

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่มียารักษาให้หายขาด เนื่องจากการดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลานานและในช่วงแรกไม่แสดงอาการใดๆ (World Health Organization [WHO], 2002) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) กล่าวว่าทั่วโลก มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงประมาณพันล้านคนซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าคนในวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO, 2011) สำหรับประเทศไทยมี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควรโดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรกว่า 1.56 พันล้านคนจะเป็นความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2543 ถึง ปี พ.ศ. 2553 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 259.02 เป็น 1,349.39 ซึ่งถือว่ามียอัตรการเพิ่มที่สูงกว่า 5 เท่า (ธาริณี พังจันทน์ และ นิตยา พันธุเวชย์, 2555) มีคนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีพ.ศ. 2551 จำนวน 494,809 คน ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 780,629 คน และปี พ.ศ. 2553 จำนวน 859,583 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง 860.53 1,230.16 และ 1,349.39 ตามลำดับ และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 2,463 คน ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 2,295 คน และปี พ.ศ. 2553 จำนวน 2,478 คน คิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3.90, 3.62 และ 3.89 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าจำนวนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ชายร้อยละ 60 และ หญิงร้อยละ 40 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน มีเพียงร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา ประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น 5 เท่า จาก ปี พ.ศ. 2540 เป็น 782.4 ต่อแสนประชากร และเพิ่มสูงขึ้นถึง 860.5 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2551 และพบมีผู้เสียชีวิต

ประมาณปีละ 70,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ทำให้สูญเสียปี
สุขภาพจากการตายและพิการ ปีละ 6 แสนปี (ร้อยละ 6 ของ DALYs) (วิชัย เอกพลากร, 2553)

จากข้อมูลอัตราการป่วย-ตายในระดับประเทศที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จังหวัดเชียงใหม่พบ
อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2551, 2552, 2553 และ 2554 คิดเป็นอัตรา 4,469.47
6,152.77 7,330.64 และ 10,273.21 ต่อแสนประชากรตามลำดับ มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน
(งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2554) สำหรับอำเภอหางดง
มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2551, 2552, 2553 และ 2554 คิดเป็นอัตรา 1,463,
1,420, 1,667 และ 1,784 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอหางดง, 2555) จากข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2555 ของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหารแก้ว พบมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 244 คน คิดเป็น อัตราป่วย
4,124.40 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
ระดับความดันโลหิตสูงเริ่มแรก (140-159/90-99 mmHg) จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 22.95
ความดันโลหิตสูงมีระดับปานกลาง (160-179/100-109 mmHg) จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 9.02
มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 mmHg จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.41 และในปี พ.ศ. 2555
ได้ทำการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน 4,820 คน พบผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 0.27 (งานควบคุม
โรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหารแก้ว, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า
ยังมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และทำให้มีโอกาสเกิด
ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มการเกิดผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชนเพิ่มมากขึ้นหากไม่มีการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคความดัน
โลหิตสูงที่ดี ซึ่งในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีควบคุมในเรื่องการรับประทานอาหาร
อาหารโดยลดเค็ม ลดไขมัน ลดแอลกอฮอล์ ดูปัญหรี ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
การพักผ่อนที่เพียงพอ และการบริหารจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดการดูแล
สุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

จากแนวโน้มของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มสูงขึ้นจะเห็นว่าพฤติกรรมและ
วิถีชีวิตเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ พฤติกรรมเสี่ยง
ทั้งหลายของแต่ละบุคคลเป็นต้นเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ สถานการณ์การเจ็บป่วย
ของคนไทยในปัจจุบันพบว่า โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และ
โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการตายของประชาชนคนไทย (สำนักงานกองสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ, 2552) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เป็นนโยบาย

สำคัญระดับชาติ ดังนั้น การกำหนดกรอบยุทธศาสตร์และการบริหารยุทธศาสตร์ให้ไปสู่ความสำเร็จตามเจตนารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ประกอบกับในช่วงปี พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้จังหวัดต่างๆ และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพิจารณาให้นำเอา แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM) มาใช้ในการจัดทำเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (อมร นนทสุด, 2555) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่เป็น 1 ใน 9 จังหวัดของประเทศไทยที่ได้เป็นพื้นที่นำร่องของการพัฒนากระบวนการสู่เมืองไทยแข็งแรงโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 (กลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552) โดยได้เริ่มจากการอบรมผู้แทนจากส่วนราชการในจังหวัดเชียงใหม่เกี่ยวกับเรื่องการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อเป็นวิทยากรระดับจังหวัด และนำไปสู่การขยายการสร้างวิทยากรระดับอำเภอ การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ลงไปในระดับตำบลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยมีความคาดหวังเพื่อเป็นกลวิธีพื้นฐานในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและชุมชน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน และได้มีการประเมินผลการนำเอาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปใช้ในปี พ.ศ. 2552 โดยมีเป้าหมายร้อยละ 80 พบว่ามีเพียงร้อยละ 39.8 ที่มีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจากการประเมินผลในครั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบาย พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการผลักดันให้มีความพร้อมในการจัดทำและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพิ่มมากขึ้น

ในการนำเอาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ ถือเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่แสดงให้เห็นรูปธรรมของการใช้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาอย่างแท้จริง (อมร นนทสุด, 2555) อีกทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ใช้บทบาทหน้าที่ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ในการพัฒนาอย่างแท้จริงและพบความสำเร็จของงานได้มากขึ้น ช่วยทำให้ทุกภาคส่วนมองเห็นจุดหมายปลายทางหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนดและวิธีการที่จะร่วมกันทำให้บรรลุผลเหล่านั้นได้โดยง่ายและเป็นระบบ กล่าวคือ ต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอน โดยองค์ประกอบของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จะมี 4 ระดับ 4 มุมมอง คือ ระดับประชาชน ระดับภาคี ระดับกระบวนการ และระดับรากฐาน โดยมีกระบวนการขั้นตอนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่สำคัญจะมีขั้นตอน คือ “สร้าง 3 ขั้นตอน” และ “ใช้ 4 ขั้นตอน” รวมทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) 2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination statement) 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และการตรวจสอบยุทธศาสตร์กับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map Construction: SRM) 4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction:

SLM) 5) การอธิบายการทำงานหรือการนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรม และมาตรการทางสังคม (Strategic Objective Definition) 6) การสร้างแผนปฏิบัติการ (Action Plan/Mini - SLM) และ 7) การเปิดงานและติดตามผล (Launching) ซึ่งการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของชุมชนจะสามารถนำมาใช้ในการออกแบบบริการ เป็นแผนงาน ตลอดจนถึงการจัดทำโครงการในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้

การดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งในการศึกษานี้ได้ใช้แนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งได้จัดทำกรอบพื้นฐานการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision-making) ซึ่งเป็นการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (implementation) เป็นการเข้าร่วมโดยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหาร และการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) โดยอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) ซึ่งเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

สำหรับพื้นที่ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่มีทั้งหมด 9 หมู่บ้าน มีประชากรอยู่ในเขตรับผิดชอบจำนวน 5,932 คนเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท อยู่ในรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหารแก้ว เป็นตำบลหนึ่งที่เริ่มมีการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ในปี พ.ศ. 2553 ในการทำแผนของกองทุนสุขภาพตำบลหารแก้ว และในปี พ.ศ. 2555 มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในทุกหมู่บ้านตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและจากการดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตำบลหารแก้วนั้นที่ผ่านมาได้มีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะแกนนำชุมชนมาดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จนแล้วเสร็จ และสามารถใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เกิดจากชุมชนเอง

จากสภาพปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลหารแก้ว จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติขั้นสูงในการทำงานระดับปฐมภูมิ เน้นการดูแลสุขภาพ 3 ระดับ คือ ระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล การประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพชุมชนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สภาพสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น วิธีการดำเนินชีวิตที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ และศักยภาพของคนในชุมชน หลักการประยุกต์ทฤษฎีข้อมูลชุมชน

และหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการออกแบบการบริการเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ครอบครัวและบุคคล ซึ่งได้มีการติดต่อประสานงานกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และสามารถดำเนินการแล้วเสร็จ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ยังเพิ่มสูงขึ้น จึงต้องการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการมีส่วนร่วมจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

คำถามการศึกษา

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการมีส่วนร่วมใช้แนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) คือการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ (decision making) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (implementation) การรับผลประโยชน์ (benefits) และการประเมินผล (evaluation) รวบรวมข้อมูลในเดือน กันยายน 2556

นิยามศัพท์

การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมดำเนินการในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของแกนนำชุมชนในตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการมีส่วนร่วมใช้แนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) คือการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ (decision making) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (implementation) การรับผลประโยชน์ (benefits) และการประเมินผล (evaluation)

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หมายถึง เครื่องมือที่ช่วยในการบริหารการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป้าหมายให้ชุมชนโดยชุมชนร่วมกันจัดทำโดยอาศัยการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับประชาชน ระดับภาคี ระดับกระบวนการ และระดับรากฐาน

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเพื่อการควบคุมการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดไขมัน ลดแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อน และการบริหารจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เท่ากับหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่เกิดอันตรายใดๆ

แกนนำชุมชน บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีบทบาทในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล คณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาลที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ แกนนำผู้ช่วยความดันโลหิตสูง ที่อาศัยในตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่