคนปกติการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่มีเป็นครั้งคราว เกิดขึ้นโดยมีการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติกมากเกินไป ทำให้มีความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น การผ่อนคลายและการฝึกสมาธิ (Relaxation and meditation) จึงช่วยลดความดันโลหิตได้ แต่เป็นผลระยะสั้นและลดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 122) ปังจัยการสูบบุหรี่ บุหรี่มีส่วนประกอบคือ สารนิโคติน ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารเคทีโคลามีน มีผลในการเร่งการเต้นของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้นและทำให้หลอดเลือดหดตัว การสูบบุหรี่เป็นประจำไม่พบว่ามีความดันโลหิตสูงขณะสูบบุหรี่หรือมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 123) อย่างไรก็ตามควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ด้วย เพราะเป็นปังจัยที่สำคัญยิ่งต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปังจัยการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ผู้ที่ดื่มเหล้าจัดในขนาด 2-3 ออนซ์ต่อวัน พบว่ามีอุบัติการณ์เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น ผู้ที่ดื่มกาแฟ 2-3 ถ้วยติดต่อกัน พบว่าความดันโลหิตมักเพิ่มขึ้นได้ถึง 5-15 มม.ปรอท ภายใน 15 นาที และจะคงสูงอยู่นาน 2 ชั่วโมง (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 123-124) ปังจัยการออกกำลังกาย จากการศึกษาของสมาคมฮาร์วาร์ดพบว่า ความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย (สมสุข สิงห์ปัญจนท์, 2540 : 16)

1.3 อาการ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการ อาการที่อาจพบได้ในผู้ป่วย มีดังนี้ (สมชาติ โลจายะ และ อรวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536 : 489-490)

1.3.1 ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยอย่างที่เราเข้าใจกัน โดยทั่วไปมักจะปวดบริเวณท้ายทอย มักจะเป็นตอนเช้า และอาจมีคลื่นไส้ ตามัว ร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักจะพบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงวิกฤตหรือความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรง เพิ่มขึ้นโดยเร็ว (Accelerated hypertension) จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 130 มม.ปรอท อาการปวดศีรษะจะไม่บ่อยกว่าพวกที่มีความดันปกติ

1.3.2 Migraine มีผู้สังเกตว่า migraine และความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเป็น migraine มากกว่าคนปกติ และผู้ที่ เป็น migraine ก็พบความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าผู้ที่ไม่เป็น

1.3.3 เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบบ่อยน้อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักจะพบว่า มีความดันโลหิตสูงบ่อยๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ

1.4 การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

1.4.1 การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

การซักประวัติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอาจจะเริ่มตั้งแต่เด็ก มักพบในช่วงอายุ 20-50 ปี การถามถึงประวัติผู้ป่วย ควรรวมถึงประวัติครอบครัว ประวัติอาหารและยา ประวัติโรคที่อาจเป็นสาเหตุของ secondary hypertension ประวัติโรคแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง และประวัติโรคร่วมที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคและการดำเนินโรค รวมทั้งการวางแผนการรักษาด้วย ส่วนการตรวจร่างกาย นอกจากจะหมายถึงการตรวจร่างกายทั่วไปแล้ว ยังควรเน้นเป็นพิเศษ เช่น การวัดความดันโลหิตในท่านอนกับท่านยืน หาก diastolic blood pressure ท่านยืนสูงกว่า diastolic blood pressure ท่านอน เป็นเครื่องแสดงว่าน่าจะเป็น essential hypertension แต่ถ้า diastolic blood pressure ท่านยืนลดลงเมื่อเทียบกับท่านอนก็น่าจะเป็น secondary hypertension ตรวจหัวใจเพื่อดู left ventricular activity ฯลฯ

1.4.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยสนับสนุนหรือคัดค้านสิ่งที่แพทย์วินิจฉัยได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ซึ่งบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เป็นผลจากความดันโลหิตสูงหรือชี้แนะถึงสมรรถนะของความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังจะต้องตรวจถึงภาวะอื่นๆ ที่เกิดร่วมและเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิด atherosclerosis เช่น โรคเบาหวาน หรือโคเลสเตอรอลสูง โดยที่ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสมรรถนะมีเพียงร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น (สมชาติ โถงยา และ อรรณพ สุวจิตตานนท์, 2536 : 492) จึงเป็นการสูญเสียเวลาทางเศรษฐกิจที่จะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยสมรรถนะต่างๆ เหล่านั้นทุกราย แต่ควรเลือกเฉพาะในรายที่สงสัยสมรรถนะนั้นจากประวัติการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีหลายวิธี เช่น การตรวจเลือดหาระดับไปแคตเซียม ไคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ การฉายภาพทรวงอกเพื่อดูขนาดของหัวใจ หลอดเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1.5 ภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ

ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง จะแตกต่างกันไป เช่น ในประเทศญี่ปุ่นจะพบว่ามีการแทรกซ้อนจากเลือดออกในสมองมาก แต่ในยุโรปตะวันตกและสหรัฐอเมริกาจะพบหลอดเลือด

เลี้ยงหัวใจและสมองอุดตันได้บ่อยกว่า และยังพบว่า การควบคุมและการรักษาความดันโลหิตสูงให้ลดลงจนเป็นปกติ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ ฉะนั้นหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะมีการทำลายอวัยวะที่สำคัญดังนี้

1.5.1 หัวใจ ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้น โดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังเกิดขึ้นต่อไป เส้นใยของกล้ามเนื้อจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับไปสู่ปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว มีรายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเกิด ภาวะ Congestive heart failure (CHF) ในผู้ใหญ่ และมากถึง ร้อยละ 75 และแม้จะมีการรักษาแล้วก็ยังมีอัตราการตายสูงถึง ร้อยละ 20 ในปีแรก และ ร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 54)

1.5.2 สมอง เมื่อหลอดเลือดอยู่ในภาวะความดันสูงนานๆ จะทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น มีการโป่งพอง (Aneurysms) ของหลอดเลือดขึ้น เมื่อความดันโลหิตยังสูงอยู่ต่อไปอีก อาจทำให้เส้นเลือดที่มีการโป่งพองแตกได้ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองแตก และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองแตกถึง 7 เท่า ของผู้ที่มีความดันปกติ (Norton, 1995 อ้างใน สมสุข สิ่งปัญหาฉบับที่ 2540 : 16)

1.5.3 ไต ความดันโลหิตสูงมากและเป็นเรื้อรัง อาจมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาแข็งขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อย สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียลดน้อยลง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่างๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย ที่สำคัญคือเกิดการคั่งของสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารพิษที่มีผลต่อร่างกาย ถ้าคั่งอยู่ในระดับสูง (Uremia) อาจเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด

1.5.4 จอภาพนัยน์ตา เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จอตา คือ หลอดเลือดฝอยเล็กๆ ตีบแคบโดยทั่วๆ ไปอย่างรวดเร็ว และมีการเกร็งเฉพาะที่ มีเลือดออก และมักพบ Exudate ในจอตาและหัวประสาทตาบวม (papilledema) ซึ่งจะทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา ตามัว และอาจถึงตาบอดได้

1.6 การรักษา

จุดมุ่งหมายของการรักษาความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะลดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงให้ต่ำกว่าระดับที่เป็นอันตรายต่อหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะอื่นๆ มิให้เสียหาย การรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ

1.6.1 การรักษาด้วยวิธีการใช้ยา

ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ชนิด mild และ moderate hypertension นั้น จะเริ่มด้วยการให้ยาตัวเดียว (monotherapy) โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การรักษาระดับ diastolic blood pressure ตั้งแต่ 90 มม.ปรอท ลงไป หากยังไม่ได้ผล หรือในกรณี moderate และ severe hypertension จึงใช้ยาร่วมหลายตัว (multiple - drug therapy)

1.6.2 การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา

ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกชั้นของความรุนแรง เพียงแต่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น และยังใช้เป็นการรักษาขั้นต้นในผู้ป่วยที่มี diastolic blood pressure อยู่ในเกณฑ์ 90-99 มม.ปรอท โดยเฉพาะในระยะ 3-6 เดือนแรก การรักษาโดยวิธีนี้อาจลดความดันเลือดของผู้ป่วยที่เดิมมีระดับ diastolic blood pressure 90-94 มม.ปรอท ลงมาเป็นปกติได้ถึง ร้อยละ 40 และทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับความดันสูงกว่านี้ต้องการยาน้อยชนิดลงหรือลดขนาดยาลงได้ด้วย (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 109) การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยามีดังนี้

1) การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม อาหารที่รับประทานโดยทั่วไป มีปริมาณเกลือ 10-20 กรัม ถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัม เหลือ 5 กรัมต่อวัน จะสามารถลดความดันโลหิต systolic ได้ 10 มม.ปรอท diastolic ได้ 5 มม.ปรอท (สมสุข สิงห์บุญจิติ, 2540 : 19) และจากการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยให้ low-salt diet เป็นเวลา 4 ปี พบว่าจำนวนร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่มี diastolic blood pressure 90-104 มม.ปรอท มีความดันเลือดกลับเข้าสู่ปกติ (Hunt and Margie, 1980 อ้างใน เกษม วัฒนชัย, 2532 : 111)

2) การลดน้ำหนัก ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีน้ำหนักโดยเฉลี่ยมากกว่าปกติ ในกลุ่มคนอายุ 20-39 ปี นั้น พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินจะมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเป็นสองเท่าของผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ และในกลุ่มอายุ 40-64 ปี คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนน้ำหนักปกติ ร้อยละ 50 (Stamler, R., Stamler, J., Riedlinger, W.F., et al 1978 อ้างใน เกษม วัฒนชัย, 2532 : 117) การลดน้ำหนักในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะลดระดับความดันโลหิตลงได้ โดยถ้าลดน้ำหนักตัวลง 10 กิโลกรัม จะสามารถลด systolic ได้ 26 มม.ปรอท และลด diastolic ลงได้ 20 มม.ปรอท (ชมพูนุช อ่องจรีศ, 2534 : 101)

3) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้นคืออัตราการเต้นของหัวใจช้าลง การไหลเวียนเลือดโคโรนารีดีขึ้น และยังช่วยลดกรดไขมันอิสระ ซึ่งจะมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง (จริยา วัตร คมพยักร, 2532 อ้างใน สมสุข สิงห์บุญจิติ, 2540 : 19) ผู้ป่วยความดันเลือดสูงชั้นอ่อนและชั้นปานกลาง ควรเริ่มฝึกออกกำลังกาย โดยในระยะแรกให้เดินวันละ 10 นาที แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นจน

ได้วันละ 30 นาที จังหวะเดินให้เร่งเร็วแต่อย่าให้ถึงขั้นหอบหรือเหงื่อออกมากเกินไป ในผู้ป่วย ความดันเลือดสูงขั้นรุนแรง ควรงดการออกกำลังกายทุกชนิด จนกว่าจะควบคุมความดันเลือดลงได้ (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 122)

4) งดการสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่แล้วและสูบบุหรี่ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดจากการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่มีความดันโลหิตสูงตัวล่างเท่ากับหรือมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ถ้าสูบบุหรี่วันละ 10 มวน หรือมากกว่า จะเพิ่มความเสี่ยงจากการตายจากโรคหัวใจหลอดเลือดมากขึ้น (จริยาวัตร คม พยัคฆ์, 2532 อ้างใน สมสุข สิงห์ปัญจนที, 2540 : 20) ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ด้วย เหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูงและอาจรุนแรงจนทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

5) งดการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราจัดในขนาด 2-3 ออนซ์ต่อวัน พบว่ามีอุบัติการณ์การเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น แนวทางในการแนะนำผู้ป่วยคือ หากดื่มสุราให้ลดลงเหลือไม่เกิน 2 ออนซ์ต่อวัน และหากหยุดได้ก็จะเป็นผลดีต่อการรักษาความดันโลหิต (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 123)

6) หลีกเลี่ยงภาวะเครียด ความเครียดจะทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ผลลัพธ์คือทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ฉะนั้นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกสมาธิ (relaxation and meditation) จะช่วยลดความดันโลหิต แต่ผลการลดความดันโลหิตเป็นผลระยะสั้น และลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Jacob RG, Snapiro AP, Reeves RA, et al. 1986 อ้างใน เกษม วัฒนชัย, 2532 : 122)

2. การเฝ้าระวังโรค

การเฝ้าระวังโรค เป็นเสมือนหนึ่ง การหาข่าวความเคลื่อนไหวของโรค โดยการติดตามสังเกตการณ์การเกิดโรค อย่างมีระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบลักษณะการเกิด การกระจายของโรค สาเหตุของการเกิดโรค ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้ทราบสถานการณ์หรือแนวโน้มของการเกิดโรค ซึ่งผลของการติดตาม สังเกตการ ต้องมีการบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลของการวิเคราะห์ไปใช้ในการกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดย อสม. เริ่มดำเนินการตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) โดยใช้กลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการดำเนินงาน เนื่องจากในช่วงปลายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์งานสาธารณสุขมูลฐาน ปัญหาสาธารณสุข และสภาพเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้น พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4, 5, และ 6 ได้เน้นการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขในหมู่บ้าน โดยพัฒนา อสม. ให้ครอบคลุมเต็มพื้นที่ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความเจ็บป่วย (Pattern of illness) เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอนามัย และโรคไม่ติดต่อก่อนหน้า เช่น โรคเอดส์ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เพิ่มกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐาน จาก 10 กิจกรรม เป็น 14 กิจกรรม คือ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ การป้องกันแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และกำหนดให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เกิดขึ้น ในหมู่บ้าน เพื่อเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการและให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถบริการสาธารณสุขมูลฐานได้มากขึ้น สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการให้บริการเพิ่มขึ้น เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต พูฟิง (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540 : 24-27) ซึ่งการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดย อสม. ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป การส่งต่อผู้ป่วยเมื่อตรวจพบในรายที่สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของ อสม. ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2538 : 45-46)

2.1 รูปแบบของการเฝ้าระวังโรค มี 2 รูปแบบคือ(ธีระ รัฐถาวร และประหยัด แดงสุภา, 2537 : 153-173)

2.1.1 การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance)

เป็นวิธีดำเนินงานเฝ้าระวังที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตามสถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชน ซึ่งจะมีผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ไปรับบริการเป็นผู้บันทึกและรวบรวมข้อมูล แล้วส่งไปให้ผู้รับผิดชอบเป็นลำดับไป ซึ่งผู้รับผิดชอบก็มีหน้าที่ต้องคอยตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งต้องคอยควบคุมการรายงานให้สม่ำเสมอด้วย ส่วนใหญ่แล้วการเฝ้าระวังด้วยวิธีนี้ จะได้ผลดีกับการติดตามปัญหาสาธารณสุขทั่วไปและกินพื้นที่กว้าง เช่น การเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขของประเทศ หรือของจังหวัดต่างๆ เป็นต้น และเนื่องจากการเฝ้าระวังด้วยวิธีนี้ ไม่มีข้อจำกัดในด้านเวลาในการดำเนินการ ดังนั้น จึงเหมาะในการติดตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงของปัญหาตามช่วงฤดูกาลหรือรอบปี

2.1.2 การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance)

เป็นการดำเนินงานเฝ้าระวัง โรคโดยผู้รวบรวมข้อมูลเข้าไปติดตามปัญหาที่ทำการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เมื่อพบก็ทำการบันทึกรวบรวมข้อมูลทันที ตัวอย่างเช่น การเฝ้าระวังปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการเกิดอุทกภัยได้ผู้เฝ้าระวังที่จังหวัดชุมพร เป็นต้น วิธีการดังกล่าวจะทำให้ทราบลักษณะปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และควบคุมคุณภาพข้อมูลได้ด้วยตนเอง ซึ่งมักจะได้ผลดีในการเฝ้าระวังระยะสั้นๆ และมีพื้นที่ไม่กว้างนัก การเฝ้าระวังเชิงรุกในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดไว้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขควรค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยดำเนินการในละแวกที่อาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบ

2.2 ประโยชน์ของการเฝ้าระวังโรค มีดังนี้

2.2.1 สามารถพบปัญหาของการเกิดโรคหรือภัยได้ทันที่ที่ทราบถึงการเกิดโรคในระยะแรกๆ หรือทันเหตุการณ์ สามารถดำเนินการป้องกันโรคเหล่านั้นได้ทันที ในบางกรณีอาจจะตรวจพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคในสิ่งแวดล้อม ก่อนที่สาเหตุเหล่านั้นจะเข้าสู่คน ทำให้การดำเนินการป้องกันโรคทำได้มีประสิทธิภาพ

2.2.2 ใช้อธิบายถึงสถานะสุขภาพของชุมชนผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน จำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค เพื่อที่จะทราบรายละเอียดของสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน

2.2.3 ใช้พยากรณ์แนวโน้มของการเกิดโรคได้จากข้อมูลของการเกิดโรคที่บันทึกไว้ในแง่มุมต่างๆ เช่น ลักษณะบุคคล สถานที่ เวลา จะทำให้สามารถพยากรณ์แนวโน้มของการเกิดโรคในอนาคตได้ และใช้สำหรับการวางแผนป้องกันโรคล่วงหน้าได้

2.2.4 ใช้สำหรับการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขได้ในการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการเกิดโรค สิ่งที่น่าสนใจคือ จำนวนป่วย จำนวนตาย ความพิการหรือไร้สมรรถภาพ และอัตราการป่วย การตาย ต่างๆ

2.2.5 ใช้ในการวางแผนงานสาธารณสุขและพัฒนางานสาธารณสุข การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จำเป็นต้องทราบปัญหานั้นๆ อย่างชัดเจน เพื่อที่จะหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด

2.2.6 ใช้ในการควบคุมกำกับงานทางด้านสาธารณสุขแม้ว่าจะได้มีการวางแผนการปฏิบัติงานที่ดีแล้วก็ตาม อาจจะมีบางขั้นตอนที่มีปัญหาและมีข้อบกพร่อง ถ้าหากมีการติดตามอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ เราสามารถที่จะแก้ไข หรือปรับวิธีการ เพื่อให้ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่

2.2.7 ใช้ในการประเมินผลโครงการต่างๆการเฝ้าระวังโรคหากมีการจัดระบบที่สมบูรณ์แล้ว สามารถนำมาใช้เป็นดัชนีชี้วัดถึงความสำเร็จของงานในโครงการต่างๆได้

2.2.8 สามารถค้นหาภาวะปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อม ได้จากการเฝ้าระวังในสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น อาจมีเชื้อโรคหรือสิ่งปนเปื้อนในน้ำดื่มของประชาชน ซึ่งรายงานการเฝ้าระวังจากห้องปฏิบัติการจะบอกเราได้

3. แนวคิดของการประเมินผล (กิติ พยัคคานนท์ และคณะ, 2531 : 333-374)

การประเมินผลเพิ่งปรากฏชัดเจนขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ รอสซี (P. Rossi) ได้วิเคราะห์ไว้ว่า ในต้น ค.ศ. 1960 เริ่มมีผลงานและข้อเขียนเกี่ยวกับการประเมินผลในประเทศแถบตะวันตก สำหรับประเทศไทย การประเมินผลเต็มรูปปรากฏในการจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยการประเมินผลแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ส่วนการประเมินผลโครงการเพิ่งได้รับความสนใจเมื่อต้นทศวรรษนี้เอง เนื่องจากมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลโครงการต่างๆ ที่รัฐบาลได้ลงทุนไปอย่างมาก เพื่อทราบผลการดำเนินงานและการบริหาร โครงการที่กำลังดำเนินการอยู่ การประเมินผลจึงเริ่มเข้ามามีส่วนในการบริหาร โครงการและกำลังได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน การประเมินผลมีวิธีดำเนินการ 2 วิธี คือ

3.1 การประเมินผลโดยวิธีวิจัย (evaluative research) เป็นการใช่วิธีและกระบวนการวิจัยในการประเมินผล ซึ่งเริ่มด้วยการตั้งสมมติฐาน การออกแบบและวางแผนจัดเก็บ การวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลในรายละเอียดโดยการกำหนดวิธีวิจัยที่จะใช้ตามลักษณะความเหมาะสมของแผนงานหรือโครงการที่จะประเมิน วิธีที่นิยมใช้มากคือ วิธี One-Shot Case Study เป็นวิธีประเมินหลังจากการดำเนินการแผนงานหรือโครงการเสร็จสิ้นเพียงครั้งเดียว

3.2 การประเมินผลด้วยวิธีการวิเคราะห์ (analytical evaluation) เป็นการประเมินผลโดยการศึกษาและวิเคราะห์จากเอกสารและข้อมูล โดยใช้สถิติเข้าช่วย วิธีนี้อาจเป็นการประเมินผลทั้งระบบหรืออาจเป็นการวิเคราะห์หรือประเมินผลเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งหรือเพียงบางส่วนของระบบ การประเมินผลด้วยวิธีการวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการประเมินผลแผนงานและโครงการคือการประเมินด้วยรูปแบบของ CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีม ประกอบด้วย การประเมิน 4 ด้าน คือ

3.2.1 การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation) เป็นการประเมินสภาวะแวดล้อมของแผนงานและโครงการ ในกรณีที่เป็นโครงการสาธารณะอาจจะต้องคำนึงถึง ความสอดคล้องของสภาวะแวดล้อมต่างๆ อันได้แก่สภาพแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมกับโครงการนั้นด้วย รวมทั้งการคำนึงถึง สาธารณะและเนื้อหาของโครงการนั้นๆด้วย

3.2.2 การประเมินผลปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการประเมินโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการที่กำหนดขึ้นนั้น เป็นปัญหาที่แท้จริงของประชาชนโดยส่วนรวมหรือไม่ เพราะในบางกรณีปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาของคนกลุ่มน้อยเท่านั้น ดังนั้นการประเมินปัจจัยนำเข้าเข้านี้ก็เป็น การตรวจสอบถึงหลักการของปัญหาและความต้องการที่สอดคล้องต่อประชาชนโดยส่วนรวม เพื่อที่จะทำให้การกำหนดแผนและโครงการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาและความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวมอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามอาจประเมินเฉพาะการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในแผนและโครงการก็ได้

3.2.3 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินผลขั้นตอน วิธีการปฏิบัติในการบริหารแผนและโครงการว่ามีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ เพียงใด ซึ่งการประเมินในลักษณะดังกล่าว จะทำให้สามารถแก้ไขวิธีการในการปฏิบัติให้ดำเนินไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3.2.4 การประเมินผลผลิต (Output or Product Evaluation) เป็นการประเมินผลโดยพิจารณาถึงผลผลิตที่ได้เป็นหลัก โดยเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นจริงกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้จะประเมินได้โดยยึดวัตถุประสงค์ของแผนงานและโครงการเป็นหลัก

4. อาสาสมัครสาธารณสุข

ประเทศไทยได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นนโยบายหลักในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ จนสามารถแก้ปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนจนเป็นที่ยอมรับกัน โดยทั่วไปนั้น ส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ดังกล่าว คือ การอบรมและพัฒนาศักยภาพของผู้นำชาวบ้านให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือ ดูแล และจัดกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพของเพื่อนบ้าน บุคคลเหล่านี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

4.1 วิวัฒนาการในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข

การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจัง ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 โดยในระยะแรกของแผนฯ 4 ถึง แผนฯ 6 นั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขหลายประเภท แต่อาสาสมัครที่มีบทบาทหลักและเป็นแกนนำสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขใน 2 ประเภทคือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถทำได้ครอบคลุมพื้นที่ในทุกหมู่บ้านและชุมชนทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นเพิ่มศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อจะได้เป็นกลไกสำคัญในการกระจายความรู้ และเป็นผู้ให้บริการ สาธารณสุขแก่ชุมชน ร่วมกันพัฒนาเพื่อให้ชุมชนบรรลุการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า จึงได้ดำเนินการ ยกย่องให้มียุทธศาสตร์สาธารณสุขประเภทเดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

4.2 ระบบอาสาสมัครสาธารณสุข

4.2.1 ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้ กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐาน มีประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสา ธารณสุข (อสม.) โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ อนามัย (change agent) การรณรงค์สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ให้บริการสาธารณสุขในชุมชน และการจัดกิจกรรมพัฒนา งานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข พื้นที่ชนบท อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน พื้นที่เขตเมือง เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม. ชุมชน แออัด อสม. 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน ชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

4.2.2 การค้นหา คัดเลือก และวาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ใช้วิถีทาง ประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัด ประชุมกรรมการหมู่บ้าน ผสส. อสม. ทุกคน ในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบท บทบาทหน้าที่ของ อสม. จำนวน อสม. และบทบาทหน้าที่ของ ศสมช. แล้วมอบหมายให้กรรมการ หมู่บ้าน ผสส. อสม. และผู้นำดังกล่าว เป็นคณะกรรมการดำเนินการสรรหา อสม. ละแวกละ 8-15 หลังคาเรือน คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. มีวาระการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขคราว ละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อสมัคร โดยดูจากผลการพิจารณาของประชาชนและองค์กร หมู่บ้าน

4.2.3 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหา สาธารณสุข

- ด้านโภชนาการ : โดยการชักนำให้เด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาลูกขาดสารอาหาร และขาดธาตุไอโอดีน
- ด้านอนามัยแม่และเด็ก : โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ ให้มาฝากท้องและตรวจ ครรภ์ตามกำหนด ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด
- ด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค : โดยติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตาม กำหนด

- ด้านควบคุมโรคประจำถิ่น : โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค
- การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค : โดยใช้น้ำยาตรวจหาแบคทีเรีย การเติมคลอรีนในน้ำบริโภค และการใช้น้ำยาตรวจระดับคลอรีนในน้ำบริโภค
- ด้านทันตสาธารณสุข : โดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน
- ด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย : โดยการจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย ในชุมชน
- ด้านโรคไม่ติดต่อ : โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ
- ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข : โดยการจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหม้ออายุ ยาชุด อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น
- ด้านการป้องกันโรคเอดส์ : โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัย ป้องกันโรคเอดส์
- ด้านการควบคุมป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย : โดยการตรวจคุณภาพแหล่งน้ำของชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

4.2.4 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ในที่นี้ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้ อสม. เปลี่ยนแปลงเจตคติ และมีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ คือ มีความรู้และความสามารถปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ตลอดจนการร่วมจัดกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขตามความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในหมู่บ้านได้ โดยแบ่งเนื้อหาความรู้ที่อบรมเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะ อสม. โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และกลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาการอบรม ใช้เวลาจำนวน 12 วัน

4.3 การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข

การเสริมความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานสาธารณสุขให้แก่ อสม. มีหลายวิธีการ ตาม
คุณวุฒิสภาพท้องถิ่น และสภาพปัญหา โดยวิธีการดังต่อไปนี้

4.3.1 การฝึกอบรมต่อเนื่อง นอกจากจะ ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข
สุขกำหนดแล้ว จะมีการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1
ครั้ง

4.3.2 การเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ (Learning by doing) คือการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติงานตาม
กิจกรรมการให้บริการใน ศสมช. และตามกิจกรรมการบริหารจัดการ เพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน โดย
มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมปฏิบัติและให้คำปรึกษา

4.3.3 การศึกษาจากแบบเรียนด้วยตนเอง การศึกษาคูงานระหว่างหมู่บ้าน การถ่ายทอด
ความรู้ด้วยวิธีการอื่นๆ เช่นการสอนทางไกล โดยอาศัยเทปแทนเอกสาร คู่มือ

4.3.4 การปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนความรู้ ในเวทีการประชุมประจำเดือนของ อสม. กับเจ้า
หน้าที่และ ในการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการการ
สาธารณสุขมูลฐาน, 2540 : 13-21)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. ได้มีผู้ศึกษาวิจัยดังนี้ จากการศึกษาของกิ่งแก้ว เกษโกวิท และ
คณะ (2540 : 8) ศึกษา อสม. ในทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า วิธีการคัดเลือก อสม. ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้คัดเลือกเอง ร้อย
ละ 48.5 รองลงมาคือกำนันผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้คัดเลือก และการคัดเลือกโดยมติที่ประชุมของชาว
บ้านน้อยที่สุด สอดคล้องกับ วราภรณ์ สระมัจฉา (2541 : 48-52) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการ
ดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลมะขูนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
พบว่า วิธีการเข้ามาเป็น อสม. ส่วนใหญ่สมัครมาเอง ร้อยละ 43.5 กรรมการหมู่บ้านเลือกเข้ามา
ร้อยละ 36.5 ประชาชนเลือกเข้ามา ร้อยละ 9.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลือกเข้ามา ร้อยละ 7.1 และ
ประธาน อสม.เลือกเข้ามา ร้อยละ 3.5 โดยได้รับการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข
ร้อยละ 68.2 ปฏิบัติงานใน ศสมช. ร้อยละ 57.6 และเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพให้แก่ประชาชนใน
เขตรับผิดชอบ โดยทำเป็นประจำ ร้อยละ 32.9 ทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 57.6 และไม่ได้ทำเลย ร้อยละ
9.4

การศึกษาของบัญญัติ จันทรสตาและคณะ (2539 : 53) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติ
กรรม ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของ อสม.จังหวัดเลย พบว่า อสม.เพศหญิงมีพฤติกรรมด้านการ

ดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าเพศชาย แต่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ แสงโตคา และคณะ (2539 : 34) ได้ประเมินความรู้ และทักษะการวัดความดันโลหิตของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการวัดความดันโลหิตของ อสม. และการศึกษาของ วรณี ทาวารี และวนัสรา เชาว์นิยม (2540 : 46-54) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานใน ศสมช. จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานใน ศสมช. ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี ของสกวรัตน์ ถันเลิศบ (2537 : 56) พบว่า อายุ อาชีพ เวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในงาน สาธารณสุขมูลฐาน

ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานของ อสม. มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ คือ จิรวรรณ แสงโตคา และคณะ (2539 : 21-25) ได้ประเมินความรู้ และทักษะการวัดความดันโลหิตของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.2 ส่วนทักษะการวัดความดันโลหิตของ อสม. ทำถูกต้อง ร้อยละ 58.9 โดยได้รับการอบรมการวัดความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 88.4 ทักษะการวัดความดันโลหิตที่ อสม. ทำถูกต้องมากที่สุดคือ การวางเครื่องวัดความดันโลหิตห่างจากสายตาไม่เกิน 3 ฟุต ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือเรื่องการจัดท่า ร้อยละ 81.3 ทักษะที่ทำให้ถูกต้องน้อยที่สุดคือการอ่านและแปลผล ถูกต้อง ร้อยละ 45.5

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการวัดความดันโลหิตของ อสม. พบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการวัดความดันโลหิต ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ ศิริประกายศิลป์ (2538 : 38) ศึกษาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ในประเด็นผลการวัดความดันโลหิตของ อสม. ส่วนใหญ่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 64.6 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาสถานการณ์การบรรจุด สุขภาพดีถ้วนหน้า เขต 6 ของวนิดา วิระกุล และสำราญ มหา (2541 : 92) พบว่า ศักยภาพของ อสม. และทักษะในการปฏิบัติงานของ อสม. ยังไม่ดีพอ ถึงแม้ว่า อสม. จะมีความสนใจและกระตือรือร้นในการทำงานดี ก็ตาม จากการทดสอบการวัดความดันโลหิต อสม. ยังขาดความรู้และทักษะที่จะดำเนินการ รูปแบบของการกำหนดกิจกรรม และเวลาให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนใหญ่ยังคงเป็นสูตรสำเร็จของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับจากการศึกษาของป้าเพ็ญ สุทธิจันทร์ และคณะ (2536 : 35) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานและผลการ

ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กรณีศึกษาอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า อสม. ยังคงปฏิบัติงานเฉพาะที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่งการ ส่วนการให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนไม่ค่อยได้ดำเนินการ กิจกรรมที่ อสม. ทำได้แต่ไม่ถูกต้อง คือ การวัดความดันโลหิต แตกต่างจากรายงานโครงการวิจัยและพัฒนาแบบประเมินความสามารถของ อสม.ด้วยตนเอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของสุจินดา สุขกำเนิด และคณะ (2540 : 39) พบว่า อสม. ประเมินว่าตนเองสามารถวัดความดันโลหิตได้ ร้อยละ 71.9

การศึกษาด้านการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดนครสวรรค์ของ สุนทร ทองคง (2527 : 91) พบว่า การนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. การศึกษาของ เกษมธิดา สพสมัย (2537 : 57-58) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ระดับตำบล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการเตรียมชุมชนด้านการส่งเสริมและสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. โครงการสาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง ของ พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ (2531 : 83) พบว่า การฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการให้การช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

จากการศึกษาผลการปฏิบัติงานของ อสม.ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ภาคกลาง โดยเมธี จันทร์จารุภรณ์ (2539 : 44,63) พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีการนิเทศติดตามการทำงานของ อสม. ทุกเดือน ร้อยละ 81.5 เจ้าหน้าที่ที่มีการอบรม อสม.อย่างต่อเนื่องทุกเดือน ร้อยละ 81 และ อสม. มีการรับรู้และมีการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 55.7 แตกต่างจากการศึกษาของจินดา พูลเกษม (2527 : 50) ได้ศึกษาการยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อสม.ได้รับการ อบรมความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบางครั้ง ร้อยละ 51.9 และได้รับสม่ำเสมอทุกเดือน ร้อยละ 34.0 ส่วนการนิเทศเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ได้รับบ้างเป็นบางครั้ง ร้อยละ 37.7 ได้รับมาก ร้อยละ 48.1

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทของ อสม. ได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ คือ จากการศึกษาของบัณฑิต แมลจิตร (2540 : 38) เรื่องการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่

เรื่อง การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และ โรคไม่ติดต่อ อสม. มีความสามารถวัดความดันโลหิตและ บอกรายการโรคได้ ร้อยละ 99.3 ส่วนระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ พบว่า อสม. วัดความดันโลหิตประชากรกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทหน้าที่กับการปฏิบัติงานตามบทบาทเรื่องการวัดความดันโลหิต พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของจินดา พูลเกษม (2527 : 55,78) ได้ศึกษาการยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อสม. มีการรับรู้และเข้าใจในงานตามบทบาทหน้าที่ อสม. ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อในรายที่เกินขอบเขตความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเรื้อรังในความรับผิดชอบของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับการยอมรับบทบาทหน้าที่กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ของ อสม. มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ คือ การศึกษาของวารินทร์ สระมังญา (2541 : 51-65) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลมะขามหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อสม. วัดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโดยทำเป็นประจำ ร้อยละ 37.6 ทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 27.1 และไม่เคยทำ ร้อยละ 35.3 แนะนำความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย ทำเป็นประจำ ร้อยละ 32.9 ทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 57.6 และไม่เคยทำ ร้อยละ 9.4 ส่วนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในเขตรับผิดชอบของตนเอง ทำเป็นประจำ ร้อยละ 50.6 ทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 29.4 และไม่เคยทำ ร้อยละ 20.0 แตกต่างจากการศึกษาของหลายๆท่านคือ จากรายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพตนเอง อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ โดยศึกษาในกลุ่มแม่บ้านของชัย กฤติยาภิชาติกุลและคณะ (2534 : 42) พบว่ากลุ่มแม่บ้านมีความสนใจรูปแบบการค้นหาผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงใน ครอบครัวและชุมชน โดยกำหนดมาตรฐานการวัดความดันโลหิตให้มีขึ้นในหมู่บ้าน ทดลองให้แม่บ้านที่ผ่านการอบรมค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวัดความดันโลหิตประชาชนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 15 คน เมื่อตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริงทั้ง 15 คน และจากการศึกษาเรื่องการแก้ปัญหา สาธารณสุขโดยการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บ้านวังทอง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ของคณีย์ สารพฤกษ์ (2540 : 44) พบว่า หลังจากมีการจัดตั้งศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชนขึ้นในหมู่บ้าน ประชาชนได้รับการวัดความดันโลหิตเพื่อค้นหาผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดย อสม. ร้อยละ 96.5 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 13.1 จากการศึกษา

ของ ออมร เปรมกมล และคณะ (2532 : 21-23) การใช้สาธารณสุขมูลฐานในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร โดยการฝึก อสม. ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของตนเอง และนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในครั้งแรก ครั้งต่อไปผู้ป่วยไม่ต้องมาเอง อสม. จะบันทึกความดันโลหิตของผู้ป่วยมาให้แพทย์ที่คลินิกของโครงการ และรับยากลับไปให้ผู้ป่วย ผลการดำเนินงานพบว่า การปฏิบัติงานของ อสม. สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 48.8

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดย อสม. มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ คือ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คุณสมบัตพิเศษเฉพาะตัวของ อสม. ดังนั้นผู้เขียนจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยเชื่อมโยงปัจจัยต่างๆ ดังแผนภูมิกรอบแนวคิดหน้า 25

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม.

- เพศ
- อายุ
- การศึกษา
- อาชีพ
- สถานภาพสมรส
- รายได้
- จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ
- วิธีการเข้ามาเป็น อสม.
- การช่วยเหลือสังคมส่วนรวมก่อนเป็น อสม.
- ระยะเวลาของการเป็น อสม.
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุโรคความดันโลหิตสูง
- ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- ทักษะการวัดความดันโลหิตของ อสม.

การรับรู้บทบาทของ อสม.

- การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานใน ศสมช. ควบคุมโรคในท้องถิ่น และ เฝ้าระวังโรค
- การรับรู้บทบาทการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง

การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

- ได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- ได้รับการฝึกปฏิบัติวัดความดันโลหิต
- ได้รับการนิเทศ ติดตาม

การเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน โดย อสม.

- การค้นหาผู้ป่วย
- การส่งต่อผู้ป่วย
- การเยี่ยม ติดตาม ให้คำแนะนำผู้ป่วย

