

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอดง จังหวัด เชียงใหม่ ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแกนนำชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอดง จังหวัด เชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยการบรรยายประกอบตาราง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ประชากรเป็นแกนนำชุมชน ตำบลหารแก้ว อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 155 คน ข้อมูลทั่วไปของประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ตำแหน่งในชุมชนและระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน แสดงในตารางที่ 4-1 ถึง 4-3

ตารางที่ 4-1

จำนวน และร้อยละของประชากรจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา (N=155)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	108	69.7
หญิง	47	30.3
อายุ (ปี)		
< 40	11	7.1
41-50	33	21.3
51-60	87	56.1
61-70	22	14.2
> 71	2	1.3
Range = 33-75 μ (σ) = 53.61 (7.85) Median = 53		
สถานภาพสมรส		
คู่	135	87.1
โสด	9	5.8
แยกกันอยู่	5	3.2
หม้าย	4	2.6
หย่า	2	1.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	97	62.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	16.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20	12.9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	5	3.2
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	5	3.2
ปริญญาตรี	2	1.3

จากตารางที่ 4-1 ประชากรร้อยละ 69.7 เป็นเพศชาย ขณะที่ประชากรร้อยละ 30.3 เป็นเพศหญิง ประชากรมีอายุระหว่าง 33-75 ปี (อายุเฉลี่ย 53.61 ปี $\sigma = 7.85$ median = 53 ปี) ประชากรร้อยละ 56.1 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี และประชากรร้อยละ 21.3 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ด้านสถานภาพสมรสประชากรร้อยละ 87.1 มีสถานภาพสมรสคู่ และด้านวุฒิการศึกษาประชากร ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.6 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา

ตารางที่ 4-2

จำนวน และร้อยละของประชากรจำแนกตามอาชีพ รายได้ (N=155)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	69	44.5
เกษตรกรกรรม	41	26.5
ค้าขาย	22	14.5
ธุรกิจส่วนตัว	12	7.7
ข้าราชการ	6	3.9
ว่างงาน	5	3.2
รายได้ของประชากรต่อเดือน (บาท)		
< 2,500	13	8.4
2,501-5,000	36	23.2
5,001-7,500	29	18.7
7,501-10,000	61	39.4
>10,001	16	10.3
Range = 600-56,000 $\mu (\sigma) = 8,150.32 (6,208.54)$ Median = 7,500		

จากตารางที่ 4-2 ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.5 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ 26.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม สำหรับรายได้ต่อเดือนของประชากรอยู่ในช่วง 7,501-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.4 (รายได้เฉลี่ย 8,150.32 บาทต่อเดือน $\sigma = 6,208.54$ median = 7,500 บาท)

ตารางที่ 4-3

จำนวน และร้อยละของประชากรจำแนกตามระยะเวลาที่อาศัย ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชน (N=155)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน		
< 20	7	4.5
21-30	19	12.3
31-40	25	16.1
41-50	27	17.4
51-60	61	39.4
>61	16	10.3
Range = 3-75 μ (σ) = 45.93 (14.16) Median = 50		
ตำแหน่งในชุมชน		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	113	72.9
สมาชิกสภาเทศบาล	12	7.7
คณะกรรมการหมู่บ้าน	9	5.8
ประธานกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	9	5.8
ผู้ใหญ่บ้าน	8	5.2
เจ้าหน้าที่เทศบาล	3	1.9
กำนัน	1	0.6
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง		
< 5	39	25.2
6-10	61	25.9
11-15	24	10.6
16-20	15	12.2
>21	16	15.9
Range = 1-50 μ (σ) = 11.12 (8.48) Median = 10		

จากตารางที่ 4-3 ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.4 ระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 51-60 ปี และร้อยละ 17.4 ระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 41-50 ปี สำหรับระยะเวลาเฉลี่ย 45.93 ปี $\sigma = 14.16$ median= 50 ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.9 ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 113 คน และร้อยละ 7.7 ดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 12 คน โดยมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 25.9 และมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 25.2 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 11.12 ปี $\sigma = 8.48$ median= 10 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการตัดสินใจ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ดังแสดงในตารางที่ 4-4 ถึง 4-8

ตารางที่ 4-4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของประชากร ($N=155$)

ข้อมูลการมีส่วนร่วม	μ	σ	ระดับ
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.59	0.52	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ	2.57	0.53	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	2.48	0.55	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.17	0.76	มาก
รวม	2.57	0.51	มาก

ตารางที่ 4-4 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\mu=2.57$ $\sigma=0.51$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\mu=2.59$ $\sigma=0.52$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ($\mu=2.57$ $\sigma=0.53$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\mu=2.48$ $\sigma=0.55$) และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\mu=2.17$ $\sigma=0.76$)

ตารางที่ 4-5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจของประชากร

(N=155)

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ	μ	σ	ระดับ
1. คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพของชุมชน	2.53	0.57	มาก
2. วิเคราะห์ว่าสาเหตุของการเกิดปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.28	0.69	มาก
3. วิเคราะห์ถึงความต้องการของชุมชนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	2.31	0.64	มาก
4. มีประเมินสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยใช้แผนที่ความคิด	2.19	0.73	มาก
5. รวบรวมข้อมูลสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระดับประชาชน มากำหนดความคาดหวังในอนาคต	2.30	0.69	มาก
6. รวบรวมข้อมูลสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระดับภาค มากำหนดความคาดหวังในอนาคต	2.23	0.67	มาก
7. รวบรวมข้อมูลสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระดับรากฐาน มากำหนดความคาดหวังในอนาคต	2.25	0.66	มาก
8. รวบรวมข้อมูลสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระดับรากฐาน มากำหนดความคาดหวังในอนาคต	2.25	0.66	มาก
9. ร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มุมมองระดับประชาชน	2.25	0.69	มาก
10. ร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มุมมองระดับภาค	2.14	0.73	มาก
11. ร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มุมมองระดับกระบวนการ	2.09	0.74	มาก

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ	μ	σ	ระดับ
12. ร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มุมมองระดับรากฐาน	2.21	0.69	มาก
13. ร่วมทบทวน ตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผลและความสัมพันธ์ของจุดหมายปลายทางในแต่ละระดับ	2.13	0.71	มาก
14. ร่วมสรุปภาพรวมของผังจุดหมายปลายทางโดยการร่วมกันให้สมาชิกได้รับฟัง ทำความเข้าใจ	2.14	0.71	มาก
15. ร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางประเภทเดียวกันหรือใกล้เคียงกันไว้ด้วยกัน	2.09	0.73	มาก
16. ร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในระดับประชาชน	2.34	0.66	มาก
17. ร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในระดับภาค	2.10	0.74	มาก
18. ร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในระดับกระบวนการ	2.19	0.71	มาก
19. ร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในระดับรากฐาน	2.27	0.71	มาก
20. ร่วมเป็นผู้ตัดสินใจเลือกทางเดินของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.14	0.72	มาก
รวม	2.59	0.51	มาก

จากตารางที่ 4-5 พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.59$ $\sigma = 0.52$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า มากที่สุด คือ มีส่วนร่วมคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพของชุมชน ($\mu = 2.53$ $\sigma = 0.57$) รองลงมา มีส่วนร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในระดับประชาชน ($\mu = 2.34$ $\sigma = 0.66$) และมีส่วนร่วมวิเคราะห์ถึงความต้องการของชุมชนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ($\mu = 2.31$ $\sigma = 0.64$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4-6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ
ของประชากร ($N=155$)

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ	μ	σ	ระดับ
1. ร่วมกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุม โรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน	2.28	0.69	มาก
2. ร่วมทบทวนทำความเข้าใจกันจนสมาชิกทุกคนมีความเข้าใจใน แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน	2.26	0.67	มาก
3. ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.32	0.66	มาก
4. ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจวัดความดันโลหิตของ กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.52	0.57	มาก
5. ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.33	0.74	มาก
6. ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่ม ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.38	0.60	มาก
7. ร่วมกำหนดระยะเวลาในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	2.19	0.74	มาก
8. ร่วมกำหนด ทรัพยากร(แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์)ในการจัดทำ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	2.10	0.69	มาก
9. ร่วมสร้างตัวชี้วัดความสำเร็จที่เป็นเครื่องมือในการติดตาม ความก้าวหน้าการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	2.08	0.79	มาก
10. ร่วมกำหนดทิศทางของงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	2.29	0.66	มาก
11. ร่วมคิดพิจารณาถึงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมสำคัญในการ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชุมชน	2.24	0.74	มาก
12. ร่วมกำหนดมาตรการงานทั้งทางด้านวิชาการในการควบคุม โรคความดันโลหิตสูง	2.17	0.71	มาก

ตารางที่ 4-6 (ต่อ)

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ	μ	σ	ระดับ
13. ร่วมกำหนดมาตรการงานทั้งทางด้านสังคมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	2.19	0.67	มาก
14. ร่วมกำหนดจำนวนกิจกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.28	0.67	มาก
15. ร่วมกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการทำงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.37	0.63	มาก
16. ร่วมกำหนดระยะเวลาในการทำงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.21	0.72	มาก
17. ร่วมกำหนดงบประมาณในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.17	0.73	มาก
รวม	2.57	0.53	มาก

จากตารางที่ 4-6 พบว่าค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการของประชากร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=2.57$ $\sigma=0.53$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการอยู่ในระดับมาก คือการมีส่วนร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจวัดความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.52$ $\sigma=0.57$) ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.38$ $\sigma=0.60$) และการมีส่วนร่วมกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการทำงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.37$ $\sigma=0.63$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4-7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับ
ผลประโยชน์ของประชากร ($N=155$)

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	μ	σ	ระดับ
1. ร่วมแผนงานกิจกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.14	0.74	มาก
2. ร่วมเป็นคณะกรรมการในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.14	0.77	มาก
3. ร่วมมอบหมายความรับผิดชอบในฐานะผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.25	0.74	มาก
4. ร่วมกำหนดกิจกรรมตามแผนงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกันกับชุมชน	2.26	0.67	มาก
5. ได้รับความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	2.28	0.74	มาก
รวม	2.48	0.55	มาก

จากตารางที่ 4-7 พบว่าค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=2.48$ $\sigma=0.55$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก คือ การมีส่วนร่วมได้รับความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ($\mu=2.28$ $\sigma=0.74$) การมีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมตามแผนงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกันกับชุมชน ($\mu=2.26$ $\sigma=0.67$) และการมีส่วนร่วมมอบหมายความรับผิดชอบในฐานะผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.25$ $\sigma=0.74$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4-8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล
ของประชากร ($N=155$)

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	μ	σ	ระดับ
1. ร่วมกำหนดการติดตาม กำกับ และประเมินผล ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.49	0.54	มาก
2. ร่วมนำโครงการเก่าที่มีอยู่แล้วมาปรับให้สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.19	0.701	มาก
3. ร่วมตรวจสอบว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ได้จัดทำขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน	2.23	0.66	มาก
4. ร่วมตรวจสอบ ประเมินผลของการปฏิบัติแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.25	0.69	มาก
5. ร่วมประชุมสรุปภาพรวมของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.19	0.73	มาก
6. ร่วมเฝ้าสังเกต จุดอ่อน จุดแข็งของงานที่กำลังดำเนินการอยู่	2.15	0.67	มาก
7. ร่วมสรุปรายงานในการดำเนินการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.14	0.77	มาก
8. ร่วมเสนอข้อเสนอนะในการดำเนินการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.13	0.76	มาก
9. ร่วมหาแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในการดำเนินการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	2.16	0.76	มาก
รวม	2.17	0.76	มาก

จากตารางที่ 4-8 พบว่าค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=2.17$ $\sigma=0.76$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผลของประชากรอยู่ในระดับมาก คือการมีส่วนร่วมกำหนดการติดตาม กำกับ และประเมินผล ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.49$ $\sigma=0.54$) การมีส่วนร่วมตรวจสอบ ประเมินผลของการปฏิบัติแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.25$ $\sigma=0.69$) และร่วมตรวจสอบว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ได้จัดทำขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ($\mu=2.23$ $\sigma=0.66$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=2.57$ $\sigma=0.51$) (ตารางที่ 4-4) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ ($\mu=2.59$ $\sigma=0.52$) (ตารางที่ 4-5) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการ ($\mu=2.57$ $\sigma=0.53$) (ตารางที่ 4-6) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์ ($\mu=2.48$ $\sigma=0.55$) (ตารางที่ 4-7) และการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผล ($\mu=2.17$ $\sigma=0.76$) (ตารางที่ 4-8) ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่า อาจเนื่องมาจากประชากรที่ศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.9) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ตารางที่ 4-3) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนหนึ่งเป็นการค้นหาปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน ทำตนเป็นแบบอย่างและสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชนและชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังได้รับการฝึกทักษะด้านการแก้ปัญหาสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพต่างๆ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) จึงมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำ เรียนรู้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ อำพันศิริ (2550) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการบริหารจัดการจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนในระดับมาก นอกจากนี้ยัง

สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนในงานสาธารณสุขของ เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542) โดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน ทั้งนี้ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มบุคคลที่ทำงานด้านสุขภาพและมีบทบาทหน้าที่การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปนัดดา พูใจ (2554) ที่กล่าวถึงแกนนำสุขภาพชุมชน ซึ่งได้แก่ บุคคล/กลุ่มคนที่อาสาสมัครทำหน้าที่ให้ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน เป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งร่วมแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

นอกจากนั้นปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพของประชากรส่วนมากคือรับจ้างทั่วไป (ตารางที่ 4-2) ซึ่งเป็นอาชีพอิสระที่ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของผู้ทำงานว่าจะรับงานหรือไม่ทำ สอดคล้องกับแนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ที่กล่าวว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อาชีพ รายได้ การสนับสนุนของครอบครัว และสถานภาพทางสังคม มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบุคคล

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในแต่ละขั้นตอน พบว่าการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=2.59$ $\sigma=0.52$) (ตารางที่ 4-5) โดยพบว่าประชากรมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ มีส่วนร่วมคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพของชุมชน ($\mu=2.53$ $\sigma=0.57$) รองลงมา มีส่วนร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในระดับประชาชน ($\mu=2.34$ $\sigma=0.66$) และมีส่วนร่วมวิเคราะห์ถึงความต้องการของชุมชนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ($\mu=2.31$ $\sigma=0.64$) ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่า ขั้นตอนในการตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่แกนนำชุมชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการกำหนดปัญหาสุขภาพจากการที่แกนนำในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของกองทุนสุขภาพตำบลहारแก้วและได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกันในกิจกรรมสุขภาพของชุมชนมาตลอด สอดคล้องกับ อุทัยวรรณ กาญจนกมล (2541) ที่กล่าวว่า การที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น เริ่มต้นโดยชุมชนเป็นผู้ริเริ่มหรือผู้กระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง โดยหน่วยงานภายนอกเป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น หรือหากองค์กรชุมชนมีโอกาสเป็นภาคีในการดำเนินงานร่วมกับภาครัฐ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกันทั้งนี้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐต่างก็เคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกันทั้งนี้อาจเริ่มตั้งแต่ระบกกำหนดหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชนสามารถพัฒนา หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเองในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งในการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบลहारแก้ว พบว่า แกนนำได้ร่วมวิเคราะห์ บริบทของตนเอง โดยการแสดงความคิดเห็นในการกำหนดให้โรคความดันโลหิตสูงปัญหาสุขภาพของ

ชุมชนนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนที่ 1 คือการวิเคราะห์บริบท และวิเคราะห์สถานการณ์ ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยขั้นตอนดังกล่าวเป็นการใช้แผนที่ ความคิด/แผนที่จิตใจ (Mind Map) ในการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ โดยวิเคราะห์ไป พร้อมๆ ในทุกมิติ ทุกมุมมอง ทั้งมุมมองเชิงคุณค่า (ประชาชน) มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ภาคี) มุมมองเชิงการบริหารจัดการ (กระบวนการ) และมุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา (รากฐาน) ทั้งนี้เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์กันอย่างเป็นเหตุเป็นผล ระหว่างเป้าหมายผลิตและ กระบวนการที่จะทำให้เกิดบรรลุในสิ่งที่พึงประสงค์ในเวลาที่กำหนด ทั้งแผนที่ความคิดช่วยให้เห็น ความคิดและความคิดเห็นของทุกคนร่วมกัน พร้อมทั้งเห็นความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้องของสิ่ง ต่างๆ ที่ร่วมกันวิเคราะห์ นอกจากนั้นสามารถเพิ่มเติมความคิดได้ โดยไม่มีข้อจำกัด นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับขั้นตอนที่ 2 การกำหนดจุดหมายปลายทาง คือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายในระยะเวลา ที่กำหนดและภายใต้ความสามารถในการจัดการได้ขององค์กร ท้องถิ่น หรือชุมชน ผู้ซึ่งกำหนด โดยมิหวังพึ่งพิงจากองค์กรภายนอกเป็นหลัก และจุดหมายปลายทางเป็นจุดตั้งต้นของการสร้างแผน ที่ยุทธศาสตร์ที่จะระบุเวลาที่ชัดเจนกว่าภาพฝันหรือภาพอนาคตที่คาดหวัง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจในของชุมชนอย่างแท้จริง (อมร นนทสุต, 2555)

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=2.57$ $\sigma=0.53$) (ตารางที่ 4-6) โดยพบว่า ประชากรมีส่วนร่วมมากที่สุดได้แก่การมีส่วนร่วม กำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจวัดความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน ชุมชน ($\mu=2.52$ $\sigma=0.57$) รองลงมา ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.38$ $\sigma=0.60$) และการมีส่วนร่วมกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ในการทำงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.37$ $\sigma=0.63$) ตามลำดับอธิบาย ผลได้ว่าในการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการนั้นในตำบลหารแก้วได้จัดให้แกนนำซึ่งส่วนใหญ่ เป็นอาสาสมัครเป็นผู้รับผิดชอบในการวัดความดันโลหิตในชุมชนโดยมีการจัดอบรมทักษะการใช้ เครื่องวัดความดันโลหิตและการแปลผลเพื่อให้เกิดการรับผิดชอบงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหารแก้ว ซึ่งสอดคล้องกับการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนที่ 5 โดย ขั้นตอนดังกล่าวมีการ อธิบายการทำงานหรือนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัดโดยเฉพาะช่องที่ 4 โดย แบ่งออกเป็นมาตรการทางวิชาการ (งานวิชาการ) ตามมาตรฐานงานกำหนด ส่วนช่องที่ 5 มาตรการ ทางสังคม (งานสังคม) โดยชุมชนจะเป็นผู้ร่วมกำหนด (อมร นนทสุต, 2555) สอดคล้องกับแนวคิด ของ ทศนัย พริยาสัยสันติ (2537) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสถาบันชุมชนว่า ปัจจัยผลักดันการเข้าร่วมของประชาชนส่วนหนึ่ง ได้แก่ การจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย

การรณรงค์และเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคต่างๆ การถ่ายทอดความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลตนเอง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2548)

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการการรับผลประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=2.48$ $\sigma=0.55$) (ตารางที่ 4-7) โดยพบว่า ประชากรมีส่วนร่วมมากที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมได้รับความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ($\mu=2.28$ $\sigma=0.74$) รองลงมา การมีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมตามแผนงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกันกับชุมชน ($\mu=2.26$ $\sigma=0.67$) และการมีส่วนร่วมมอบหมายความรับผิดชอบในฐานะผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.25$ $\sigma=0.74$) ตามลำดับ อธิปราชผลได้ว่า การที่แกนนำชุมชนได้การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชนเช่น ร่วมรณรงค์คัดเลือกรางวัลและอวมงคล, ร่วมรณรงค์ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, ค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน, รณรงค์คัดเลือกรางวัล จัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบสุขภาพวิถีไทย ทั้งยังเข้าร่วมจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนทำให้ได้รับความรู้เกิดความเข้าใจในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจึงสามารถมีส่วนร่วมการกำหนดกิจกรรมและมอบหมายความรับผิดชอบในฐานะผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับ นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547) การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินโครงการ ร่วมรับผลประโยชน์และประเมินผลจากโครงการนั้นๆทั้งนี้สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนที่ 4 การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการการใช้ประโยชน์ของแผนที่ยุทธศาสตร์ให้เกิดการปฏิบัติจริง โดยเลือกใช้เป็นบางส่วนทั้งนี้โดยสร้างแผนที่ฉบับปฏิบัติการเฉพาะส่วนที่ทำได้จริงโดยที่ผู้บริหารเลือกทางเดินที่คาดว่าจะทำให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่สะดวกรวดเร็วที่สุด เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ภายในเวลาสั้นที่สุด (อมร นนทสุต, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพัฒน์ หอมสุวรรณ (2539) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล และการมองเห็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว

สำหรับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=2.17$ $\sigma=0.76$) (ตารางที่ 4-8) โดยพบว่า ประชากรมีส่วนร่วมมากที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมกำหนดการติดตาม กำกับ และประเมินผล ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.49$ $\sigma=0.54$) รองลงมา การมีส่วนร่วมตรวจสอบ ประเมินผลของการปฏิบัติแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($\mu=2.25$ $\sigma=0.69$) และร่วมตรวจสอบว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ได้จัดทำขึ้นสามารถตอบสนอง

ต่อความต้องการของชุมชน ($\mu=2.23$ $\sigma=0.66$) ตามลำดับ อธิบายผลได้ว่า จากการที่ประชากรส่วนมากเป็นบุคคลในชุมชนโดยมีระยะเวลาการอยู่อาศัยในชุมชนในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 39.4) (ตารางที่ 4-3) ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของมีความห่วงใยต่อสุขภาพของชุมชนจึงมีส่วนร่วมในการประเมินผลพร้อมทั้งตรวจสอบว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ได้จัดทำขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้หรือไม่ซึ่งสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนที่ 5 ที่อธิบายการมีส่วนร่วมการทำงานหรือนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมในการติดตามประเมินผลโดยผ่านตาราง 11 ช่องซึ่งตารางดังกล่าวอธิบายวิธีการทำงานในการสร้างแผนปฏิบัติการรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมสำคัญ มาตรการหรืองาน(การกระทำ)ทั้งทางด้านวิชาการและด้านสังคม ตัวชี้วัดผลงาน ตัวชี้วัดผลสำเร็จพร้อมหลักเกณฑ์ ปริมาณงานหรือเป้าหมายในการทำงาน ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละงานแต่ละกิจกรรม การใช้ประโยชน์แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในขั้นตอนของการนิยามเป้าประสงค์หรืออธิบายการทำงาน ทั้งนี้ตารางจะช่วยให้ง่ายต่อการติดตามและประเมินความก้าวหน้าต่อไป (อมร นนทสุต, 2555) สอดคล้องกับแนวคิดของ ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการพัฒนาโดยให้บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนอันได้แก่ ร่วมกันค้นปัญหา ร่วมวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการติดตามผล ประเมินผล รวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการดังกล่าว จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

โดยสรุปการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ชี้ให้เห็นว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการดำเนินงาน แกนนำชุมชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และมีส่วนในการประเมินผลโดยการกำหนดปัญหาสุขภาพ เป้าประสงค์ วิเคราะห์ความต้องการของชุมชน กำหนดผู้รับผิดชอบในการค้นหา การให้ความรู้ กลุ่มเป้าหมายในการทำงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้รับความรู้ ได้รับมอบหมายหน้าที่ ได้กำหนดกิจกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยเกิดจากความเชื่อมโยงระหว่างกันและกันของยุทธศาสตร์ในแต่ละขั้นและการปฏิบัติงานของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว ที่จะก่อให้เกิดผลผลิตหรือผลลัพธ์ตามเป้าประสงค์ที่ระบุไว้ในยุทธศาสตร์อย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งจะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถมองเห็นภาพรวมของยุทธศาสตร์ในการทำงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตำบลหารแก้วตามกระบวนการอันจะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดร่วมกันต่อไป