

# บทที่ 1

## บทนำ

### ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

ปัญหาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง นับเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยในปัจจุบันมีประชากรหลายร้อยล้านคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี พ.ศ.2548 มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากถึง 35 ล้านคน และหากไม่เร่งแก้ไข คาดว่าในปีพ.ศ.2558 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้นประมาณ 41 ล้านคน โดยมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงที่มาจากพฤติกรรมการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม อันเป็นผลมาจากอิทธิพลกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม ความเจริญทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและสังคม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคที่ไม่ได้สัดส่วน หวาน มัน เค็ม การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีประมาณ 10.1 ล้านคน ซึ่งเกิดจากการขาดโอกาสในการเข้าถึงการคัดกรองและการรักษาของผู้ป่วย (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ,2551) และจากข้อมูลสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ.2551 อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 3,900 คนต่อประชากรแสนคน ในขณะที่อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าปีพ.ศ. 2541 มีอัตราผู้ป่วย 1,696 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 3,409 คนต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 8,605 คนต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขคาดว่าจะมีผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 10 ล้านคน ซึ่ง 7 ล้านคนของคนกลุ่มนี้ ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย อาทิ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

จากข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าประชาชนไทยนับล้านคนต้องเผชิญและเสี่ยงกับโรคความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งๆ ที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ หากได้รับการเอาใจใส่ดูแลด้านพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกและต่อเนื่อง นอกจากนั้นโรคความดัน

โลหิตสูงนี้ยังเป็นภาระมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้ง สุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ในปี พ.ศ.2550 มีการวัดความดันโลหิตประชาชนไทย อายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 20.7 ล้านคน พบว่ามีความดันโลหิตผิดปกติ 2.4 ล้านคน ซึ่งจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกโดยที่ประชาชนจำนวนมากไม่รู้ตัวว่าตนเองมีความผิดปกติ จะทราบก็ต่อเมื่อเกิดผลแทรกซ้อนขึ้นแล้ว ซึ่งอาจเสียชีวิตฉับพลันหรือเกิดความพิการที่ไม่อาจแก้ไขได้

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่กว่าแปดแสนคนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เป็นกลไกสำคัญและเป็นทุนทางสังคมของการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักและทำการป้องกันซึ่งนับว่าเป็นวิธีการที่ได้ผลและประหยัดงบประมาณ จึงมีโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน ในระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 27 พฤศจิกายน 2552 ถึง วันที่ 5 ธันวาคม 2552 โดยเน้นการตรวจสุขภาพเชิงรุก โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ เพื่อจะได้วางกลยุทธ์เชิงรุก ในการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้ประชาชนได้รับทราบภาวะสุขภาพของตนเองและลดความเสี่ยง รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรง จากผลการดำเนินการโครงการระยะที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมดำเนินการคัดกรองผู้ตรวจโรคความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด 21,168,414 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพประชาชนในจังหวัดปัตตานี พบว่า สาเหตุ การตาย 5 อันดับแรก (อัตราต่อแสนประชากร) คือ จากอุบัติเหตุอื่น ๆ โรคมะเร็ง, โรคหัวใจ, โรคโลหิตเป็นพิษ โรคความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราเกิด 36.91, 33.64, 24.29, 21.33, 13.70 ตามลำดับ และโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญที่สุดของจังหวัดปัตตานี คือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราป่วยของ โรคความดันโลหิตสูง อัตรา 1,627.10 ต่อแสนประชากร(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2551) จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดปัตตานีทำให้สาธารณสุขจังหวัดปัตตานีมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมอนามัยของคนในชุมชน และเป็นแกนหลักในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนในชุมชน โดยนั้น ๆ ใด ๆ ไรก็ดี โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถควบคุมและป้องกันได้ หากประชาชนได้รับการดูแลเอาใจใส่แนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นให้ตระหนักต่อการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นทุกปีส่งผลให้สาธารณสุขอำเภอ ได้ดำเนินการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยมีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้ป่วยและรณรงค์ประชาชนในตำบลให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ แนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง จากผลการปฏิบัติงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งไว้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ว่ามีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติงาน ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออื่นๆ ดังนั้น การศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี จึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรการและกลวิธีการดำเนินงานที่จะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการให้บริการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเสนอตามลำดับดังนี้

- 1.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3.แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 4.ข้อมูลทั่วไปของอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี
- 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

### 1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม มีความหมายใน 2 ลักษณะ (ปารีชาติ วลัยเสถียร, 2543 : 138-139) คือ 1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

### 2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชน หรือชุมชน พัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2.2 การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้ภูมิภาคมีลักษณะเป็นเอกเทศ ให้มีอำนาจทางการเมือง การบริหาร มีอำนาจต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจ (empowerment) ในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาที่เท่าเทียมกันของชายและหญิง (Gender) ในการดำเนินงานพัฒนาด้วย

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 4) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม คือการที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆหรือเข้าร่วมการตัดสินใจ หรือเคยเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

สมพันธ์ เตชะอธิก (2547 : 113) การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง การมีส่วนร่วมตั้งแต่คิดโครงการ กิจกรรม โดยเริ่มค้นหาปัญหา สาเหตุ วางแผน ตัดสินใจดำเนินงาน ระดมทรัพยากร กำหนดเป้าหมาย สรุปบทเรียน ติดตามประเมินผล รับผลที่เกิดร่วมกัน โดยทั้งนี้ต้องตั้งอยู่ในความเป็นธรรม

จินตนา สุขจรรย์ (2549 : 48) การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง กระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน โดยให้สมาชิกในชุมชนนั้นๆ เข้ามาร่วมกันวางแผน ปฏิบัติและประเมินงาน

เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงไม่ใช่เป็นการให้ข้อมูลของชาวบ้าน เพื่อประกอบการวางแผนงานเท่านั้นหรือเป็นการเปิดโอกาสให้ชาวบ้านเข้าไปเป็นสมาชิก ร่วมเสียดลเงินและแรงงานปฏิบัติตามในสิ่งที่ถูกกำหนดมาจากทางราชการเท่านั้น

กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ (2550 : 56) การมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ทั้งร่วมความคิด ร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาตนเอง เป็นการเน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และความชำนาญ การมีทักษะของประชาชนในการแก้ปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยาการภูมิปัญญาที่เหมาะสม การสนับสนุน ให้กำลังใจ และปฏิบัติการประเมินผลร่วมกัน

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่ประชาชน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมประเมินผล ร่วมรับผิดชอบ ร่วมรับผลของการพัฒนา ซึ่งเกิดจากความต้องการและสนใจร่วมกันอย่างแท้จริงเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างเดียวกัน สามารถนำไปสู่การพัฒนาชุมชนของตนเองได้สำเร็จ และนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆต่อไป

## 1.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

จินตนา สุจอนันท์ (2549 : 48) กล่าวว่า การพัฒนาที่ผ่านมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4 การมีส่วนร่วมของประชาชนถูกละเลยและมิได้ถูกดึงเข้ามาเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการพัฒนา จนกระทั่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญคือ

1. ช่วยให้ประชาชนยอมรับโครงการมากขึ้น เนื่องจากเป็น โครงการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน
2. ประชาชนมีความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นเจ้าของโครงการมากขึ้น
3. การดำเนินงานของโครงการ ได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากขึ้น
4. โครงการให้ประโยชน์แก่ประชาชนมากขึ้น และมีการระดมทรัพยากร เพื่อการพัฒนา  
มากขึ้น
5. ช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนมากขึ้น

สนธยา พลศรี (2550 : 166-167) ให้ความสำคัญของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมว่า การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนและการพัฒนาชุมชนหลายประการดังนี้

1. เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ และเป็นสิทธิมนุษยชนที่ประชาชนมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกระดับ

2. สอดคล้องกับปรัชญา แนวความคิดและหลักการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ที่เห็นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ ซึ่งนำไปใช้และประสบความสำเร็จในการพัฒนามาแล้ว

3. เป็นเครื่องชี้วัดความสำเร็จนโยบายของรัฐบาลในเรื่องการกระจายอำนาจในการพัฒนา และการกระจายอำนาจทางการเมืองการปกครองไปสู่ประชาชนและท้องถิ่น

4. นำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน เพราะกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมคนในชุมชนได้ร่วมกันเรียนรู้ปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การติดตามผลการดำเนินงาน โดยไม่ต้องพึ่งพาคนภายนอกชุมชน

5. ทำให้ดำเนินการพัฒนาชุมชนได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนและชุมชน เพราะข้อมูลได้มาจากการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ของคนในชุมชนจึงถูกต้อง ตรงประเด็นและเหมาะสมกับสภาพของชุมชน

6. เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล กลุ่มและองค์กรในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ชุมชนมีพลังต่อรองกับผลประโยชน์อื่นๆ และเป็นที่ยอมรับของภาคราชการ

7. เป็นการสร้างความพึงพอใจร่วมกัน ทำให้การพัฒนามีความชอบธรรมเป็นที่ยอมรับร่วมกันภายในกลุ่ม องค์กรและชุมชน ไม่สร้างความขัดแย้งให้เกิดขึ้นในชุมชน

8. ทำให้เกิดความรักหวงแหน รับผิดชอบและเป็นเจ้าของชุมชน เพราะการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในฐานะที่เป็นเจ้าของชุมชน พัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

9. เป็นกระบวนการสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนให้ประสบความสำเร็จ เพราะการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นการรวมพลังของคนในชุมชนซึ่งเป็นวิธีการเดียวกับการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน

10. ช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐบาล เพราะการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นการพัฒนาของคนในชุมชน โดยคนในชุมชนและเพื่อคนในชุมชนอย่างแท้จริง รัฐบาลเป็นเพียงผู้สนับสนุนในบางส่วนเท่านั้น

สรุปได้ว่าความสำคัญของการมีส่วนร่วม คือการช่วยให้เกิดการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และเป็นพลังในการต่อรองกับ กลุ่มผลประโยชน์อื่นๆในสังคมได้ เป็นความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ดีที่สุดในการแก้ปัญหาของชุมชนตนเอง

### 1.3 หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 14-15) มีหลักการพื้นฐานสำคัญ 10 ประการที่ควรคำนึงถึง คือ

1. เชื่อว่ามนุษย์ต่างมีความคิดและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน
2. เชื่อว่าทุกคนไม่ได้ชั่วดี มาตั้งแต่เกิด โดยเหตุที่เขาอาจนอนอยู่นั้นมิใช่จากกรรมเก่า

3. ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ เพราะถ้ามีการใช้เทคโนโลยีโดยที่มนุษย์ไม่มาร่วมคิด ร่วมรับรู้ หรือเข้าใจเพียงพอก็อาจไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร หรือตรงข้ามกลับใช้เพื่อทำลายเพื่อนมนุษย์ด้วยกันเอง หรือสิ่งแวดล้อมได้

4. เชื่อว่าชาวชุมชนต่าง ๆ มักมีภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของคนในระดับหนึ่ง บางเรื่องที่ชาวชุมชนยึดถือจึงต้องค่อย ๆ ให้ปรับตัวผสมผสานกับวิทยาการภายนอก

5. ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสามารถพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ของคนให้ดีขึ้น ถ้าได้รับโอกาสที่จะร่วมคิด ร่วมเข้าใจ และร่วมจัดการ เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม การที่มนุษย์บางกลุ่มปฏิเสธเทคโนโลยีอย่างสิ้นเชิง ก็เป็นไปตามระดับการเข้าใจในเทคโนโลยีนั้นอย่างถูกต้องหรือไม่ และมีกลวิธีปรับความเข้าใจนั้นมาสู่ระดับที่แต่ละฝ่ายยอมรับได้เพียงใด ซึ่งต้องให้ได้รับโอกาสที่จะเข้าใจ และยอมรับให้เหมาะสมกับตนเองอย่างเหมาะสม

6. การมีส่วนร่วมยังมีเพิ่มขึ้น เมื่อมีสภาพที่เหมาะสมต่อไปนี้

6.1 ประชาชนในท้องถิ่นได้รู้สึกว่าเขาได้ควบคุมโชคชะตาของตนเอง แทนที่จะเป็นบุคคลที่อื่นที่ “เขาไม่รู้จักร” หรือที่ “เขาไม่ไว้วางใจ” ที่บอกเข้ามาช่วยเขา แต่บ่อยครั้งไม่ได้ช่วยจริงจัง

6.2 ผู้ที่จะเข้าร่วมต้องมีอิสรภาพ ได้รับความเสมอภาคและได้รับความจริงใจให้เข้ามีส่วนร่วม ทั้งนี้การมีส่วนร่วมจะเกิดอย่างเต็มที่และจริงจังเมื่อบุคคลนั้น ๆ ไม่ถูกบังคับให้จำยอมเข้าร่วมและ ที่สำคัญคือต้องเข้าร่วมด้วยโดยเท่าเทียมกับผู้มาร่วมด้วยทุกคน อีกทั้งโครงการให้ความจริงใจด้วย

6.3 ผู้ที่จะเข้าร่วมด้วยต้องมีความสามารถพอที่จะมีส่วนร่วมด้วยได้ กิจกรรมหลายเรื่อง ประชาชนทั่วไปอาจมีส่วนร่วมด้วยได้ แต่ที่ในกิจกรรมเฉพาะ เช่น การแพทย์ การก่อสร้างอาคารสูง การทหาร ฯลฯ หากประชาชนเข้าร่วมด้วย อาจไม่ได้ผลหรืออาจเกิดความเสียหาย

6.4 มีการสื่อสาร 2 ทาง

6.5 ผู้ที่จะเข้าร่วมได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง และสมบูรณ์ หากผู้ที่มีส่วนได้เสียได้รับข้อมูล ไม่ถูกต้องและครบถ้วน หรือสื่อสารได้ไม่ดีพอ ก็จะไม่เข้าใจได้ดีพอว่าโครงการจะทำให้เกิดผลดี ผลเสีย อย่างไรเพียงใด อาจนำไปสู่การไม่ยอมรับโครงการได้

6.6 ประชาชนมีส่วนร่วมรับทราบ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในโครงการตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้ต้องการเข้ามาร่วมกับโครงการมากยิ่งขึ้น การร่วมงานกันตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดการตัดสินใจในโครงการนั้น ๆ ในระยะยาวจะเกิดผลดียิ่งขึ้นกว่า การที่จะให้ร่วมด้วยเพียงบางส่วนหรือเข้าไป

6.7 ประชาชนมีทัศนคติต่อเจ้าหน้าที่โครงการและต่อโครงการนั้น ๆ และเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมด้วย

6.8 การมีส่วนร่วมนั้นต้องมีทำให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า ผลตอบแทนที่เขาประเมินว่าจะได้รับ

6.9 เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว จะไม่กระทบกระเทือนสถานภาพในหน้าที่การงานหรือทางสังคมให้ลดน้อยลง

6.10 มีกลวิธีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างโครงการ และผู้มีส่วนได้เสีย เป็นอย่างดี

7. เชื่อว่าคนต่างกับชาวบ้านอยู่ไม่น้อย และชาวบ้านเองก็แตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้นการจะให้มีส่วนร่วมจะเอาใจเราฝ่ายเดียวไม่ได้

8. อาจใช้การมีส่วนร่วมในหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบโดยตรง คือมีส่วนร่วมโดยตัวบุคคลแต่ละคน หรือ ประชาชนก่อตั้งองค์กรขึ้นมามีส่วนร่วม หรือให้มีตัวแทนมีส่วนร่วมโดยอ้อม ซึ่งยอมขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ที่ประชาชนมีศรัทธาในตัวแทนของเขา การมีส่วนร่วมด้วยก็เพียงพอ แต่กรณีที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกันมีประชาชนหลากหลายกลุ่ม จึงควรมีตัวแทนของกลุ่มจาก หลายภาคส่วน มามีส่วนร่วมเพิ่มเติม

9. ไม่มีสิ่งใดได้มาฟรี ต้องแลกเปลี่ยนกันมีเสียไปบ้าง เพื่อจะได้มา

10. การมีส่วนร่วมต้องนึกถึงใจของผู้อื่นให้มาก มิใช่เอาแต่ใจเราฝ่ายเดียว

สรุปได้ว่าหลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ต้องมีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความคิด มีศักดิ์ศรี มีความสำคัญ มีความสามารถ มีความเสมอภาค เท่าเทียมกันทุกคน

#### 1.4 ประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชน

จินตนา สุจิตานันท์ (2549 : 49) นักวิชาการได้แบ่งประเภทการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. การมีส่วนร่วมที่แท้จริง หมายถึง การที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการ ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางแผนนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมประเมินผลโครงการ

2. การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง หมายถึง การมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนโดยเฉพาะ เข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียสละแรงงาน เงิน เป็นต้น

#### 1.5 ลักษณะของระดับการมีส่วนร่วม

จินตนา สุจิตานันท์ (2549 : 49) ลักษณะของระดับการมีส่วนร่วมโดยแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

1. การถูกบังคับ การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ เพราะถูกบังคับโดยไม่มีทางเลือกเลย เช่น ผู้เช่านาถูกเจ้าของที่ดินบังคับให้ปลูกป่า ฟืน ตามโครงการแม่บทพลังงานทดแทน มิฉะนั้นเจ้าของที่ดินจะยึดที่ดินไปให้ผู้อื่นเช่า ผู้เช่าคนนี้ก็กลายเป็นประชาชนที่มีส่วนร่วมในโครงการนี้



2. การถูกล่อ การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ประชาชนจะถูกล่อใจด้วยผลประโยชน์ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของค่าจ้างแรงงานหรือความสะดวกสบายบางอย่าง แต่เบื้องหลังจริง ๆ แล้วเป็นการหาเสียงของนักการเมืองผู้หิบบิ้นโครงการมาล่อเท่านั้น

3. การถูกชักชวน การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ประชาชนถูกชักชวนให้เข้าร่วมโครงการที่ถูกต้องและวางแผนจากทางราชการ แล้วถึงชักชวนให้ประชาชนร่วมมือโดยประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ว่าเป็นโครงการที่ดีขอให้ประชาชนให้ความร่วมมือ

4. การถูกสัมภาษณ์แล้ววางแผนให้ การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ผู้ที่วางแผนโครงการจะสำรวจปัญหาความต้องการของประชาชนโดยการประชุม และสัมภาษณ์ แต่การตัดสินใจว่าปัญหาคืออะไรจะวางแผนแก้ปัญหาอย่างไร และปฏิบัติอย่างไรยังอยู่ที่การตัดสินใจของทางราชการ

5. การมีโอกาเสนอความคิดเห็น การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ประชาชนเริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นที่เกี่ยวกับการวางโครงการและการดำเนินการตามโครงการแต่การตัดสินใจยังเป็นของส่วนราชการ

6. การมีโอกาเสนอโครงการ การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ประชาชนมีโอกาเสนอโครงการราชการกับประชาชนจะมีการปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด ประชาชนจะมีโอกาตัดสินใจว่าปัญหาของตนคืออะไร จะแก้ไขได้อย่างไร วิธีใดดีที่สุด จนกระทั่งมีสิทธิเสนอโครงการและเข้าร่วมปฏิบัติในโครงการ

7. การมีโอกาตัดสินใจ การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ประชาชนจะเป็นผู้ตัดสินใจ ทุกเรื่องตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินโครงการ

### 1.6 หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 17-18) ระดับการมีส่วนร่วม การที่จะมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด เป็นเรื่องที่มีกถกเถียงกันมาก กรณีของคนที่มีบุตร หากพิจารณาว่าในการตัดสินใจเกี่ยวกับบุตร บิดา มารดา ควรทำอะไรให้บุตรเต็ม 100% หรือไม่ สำหรับบิดามารดาที่รักบุตรมากเกินไป อาจให้บุตรมีส่วนร่วมเต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่บางท่านอาจให้บุตรมีส่วนร่วมด้วยเพียง 20 – 25% หรือยึดเอาตัวบิดา มารดาเป็นใหญ่ หรือบางท่านยอมให้บุตรตัดสินใจเรื่องหนึ่งและตนตัดสินใจร่วมด้วยอีกเรื่องหนึ่ง และนำเหตุผลมาพิจารณาร่วมกันก็มี การมีส่วนร่วมจึงขึ้นอยู่กับวัยของบุตร และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ดังนั้นระดับการมีส่วนร่วมจึงเป็นไปได้หลายกรณี เช่น

#### 1. ระดับการมีส่วนร่วมตามหลักการทั่วไป

โดยหลักการระดับการมีส่วนร่วม ขึ้นอยู่กับว่าจะมีส่วนร่วมในเรื่องประเภทใด หรือขั้นตอนใด แต่หลักใหญ่ อาจแบ่งเป็น 5 ระดับ อย่างกว้าง ๆ คือ

1.1 การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ของตน ครอบครัว ชุมชน ของตน เช่น การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนแก่แพทย์ (แต่แพทย์ต้องรับฟังด้วย) ถ้าไม่ร่วมให้ข้อมูลที่เป็นจริง หรือแพทย์ไม่ฟังจริงก็อาจรักษาไม่ได้ผลดี

1.2 การมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร เช่น การร่วมรับรู้ข้อมูลของตนจากแพทย์เพื่อจะเป็นแนวทางตัดสินใจให้ดีขึ้น เพราะสิ่งที่แพทย์รู้เกี่ยวกับตนนั้น ตนเองอาจไม่รู้

1.3 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเฉพาะเกี่ยวกับโครงการที่ตนจะมีส่วนได้เสียด้วย โดยแบ่งเป็น 3 กรณีแล้วแต่กิจกรรมนั้นตนอยู่ในขั้นตอนใดต่อไปนี้

1.3.1 คนมีน้ำหนักการตัดสินใจน้อยกว่าเจ้าของโครงการ เช่น ก่อนเริ่มทำโครงการจะตัดสินใจว่าโครงการควรทำขนาดใด ทำกิจกรรมอะไรบ้าง เป็นต้น ผู้อื่นมีส่วนร่วมด้วยน้อย

1.3.2 คนมีน้ำหนักการตัดสินใจเท่ากับเจ้าของโครงการ เช่น เมื่อเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกัน และจะตัดสินใจว่าจะเริ่มโครงการนั้นหรือไม่

1.3.3 คนมีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าของโครงการ เช่น เมื่อเป็นผู้รับประโยชน์จากน้ำที่ได้รับจากอ่างเก็บน้ำ กลุ่มผู้ได้รับประโยชน์ควรเป็นผู้มีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

1.4 การมีส่วนร่วมทำ คือ ร่วมในขั้นตอนการดำเนินงาน เช่น ร่วมสร้างถนนในชนบท

1.5 การมีส่วนร่วมสนับสนุน คือ ไม่มีโอกาสร่วมทำ แต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือ

ด้านอื่น ๆ

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 15-17) ลักษณะการมีส่วนร่วมที่ประยุกต์ จาก Brenes (1994 :p. 4) มีประเด็นสำคัญ 10 ประการ

1. ระยะเวลาและสถานที่ในการมีส่วนร่วมกับโครงการ ควรต้องให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมให้ต่อเนื่องตามวงจรชีวิตของโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนโครงการยุติ หรือหากคณะผู้บริหารเห็นว่าเหมาะสมก็ให้มีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่แต่ละคนเกี่ยวข้องด้วยจริง ๆ เท่านั้นก็ได้

2. การมีส่วนร่วม นั้น มีมิติทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดย ทางด้านปริมาณ ถ้ามีคนมามีส่วนร่วมมากก็ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกันดีขึ้นมาก จากนั้นทำให้องค์กรทางสังคม ก่อตัวขึ้น ส่วน ทางด้านคุณภาพ ควรให้มีส่วนร่วม มีมิติ ที่จะขัดขวางความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกัน ระหว่างบุคคล หรือความเป็น นาย บ่าว กัน ให้มีส่วนร่วมเสมอภาคกัน จึงจะถือว่ามีความดี

3. จะให้การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายปลายทาง หรือจะให้เป็นแนวทาง ก่อนจะให้เพียงบุคคลต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องก็พอใจคิดว่าบรรลุวัตถุประสงค์บางสิ่งแล้ว หรือจะพิจารณาว่าการมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่ต้องทำให้ดี โดยตอบให้ได้ว่า “หลังจากการมีส่วนร่วมแล้ว จะมีอะไรดีขึ้น ไม่ควรเกิดขึ้นอีกบ้าง อันเป็นการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมที่เป็นวิธีการหรือกระบวนการที่ต้องดำเนินไปอย่างคุณภาพ ซึ่งทำให้งานเกิดความสำเร็จดียิ่งขึ้น

4. การมีส่วนร่วมนี้ ตามธรรมชาติอาจเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอหรือตลอดเวลาก็ได้ เช่น เวลาเกิดภัยพิบัติคนก็มาช่วยกัน เมื่อหมดภัยแล้ว ก็แยกกันกลับไปเช่นเดิม แต่ถ้าตั้งองค์กรประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาในภัยพิบัติต่าง ๆ ในพื้นที่กว้างขวางขึ้นอาจต้องการตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมในเวลาที่ยาวนานขึ้น และอาจใช้วิธีการมีจดหมายข่าวแจ้งเรื่องไปยังประชาชนทั่วไปก็ได้

5. การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมและทางการศึกษา ซึ่งหากเกิดขึ้นได้คือให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันไปด้วย จะเป็นเสมือนการให้การศึกษา แก่สังคมไปในขณะเดียวกันแต่หลายโอกาสต้องให้เกิดความพร้อมในแต่ละเรื่อง ต้องใช้เวลารอคอยบ้างเช่นกัน

6. สถานการณ์การมีส่วนร่วมนั้น ต้องคำนึงว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริง มิใช่ เกิดขึ้นจากการออกคำสั่ง แต่จะต้องสร้างขึ้นเอง จะให้มีผู้สั่งว่ามาร่วมกันให้เต็มที่ แล้วคนก็มาร่วม คงไม่ค่อยเกิดขึ้นได้ การมีส่วนร่วมมักต้องใช้ความพยายามให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เกิดแนวคิดประชาสังคม มีจิตสำนึกสาธารณะ เคารพความหลากหลายทางความคิด เพราะทำให้มุมมองกว้างขึ้น และเกิดความรอบคอบขึ้น จนเป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน

7. มีคณะผู้บริหารการมีส่วนร่วมพิจารณา เพื่อวางแผนดำเนินการให้เหมาะสมว่าจะให้บุคคลใด กลุ่มใด เข้ามามีส่วนร่วมเมื่อใด และโดยวิธีใด ฯลฯ โดยคณะผู้บริหารการมีส่วนร่วมนี้ควรมีตัวแทนผู้ได้รับผลกระทบในจำนวนมากพอควร และให้มีความหลากหลายมากพอ

8. การมีส่วนร่วมรับรู้สภาพปัญหาโดยมีส่วนร่วม จะทำให้คนในชุมชนได้รู้สภาพที่เป็นจริงมากขึ้น การมีส่วนร่วม เพื่อค้นหาปัญหา ทำให้เมื่อเห็นปัญหาแล้วจะนำความมุ่งมั่นที่จะคิดหาทางแก้ไขด้วยกันและร่วมแก้ปัญหา นั้น ๆ ได้จะทำให้เป็นบทเรียนที่จะแก้ปัญหาเองต่อไปได้

9. คนที่อยู่ร่วมกันในชุมชนส่วนใหญ่ มิได้ใช้ชุมชนเป็นเพียงที่รวมคนคล้ายเอาก้อนหินมากองรวมกันเท่านั้น แต่คนในชุมชนหนึ่ง มักมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกัน มีค่านิยมร่วมกัน

10. ควรทำให้การมีส่วนร่วมลักษณะปณารมณัชนัประกอบไปบ้าง เพราะในสังคมไทย การมีอารมณัชนั จะช่วยให้บรรยากาศการมีส่วนร่วมเกิดขึ้นได้ดี ดังนั้นในการประชุม ถ้าใช้อารมณัชนั คนตรี เกมส์ กีฬา เข้าร่วมด้วยจะสร้างอารมณัการมีส่วนร่วมให้เพิ่มขึ้นได้

### 1.7 กระบวนการมีส่วนร่วม

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543 : 143) กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วม มีดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน จะเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ร่วมกันเรียนรู้สภาพของชุมชน การดำเนินชีวิต ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน และร่วมกันค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยจะมีการรวมกลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน และทรัพยากรที่จะต้อง

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนา โดยการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ แรงงาน เงินทุน หรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งด้านวัตถุ และจิตใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคล และสังคม

5. การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลการพัฒนา เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันที

### 1.8 ปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543 : 7) กล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมมิได้หมายความว่า หากภาครัฐซึ่งเคยมีบทบาทหลักในการพัฒนาอยู่เดิมลดบทบาทลง แล้วภาคประชาชนจะมีบทบาทในการพัฒนามากขึ้นโดยอัตโนมัติ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ซึ่งควรพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1. ปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของภาครัฐ ทั้งในระดับนโยบาย มาตรการและระดับการปฏิบัติที่เอื้ออำนาจ หรือสร้างช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชน จำเป็นที่จะต้องทำให้การพัฒนาเป็นระบบเปิด ที่มีความเป็นประชาธิปไตย มีความโปร่งใส รับฟังความคิดเห็นของทุกฝ่าย และมีการตรวจสอบได้

2. ปัจจัยด้านประชาชาติ มีสำนึกต่อปัญหาและประโยชน์ร่วม มีสำนึกต่อความสามารถ และภูมิปัญญาในการจัดการปัญหาซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์และการเรียนรู้ รวมทั้งมีการสร้างพลังเชื่อมโยงในรูปกลุ่ม องค์กร เครือข่าย และประชาสังคม

3. ปัจจัยด้านนักพัฒนา และองค์กรพัฒนา มีบทบาทในการกระตุ้น ส่งเสริมเอื้ออำนาจ กระบวนการพัฒนา สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรตลอดจนร่วมเรียนรู้กับสมาชิกชุมชน

### 1.9 วิธีการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ (2550 : 57) วิธีการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำงานชุมชน มีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การเตรียมชุมชน นัดพบและเตรียมความเข้าใจกับกลุ่มต่างๆในชุมชน เช่น คณะกรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มข้าราชการประจำ ประธานเจ้าหน้าที่ สร้างความสัมพันธ์ แนะนำต่อ ประชาสัมพันธ์ โครงการที่จะดำเนินการ พหุคูณแบบไม่เป็นทางการ กับผู้นำในชุมชน (ทั้งทางการ/ไม่เป็นทางการ)

2. การวิเคราะห์ชุมชน ศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเฉพาะ การสื่อสารในชุมชน การกระจายข่าวสารต่างๆ ในชุมชน ใครคือผู้ที่ชุมชนเชื่อฟัง เทคโนโลยี ช่องทางการส่งข่าวสาร วิเคราะห์กระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้การสังเกต การพูดคุย ชักถาม สัมภาษณ์ การปรึกษาหารือ การใช้การสนทนากลุ่ม การเฝ้าสังเกต

3. การวางแผนดำเนินการ การร่วมกันพิจารณาทรัพยากรที่จะนำมาใช้ในทางสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ เทคนิควิธีการเผยแพร่ ผู้รับผิดชอบ การประชุมกับคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ การจัดทำเครื่องมือในการเก็บข้อมูล การศึกษาข้อมูล ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้กำหนดร่วมกัน รวมทั้งการแก้ปัญหา การพิจารณาใช้ทรัพยากรของชุมชนที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดเวรยามหมู่บ้าน

4. การติดตามประเมินผล โดยการกำหนดแนวทางไว้ล่วงหน้า ส่วนหนึ่งได้จากการใช้แบบสัมภาษณ์ การสรุปกิจกรรม ร่วมประชุมกับคณะกรรมการชุมชน รับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะตลอดจนการกำหนดแนวทางติดตามต่อไป

## 2. เอกสารเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### 2.1 ประวัติความเป็นมาของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ถ้าได้ศึกษาในเรื่องแนวคิดและหลักการงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างละเอียดแล้วพบว่า งานสาธารณสุขในรูปแบบที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมด้วยนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมหรือชุมชนของประเทศไทยมาเป็นเวลานานทีเดียว “หมอดำแย” ในภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ หรือ “แม่จ้ำง” ในภาคเหนือ ได้มีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือการคลอดและดูแลสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก ซึ่งภายหลังได้รับการอบรมเพิ่มเติม ความรู้จากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถให้สามารถบริการแก่เพื่อนบ้านและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถของหมอดำแยนี้ได้กระทำกันอย่างจริงจังมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา หมอดำแยจึงได้ชื่ออีกชื่อหนึ่งที่เรียกว่า “ผดุงครรภ์โบราณ”

ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยนั้น ประชาชนเองได้พยายามจัดการรักษาพยาบาลกันเองในระยะแรกของการเจ็บป่วยขึ้น โดยใช้ยาหรือวิธีการที่เคยมีประสบการณ์กันมาหลายชั่วอายุคน นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เรียกกันว่า “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” ทำให้ผลของการรักษาการเจ็บป่วยบางชนิดผิดพลาดไป ประชาชนเกิดความไม่แน่ใจและเชื่อถือได้ ความนิยมของประชาชนลดลง แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าประชาชนทั่วไปจะขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง จากประสบการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขในการทดลองหลาย ๆ แห่งพบว่า ถ้านำประชาชนมาพัฒนาให้ถูกต้องในเรื่องความรู้ ความเข้าใจของการรักษาโรคที่เป็นปัญหาในท้องถิ่นแล้ว จะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคลงเป็นอย่างดี

มาก ตัวอย่างเช่น อาสาสมัครกำจัดโรคมาลาเรีย ซึ่งได้ดำเนินการมาเป็นเวลานานกว่า 10 ปีแล้ว เป็นตัวอย่างที่พิสูจน์ให้เห็นจริงได้อย่างแน่ชัด

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแนวคิดที่จะนำพลังหรือศักยภาพของประชาชนมาร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขก็มาจากผลของงานบริการสาธารณสุขที่ไม่สามารถจะมีผลครอบคลุมบริการที่จำเป็นของ ประชาชนทุกคนได้ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบททั้งบริการด้านรักษาพยาบาล บริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือลักษณะของปัญหาสาธารณสุขที่พบในชนบทนั้นในอดีตเกิดจากการครอบงำของปรัชญาวิทยาศาสตร์การแพทย์ชั้นสูง (scientific medicine) ซึ่งกำหนดให้การสาธารณสุขเน้นการรักษา และมีทัศนคติวิเคราะห์การเจ็บป่วยอย่างคับแคบในเชิงวิทยาศาสตร์ชีวภาพเท่านั้น เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสูงและมีราคาแพง ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาค่ามาก มีข้อจำกัดในการกระจายบริการทางการแพทย์ให้เป็นที่ไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (equity) และมีลักษณะแปลกแยกจากวิถีชีวิตคนส่วนใหญ่ที่สำคัญที่สุด คือมีแนวโน้มที่จะสนองตอบปัญหาและความต้องการเฉพาะกลุ่มที่มีความสามารถเข้าถึงบริการมากกว่าคนส่วนใหญ่ที่ควรทำความเข้าใจให้ถูกต้องสุขภาพคือภาวะการดำรงอยู่อย่างสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจของคน ซึ่งเป็นผลมาจากสังคมที่ครอบงำทั้งหมดส่วนหนึ่งด้วย การแก้ไขจึงต้องใช้มาตรการทางการแพทย์และสังคมไปพร้อมกัน และมากกว่าร้อยละ 70 เป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจ ในเรื่องรวมของโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านั้น สามารถป้องกันได้ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจของตนเอง ในขณะที่ความไม่รู้และไม่เข้าใจทำให้ประชาชนต้องประสบกับอันตรายมากต้องดูแลรักษาพยาบาลกันเองโดยไม่พยายามไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดในระยะเริ่มแรก เป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปโดยไม่ควร เหตุผลที่สำคัญมากประการหนึ่งคือ เรื่องสุขภาพอนามัยนั้นเป็นเรื่องของส่วนบุคคลทุกคน เป็นสิทธิโดยชอบธรรมที่คนทุกคนจะต้องรู้และมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเอง รัฐบาลมีหน้าที่ที่จะต้องทำให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถที่จะป้องกัน ส่งเสริม และดูแลตนเองทุก ๆ คน โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมกันของทุกคนเป็นหลักการสำคัญ อันจะนำไปสู่หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) การพึ่งตนเอง (self – reliance) และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (appropriate technology) การผสมผสาน (integrate) โดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐในการแก้ไขปัญหา ของกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ในชุมชน ลดความถือถือของวิชาแพทย์ (demistification of medical profession) และการกระจายความรู้และเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ (Localization of public health) ทั้งนี้เพื่อให้สาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบที่สะท้อนและพัฒนาจากสภาพเศรษฐกิจสังคม การเมืองของชุมชนและประเทศ สอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรมและการดำรงชีวิตอยู่ในวิถีที่เงื่อนไขทางเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศจัดหาให้ได้บนพื้นฐานสำนักแห่งการพึ่งพาตนเองและการกำหนดโดยประชาชนเอง

สำหรับประเทศไทย ในปี 2505 และปี 2507 ได้มีโครงการทดลองเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับตำบลโดยการฝึกอบรมเพิ่มความรู้ทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้มากยิ่งขึ้นและนอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการพัฒนาฝึกอบรมให้กับนักศึกษาแพทย์ให้เห็นความสำคัญของการสาธารณสุขชุมชน โดยหวังกระจายแพทย์ไปสู่ชนบทมากยิ่งขึ้น แต่ผลกระทดลองของโครงการดังกล่าวไม่สำเร็จเท่าที่ควร ประชาชนยังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดี และครอบคลุมได้ นายแพทย์สมบูรณ์ วัชรโรทัย นายแพทย์อมร นนทสุด นายแพทย์ไพโรจน์ นิลสถานนท์ จึงได้ทบทวนนโยบายใหม่ว่าควรดำเนินการแก้ไขใหม่ โดยเอาประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จากเหตุผลที่มองว่า อัตราการใช้บริการยังต่ำนั้นเพราะขาดความร่วมมือจากชุมชน ประชาชนไม่เข้าใจลักษณะของบริการและการใช้ประโยชน์จากบริการ จึงได้ดำเนินการใหม่โดยคัดเลือกชาวบ้านมารับการฝึกอบรมในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ คือการรักษาโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อย ๆ ในท้องถิ่น ความสำคัญของการให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเน้นเรื่องสูบน้ำ โรคพยาธิ มาลาเรีย ฝึกให้ชาวบ้านเจาะเลือดและให้การรักษารักษาขั้นต้นเพื่อควบคุมมาลาเรีย การวางแผนครอบครัว โดยให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมแล้วไปแนะนำการวางแผนครอบครัว การติดตามการวางแผนครอบครัว ซึ่งในช่วงนั้นเน้นยามืดคุมกำเนิด ซึ่งเมื่อได้ศึกษาวิเคราะห์แล้วจะพบว่าในทางปฏิบัติมิได้ใช้แนวความคิดของการมีส่วนร่วมตามทฤษฎีแต่เป็นการมีส่วนร่วมจ่ายเงินของประชาชนมากกว่า ในลักษณะของการจัดหาทุนจากชุมชนเพื่อนำมาสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งปรากฏออกมาในรูปกองทุนยาและสหกรณ์ยา ส่วนอีกด้านหนึ่งที่น่าเอาแนวความคิดแบบเงินมาใช้ คือการจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Village Health Communicator) โดย ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่สื่อข้อมูลข่าวสารและคอยประสานกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขในหมู่บ้าน มีครัวเรือนรับผิดชอบประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ต่อ 1 คน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่เหมือนผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ทำหน้าที่รักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วย สมมติฐานในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็คือทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นหัวหน้ากลุ่ม โดยมีโครงการทดลองตั้งแต่ปี 2513 เป็นต้นมา จากการทดลองที่ได้ผลในหมู่บ้านทำให้มีการพูดถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนออกไปอย่างกว้างขวาง กระทรวงสาธารณสุขเน้นโครงการอบรมชาวบ้านให้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเป้าหมายให้ทุกหมู่บ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนกองทุนยาอย่างทั่วถึงเพื่อเป็นหลักประกันการแพร่กระจายของงานสาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นทั้งยุทธศาสตร์และยุทธวิธีของสาธารณสุขมูลฐาน ที่จะก่อให้เกิดภาวะสถาบัน เพื่อการต่อรองให้มีเพิ่มมากขึ้น แต่ในสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เป็นเพียงเครื่องมือส่วนที่เพิ่มขึ้นจากจุดสุดท้ายของบริการของรัฐเท่านั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงไม่สามารถช่วยสร้างสถานภาพการต่อรองของประชาชนได้อย่างแท้จริง (อภิชัย พันธเสน, 2539 : 8,17)

อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มนี้ดำเนินงานในรูปแบบของอาสาสมัครเป็นภาคบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยร่วมมือกันจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานจะเน้นเรื่องเวชศาสตร์ป้องกัน การที่จะให้ประชาชนช่วยดูแลกันเองและนำความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองก็จะช่วยลดปัญหาความเจ็บไข้ได้ระดับหนึ่ง และถ้าหากประชาชนยังเกิดมีปัญหาในระดับที่ไม่รุนแรงมากนัก ก็พอจะอาศัยพึ่งผู้จากหมู่บ้านในรูปของกองทุนยาหรือสหกรณ์ยาได้ ลักษณะการดำเนินงานเป็นการดำเนินงานสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเหลือทางด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การรักษาต่อเนื่องและระบบส่งต่อผู้ป่วย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่เม็ดกรวดเม็ดทรายเมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงดั่งภูผา พร้อมทั้งจะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

## 2.2 ประเภทและจำนวน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้ พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข



ประจำหมู่บ้าน เขตชุมชนแออัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 20 - 30 หลังคาเรือน เขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน

### 2.3 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในระแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
2. สมัยใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
3. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1 - 2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
4. อ่านออกเขียนได้
5. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
6. ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

### 2.4 วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้านออกเป็นคุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้ม นั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำละแวกบ้านหรือคุ้ม หนึ่ง การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส

## 2.5 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1. วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของทำให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

2. เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
4. การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
5. สุขวิทยาส่วนบุคคล
6. การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
7. การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
8. การฟื้นฟูสุขภาพ
9. การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
10. การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.
11. การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## 2.6 การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

## 2.7 วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### 1. วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี

เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยตนเอง เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้านเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

### 2. การฟื้นฟูสภาพ

#### 1. ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

#### 2. ตาย

#### 3. ลาออก

#### 4. ย้ายที่อยู่

5. ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

## 2.8 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือ

โรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระตุกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมั่นเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8. คุณเลขาธิการประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

### 3. เอกสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

#### 3.1 ความหมายของความดันโลหิต

สุคาร์ตัน \_ \_ (2538 : 29) ว่า การหมุนเวียนของกระแสโลหิตในร่างกายมนุษย์จะมีโลหิตบรรจุอยู่ในระบบหมุนเวียนประมาณห้าลิตร มีหัวใจทำหน้าที่เสมือนเครื่องสูบน้ำคอยสูบฉีดโลหิตให้ไหลเวียนไปเลี้ยงร่างกายส่วนต่าง ๆ เลือดเสียซึ่งในที่นี้จะเรียกว่าโลหิตดำ จะถูกสูบกลับมายังหัวใจซีกขวา ก่อนนำสู่ไปสู่อุดเพื่อทำการฟอกกับอากาศให้กลายเป็นเลือดดีหรือโลหิตแดง จากนั้นโลหิตแดงจะถูกสูบกลับมายังหัวใจซีกซ้ายก่อนนำส่งไปเลี้ยงยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ตับและไตจะทำหน้าที่ขจัดของเสียต่าง ๆ ที่อวัยวะอื่น ๆ ขับออกมา สารอาหารต่าง ๆ จะได้รับจากลำไส้เล็กซึ่งคอยดูดซึมจากอาหารที่เรารับประทานเข้าไป

เราเรียกเส้นเลือดที่ออกจากหัวใจว่า เส้นโลหิตแดง และเรียกเส้นเลือดที่วิ่งเข้าสู่หัวใจว่า เส้นโลหิตดำ เส้นโลหิตแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจซีกซ้าย หน้าที่ส่งโลหิตแดงไปสู่ร่างกาย มีชื่อเรียกว่าเอออร์ตา เส้นโลหิตเอออร์ตาทอดตัวเป็นแนวยาวขนานกับกระดูกสันหลังจนถึงช่องท้องส่วนล่าง ก่อนแยกแขนงออกเป็นซีกขวาเพื่อเลี้ยงขาและอวัยวะส่วนล่างของร่างกาย ตรงส่วนต้นของเส้นโลหิตเอออร์ตาได้มีแขนงแยกออกเพื่อนำโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย ส่วนศีรษะและแขนงเส้นโลหิตเอออร์ตาและแขนงที่กล่าวนี้เปรียบเสมือนทางหลวงสายใหญ่ที่เชื่อมโยงเมืองสำคัญเข้าไว้ด้วยกัน เราสามารถสัมผัสการเต้นของชีพจร ได้อย่างชัดเจนในบริเวณที่เส้นโลหิตเหล่านี้ทอดผ่าน เช่น บริเวณซอกคอซีกขวา บริเวณเหนือข้อศอกด้านใน บริเวณข้อมือและขาหนีบ

แขนงเส้นโลหิตแดงที่แยกออกมาจากเอออร์ตาเพื่อไปเลี้ยงอวัยวะส่วนศีรษะเรียกว่าเส้นโลหิตแดงการอดิก ทอดผ่านบริเวณใต้ลูกกระเดือก ซึ่งสามารถเห็นการเต้นได้ชัดเจนในสตรีที่ตั้งครรภ์ หนึ่งยัด หรือตื่นเต้น ถัดจากทางหลวงสายต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น เส้นโลหิตยังแยกออกเป็นแขนงเล็ก ๆ คล้ายถนนซอย เพื่อนำโลหิตไปเลี้ยงยังอวัยวะอื่นทั่วร่างกาย โลหิตฝอยอาร์เทอร์โวลนี้จะแตกย่อยเป็นแคปิลารี ซึ่งเป็นเส้นโลหิตส่วนที่เล็กที่สุดสัมผัสโดยตรงกับเซลล์อวัยวะ การแลกเปลี่ยนอากาศ น้ำ อาหาร และของเสียจะเกิดขึ้นที่บริเวณนี้ เนื่องจากแคปิลารีมีขนาดเล็กมาก มีเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่าหนึ่งในร้อยมิลลิเมตร จึงสามารถเก็บกักเม็ดเลือดแดงและโปรตีนขนาดใหญ่ไม่ให้รั่วซึมออกมา เมื่อไรที่มีการบาดเจ็บหรือการอักเสบขึ้น เม็ดเลือดขาวจะเบียดตัวออกมาเพื่อทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคที่รุกราน กระตุ้นให้สารฮิสตามีนจากเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายหลั่งออกมา สารฮิสตามีนนี้จะออกฤทธิ์ทำให้แคปิลารีขยายตัวและเม็ดเลือดแดงไหลซึมออกมา เป็นสาเหตุให้มีอาการบวมแดงขึ้นในบริเวณที่มีการอักเสบหรือฟกช้ำ ถ้าชออกซิเจนและ

สารอาหารจะถูกลำเลียงจากแคปิลารีเข้าสู่เซลล์อวัยวะในขณะที่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และของเสียถูกขับออกมาจากเซลล์โลหิตที่เจือปนของเสียนี้จะถูกส่งต่อจากแคปิลารีเข้าสู่เส้นโลหิตดำขนาดเล็กที่เรียกว่าวีนูล (VENULES) และรวมตัวเข้าสู่เส้นโลหิตดำขนาดใหญ่ก่อนนำส่งเข้าสู่หัวใจซีกขวาต่อไป

เมื่อมองภาพรวมแล้วเราจะเห็นว่าแคปิลารีทำหน้าที่เสมือนสะพานเชื่อมระหว่างถนนสองสาย คือ เส้นโลหิตดำและเส้นโลหิตแดง ผู้ค้นพบแคปิลารีคนแรกคือ มาร์เซลโล มาลพิจี ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ทางการแพทย์ในช่วงศตวรรษที่ 17 เป็นนักกายวิภาคแห่งโบโลญญาและปิซา เขาเป็นนักกายวิภาค คนแรกของโลก ที่นำกล้องจุลทรรศน์มาประยุกต์ใช้กับงานของเขา การค้นพบครั้งนี้ช่วยแก้ไขปัญหาคอขวดที่วิลเลียม ฮาร์วีศึกษาเมื่อปี 1628 ฮาร์วีได้ทำการศึกษาร่างกายมนุษย์ด้วยตาเปล่า พบว่าร่างกายมนุษย์มีระบบหมุนเวียนของกระแสโลหิตสองระบบคือ เส้นโลหิตดำและเส้นโลหิตแดง เขาเชื่อว่ากระแสโลหิตในร่างกายมนุษย์ควรหมุนเวียนไปในทิศทางเดียวกัน แต่ก็ไม่สามารถหาสะพานเชื่อมโยงเหล่านั้นด้วยตาเปล่า ซึ่งแนวคิดของฮาร์วีนี้เองที่เป็นตัวเปิดศักราชการแพทย์ยุคใหญ่ขึ้น ทำให้เราสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจถึงอวัยวะต่าง ๆ ตลอดจนการทำงานของมันได้

ชนิดา กาญจนลาภ (2543 : 1) ความดันโลหิต คือ กำลังของเลือดที่ไหลจากหัวใจผ่านไปตามเส้นเลือดแดงทั้งหมด เมื่อหัวใจเต้นก็คือเมื่อหัวใจด้านซ้ายล่าง (ห้องหัวใจเวนตริเคอร์ซ้าย) บีบตัว เลือดที่มีออกซิเจนจะถูกสูบให้ไหลไปตามเส้นเลือด

ในขณะที่เลือดไหลไปทั่วร่างกาย เลือดจะดันผนังหลอดเลือด หลอดเลือดจะขยายและหดตัวเมื่อเลือดไหลผ่าน หากเมื่อใดหลอดเลือดตีบ จะเพิ่มแรงดันการไหลของเลือด เมื่อนั้นความดันโลหิตจะสูงขึ้น เมื่อต้องการวัดความดันโลหิตออกมาเป็นตัวเลขที่ทุกคนเข้าใจ จะมีตัวเลขอยู่สองตัว เมื่อหัวใจด้านซ้ายล่างบีบตัว แรงดันเลือดที่ดันผนังหลอดเลือดจะมีแรงสูงสุด เราเรียกว่าความดันซิสโตลิก หลังจากบีบตัวเมื่อหัวใจอยู่ในระยะพัก แรงดันเลือดจะลดลง ช่วงระยะพักก่อนที่หัวใจจะบีบตัวครั้งต่อไปนั้นเราเรียกว่า ความดันไดแอสโตลิก

การวัดความดันโลหิตจึงมีตัวเลขสองตัว ตัวอย่างเช่น 120/80 หรือ 150/95 เป็นต้น ตัวเลขแรกเป็นความดันซิสโตลิก ส่วนตัวเลขที่สองเป็นความดันไดแอสโตลิก ความแตกต่างระหว่างตัวเลขทั้งสองเรียกว่า ความดันชีพจร

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2550 : 9) ความดันโลหิต คือแรงดันในหลอดเลือดที่ส่งเลือดให้ไหลเวียนไปทั่วร่างกาย โดยมีระบบหัวใจและหลอดเลือดทำหน้าที่สูบฉีดบีบไล่เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ หากหัวใจบีบตัวได้ดี ความดันโลหิตก็ดีขึ้นไปด้วย สภาพของหลอดเลือดเองก็มีผลต่อแรงดันโลหิต เพราะถ้าหลอดเลือดยืดหยุ่นดีก็จะปรับความดันโลหิตได้ดี ถ้าหลอดเลือดยืดหยุ่นดีก็จะปรับความดันโลหิตได้ดี ถ้าหลอดเลือดแข็งตัวไม่ยืดหยุ่นก็มีผลต่อแรงดันโลหิตด้วยเช่นกัน

โดยปกติแรงดันของโลหิตจะมีค่าไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เช่น กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำอยู่ วิ่ง เดิน ยืน หรือ เคร่งเครียด หรือแม้แต่การรับประทานอาหาร สูดบุหรี่ยี่ ก็มีผลต่อแรงดันโลหิต แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเราได้พักผ่อน สงบแล้ว ความดันโลหิตยังสูงอยู่ตลอดเวลา ก็ต้องรีบหาสาเหตุและทำการดูแลรักษาต่อไป ก่อนที่จะมีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา

### 3.2 ความสำคัญของความดันโลหิต

สุดารัตน์ \_\_ (2538 : 32-33) ความดันโลหิตมีประโยชน์คือ ช่วยรักษาระดับของกระแสโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บเสื่อมสภาพของอวัยวะนั้น ๆ สมองเป็นอวัยวะส่วนสำคัญที่ต้องการ โลหิตไปหล่อเลี้ยงในปริมาณคงที่ คือ ปริมาณของโลหิตแดง 750 มล. / นาทีในทุก ๆ อิริยาบถ

เมื่อไรก็ตามที่มีเหตุการณ์ทำให้ขบวนการนี้หยุดชะงักลง จะส่งผลให้สมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ในขณะที่ยืนนิ่ง ๆ เป็นระยะเวลาสั้นจะทำให้โลหิตค้างขึ้นสู่หัวใจ น้อยลงตามเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ทำให้โลหิตแดงที่จะออกจากหัวใจไปเลี้ยงสมองน้อยลงด้วย คนคนนั้นจะมีอาการหน้ามืด เป็นลม และเมื่อเขาล้มตัวลงนอนราบ จะทำให้โลหิตไหลเวียนไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ทำให้เขาสามารถฟื้นคืนสติได้ในเวลาต่อมา

ภาวะหัวใจวายถือเป็นกรณีเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็ว เพราะในทันทีที่หัวใจหยุดเต้นจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง หากสมองขาดเลือดเพียงระยะเวลาสั้น ๆ แค่นาทีเดียว ก็จะทำให้สมองถูกทำลายอย่างถาวร

### 3.3 ความหมายของความดันโลหิตสูง

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2550 : 10) กล่าวว่าความดันโลหิตสูงคือ ค่าความดันปกติมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 120/80 ของปรอท คือ ค่าความดันตัวบน 120 มม. ของปรอท และตัวล่างอยู่ที่ 80 มม. ของปรอท ค่าความดันที่ถือว่าเป็นความดันค่อนข้างสูง คือ 130/84 มม. ของปรอท แต่ความดันขึ้นไปถึง 140/90 มม. ของปรอท มีความดันโลหิตสูงแล้ว

ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic) คือ ความดันโลหิตในหลอดเลือด ขณะที่หัวใจเต็มที่เพื่อบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจจากห้องหัวใจด้านซ้าย เพื่อไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) คือ ค่าความดันโลหิตที่ต่ำสุด ซึ่งจะเกิดตามมาเมื่อหัวใจคลายตัวเต็มที่เพื่อรับเลือดกลับมาที่หัวใจ

ค่าความดันทั้งบนและล่างนี้มีความสำคัญ ซึ่งหากค่าความดันทั้งสองสูง ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคเกี่ยวกับสมอง หัวใจ และไต

แต่ค่าความดันโลหิตนี้ไม่ใช่ค่าคงที่ มีขึ้นลง เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามภาวะต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ตามสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นในตอนนั้น ๆ ทั้งที่เกิดจากภายในและภายนอกตัวเรา เช่น ใจเสียใจ เครียด หรือ อากาศร้อนเย็น

ศักดิ์ บวร (2538 : 16) กล่าวว่าความดันโลหิตสูงคือ การเปลี่ยนแปลงกลไกของความดันปกติหนึ่งในสอง (หรือทั้งสอง) ลักษณะที่กล่าวมาแล้วสามารถส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง (ไฮเปอร์เทนชัน) ได้ :

ประการแรก เกิดจากหัวใจเต้นแรงเกินไป ซึ่งทำให้แรงดันซิสโตลิกมีกำลังมากขึ้น (สูงขึ้น)

ประการที่สอง เกิดจากหลอดเลือดแดงเล็กหดแคบกว่าปกติ ทำให้แรงต้านการไหลเวียนของเลือดเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งนั่นหมายความว่าแรงดันไดแอสโตลิกเพิ่มกำลังหรือสูงขึ้น ในโรคความดันโลหิตสูงนั้น แรงดันทั้งสองลักษณะดังกล่าวมักขึ้นสูง

แม้แรงดันซิสโตลิกจะเพิ่มสูงในหมู่ผู้สูงวัยเพียงอย่างเดียวก็ตามแต่โดยทั่วไป แรงดันที่เพิ่มขึ้นในส่วนที่เกี่ยวกับแรงดันของระบบไดแอสโตลิกจะส่งผลกระทบต่อร่างกายได้มากกว่าร้ายแรงกว่า เรื่องความดันโลหิตสูงนี้ ได้มีการวัดระดับความรุนแรงต่าง ๆ เอาไว้ดังนี้ แรงดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 95 – 104 มม.ปรอท ถือว่าเป็นอาการเล็กน้อย ยังไม่ถือว่าเป็นโรคนี้ คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีแรงดันที่ไดแอสโตลิกระหว่าง 105 – 114 มม. ปรอท และหากมีระดับสูงกว่า 115 มม.ปรอทขึ้นไป ถือว่ามีอาการร้ายแรงน่าเป็นห่วง คนส่วนใหญ่โดยทั่วไปมักมีระดับความดันโลหิตสูงในขั้นเล็กน้อย ไม่มีอันตรายอะไร ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคนี้จึงควรทำให้ระดับความดันของตัวเองลดลงสู่ระดับนี้ให้ได้มากที่สุดซึ่งวิธีหลักที่ใช้กันทั่วไปคือกินยาที่มีผลต่อปฏิกิริยาของแรงดันหนึ่งในสองลักษณะ

ลดแรงดันจังหวะการเต้นของหัวใจ (ลดแรงดันซิสโตลิก) หรือขยายหลอดเลือดแดงเล็กเพื่อลดแรงต้านทานไดแอสโตลิก และยาบางชนิดก็ทำปฏิกิริยากับแรงดันทั้งสองระบบ รวมทั้งยาบางชนิดดูเหมือนจะทำปฏิกิริยากับระบบประสาทส่วนกลางของสมองกับระบบประสาททั่วไป เพื่อปรับแต่งให้ความดันลดต่ำลง

### 3.4 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

ศักดิ์ บวร (2538 : 17) สาเหตุที่มาของโรคความดันโลหิตสูง ระดับความสูงของแรงดันโลหิตขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายตัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทและสารเคมีในร่างกายเมื่อหนึ่งในปัจจัยหลาย ๆ ตัวดังกล่าวทำงานบกพร่องก็จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งภาวะการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานอันเป็นสาเหตุทำให้เป็นโรคนี้นั้นเป็นเรื่องตรวจพบได้ยากมาก สำหรับตัวผู้ป่วย แม้แต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังถกเถียงกันไม่เลิก อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นยอมรับตรงกันอยู่เรื่องหนึ่งคือ สำหรับผู้ที่มีความดันในระดับสูงสุด ภาวะการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีหรือการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทซึ่งคงที่นั้น



ไม่เกี่ยวพันหรือไม่ใช่ประเด็นที่ต้องรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยดูเหมือนจะมีระบบสารเคมีและระบบประสาทที่ค่อนข้างเป็นปกติมาก แต่ระดับแรงดันของเลือดยังคงอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการวิเคราะห์

### 3.5 อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2550 : 17) อาการของโรคความดันโลหิตสูง ในระยะเริ่มแรกมักไม่แสดงอาการ จึงทำให้ผู้ที่ เป็นไม่รู้ตัวและปล่อยปละให้โรคลุกลาม จนเกิดผลร้ายตามมาหรือบางครั้งแม้รู้ว่าเป็น แต่เมื่ออาการยังไม่ชัดเจน เลยคิดว่าเป็นไม่มากจึงไม่ใส่ใจ เมื่อละเลยนาน ๆ เข้า จนเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาอีก โรคที่จะตามมา กับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคเกี่ยวกับหัวใจ สมอ ง ตา และไต ซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและสำคัญต่อชีวิต และทุกครั้งผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อสายไปจะมีโรคแทรกซ้อนมากหรือรุนแรงแล้วยุ่งยากต่อการรักษา ดังนั้นจึงควรหมั่นดูแลสุขภาพหรือสำรวจตัวเอง เพื่อจะได้ทำและแก้ไขแต่เนิ่น ๆ

#### อาการที่น่าสงสัย

1. มีอาการปวดศีรษะบ่อย ๆ หรือเมื่อนอนตื่นตอนเช้า มักมีอาการปวดท้ายทอย อาการอาจจะทุเลาลงหลังจากประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง
2. ตาพร่ามัว อาจมีอาการคลื่นไส้ร่วมด้วย หรือมีอาการหูอื้อ มึนงง
3. มีเลือดกำเดาไหลโดยไม่มีสาเหตุ
4. หายใจติดขัดระหว่างหรือหลังการออกกำลังกาย หน้าแดง หรือหัวใจสั่นบ่อย ๆ
5. มีอาการอิดโรย เหนื่อยง่าย
6. ถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน
7. น้ำหนักตัวเพิ่มเร็วอย่างผิดปกติ
8. สมาธิไม่ดีต่อเนื่องเช่นเดิม มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น

อย่างที่กล่าวมาแล้วว่า โรคความดันโลหิตสูงมักไม่แสดงอาการให้ปรากฏ เมื่อเป็นโดยไม่รู้ตัวเช่น มันก็แอบไปทำลายอวัยวะสำคัญอื่น ๆ ใ้ห้ค่อย ๆ เสื่อมลงอย่างช้า ๆ จนเกิดความผิดปกติชัดเจน ซึ่งเมื่อถึงเวลานั้นก็มักเป็นมากเสียแล้ว และเป็นสาเหตุให้การรักษาความดันโลหิตสูงและโรคที่ตามมาเหล่านั้นทำได้ยากขึ้น

เป็นเรื่องสำคัญที่เราจะต้องตระหนักเสมอว่า เมื่อเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นมา หรือเป็นเพียงผู้มีความดันผิดปกติ หรือแม้ว่าจะอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ก็ควรใส่ใจติดตามดูแล และรีบดูแลสุขภาพทันทีเมื่อพบว่า มีภาวะความดันสูง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ ที่จะตามมาด้วย

### 3.6 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2550 : 21) การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีทั้งแบบมีสาเหตุและไม่มีสาเหตุในพวกที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบมีสาเหตุ เช่น มีโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ หากรักษาที่สาเหตุของโรคนั้น ๆ ได้ ความดันโลหิตก็มักจะปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ แต่ในกรณีที่ไม่มีสาเหตุ สิ่งที่จะทำได้ก็คือ พยายามควบคุมความดันให้อยู่ในภาวะปกติ หรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด และไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สูงและรวดเร็วมากนัก การควบคุมนี้สามารถทำได้โดยการใช้จ่าย ซึ่งต้องอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ว่าจะใช้จ่ายชนิดใด ขนาดใด หรืออาจใช้ร่วมกันหลายชนิด ก็ตาม ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และ ผลเกี่ยวเนื่องของอวัยวะที่ถูกทำลายเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงนี้ด้วย

การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยวิธีเลือกปฏิบัติตน หรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รวมถึงการเลือกรับประทานบางประเภท ล้วนมีส่วนช่วยในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น สิ่งที่ต้องตระหนักก็คือ เมื่อเราเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว หรืออยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงก็ตาม เราต้องควบคุมความดันโลหิตทุกวิธีการ และติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องใกล้ชิดไปตลอดชีวิต เพราะถึงแม้ว่าเราจะสามารถควบคุมความดันโลหิตไว้ในเกณฑ์ปกติได้เป็นระยะเวลาสั้น แต่ถ้ามีความดันโลหิตกลับมาสูงขึ้นอีก ก็อาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้เช่นกัน

เราสามารถสรุปแนวทางการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงของโรคและตามปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยมีอยู่ได้

### 3.7 ความสำคัญของการตรวจวัดความดันโลหิต

สุภารัตน์ \_\_ (2538 : 38-39) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักมีภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านแนะนำว่าควรมีการตรวจสอบระดับคอเลสเตอรอลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นระยะ แม้ว่าผู้ป่วยนั้นจะไม่มีอาการผิดปกติ

ประมาณสองในสามของคนทั่วไปเท่านั้น ที่จะมาพบแพทย์ประจำตัวปีละครั้ง และมีมากถึง 90 เปอร์เซ็นต์ที่ยอมพบแพทย์เพียงครั้งเดียวในรอบห้าปี ควรมีการตรวจวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มีการพบแพทย์ในคนทุกเพศที่มีอายุระหว่าง 30 – 70 ปี อย่างน้อยที่จะขอวัดความดันโลหิตของท่าน แม้ว่าการตรวจสอบในครั้งก่อนจะเป็นปกติก็ตาม เป็นเรื่องง่ายมากสำหรับวิธีการวัดความดัน เพราะแม้แต่เจ้าหน้าที่พยาบาลก็สามารถทำการตรวจสอบให้ท่านได้ การตรวจพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ จะช่วยเหลือท่านได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านที่มีอายุมากกว่า 45 ปี

ควรทราบว่าความดันโลหิตสูงเกิน 160/95 มม.ปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อตัวท่านที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ซึ่งจะสร้างทั้งความทรมานและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

### 3.8 การควบคุมความดันโลหิตสูง

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2550 : 23) สรุปว่าการควบคุมความดันต้อง 1. ควบคุมน้ำหนัก พบว่าในกลุ่มคนอายุ 40 – 60 ปี ในคนที่น้ำหนักเกินปกติ จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่น้ำหนักปกติถึง 50% และประการสำคัญคือ น้ำหนักตัวยิ่งเพิ่มเร็วและมากขึ้น ก็ยังมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น ได้มีการพิสูจน์แล้วว่า การลดน้ำหนักช่วยลดความดันโลหิตอย่างแน่นอน โดยเฉพาะบุคคลที่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรจะลดน้ำหนักลง

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หากเป็นด้วยแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องลดอาหารแต่ละตารางนิ้วที่เพิ่มขึ้นมา มีผลทำให้ต้องทำงานมากขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงไปยังให้ถ้วนทั่ว ฉะนั้นการควบคุมน้ำหนักในเกณฑ์มาตรฐาน จึงมีส่วนอย่างมากที่จะดูแลภาวะความดันโลหิตสูงและอาหารคาร์โบไฮเดรต แม้ว่าไขมันและคาร์โบไฮเดรต อาจไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงโดยตรง อาหารเหล่านี้นอกจากจะทำให้อ้วนแล้ว ยังส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัว เกิดผนังหลอดเลือดขรุขระได้ง่ายและรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดเส้นเลือดอุดตันตามส่วนต่าง ๆ ทำให้เกิดอาการชาตามส่วนต่าง ๆ หากเกิดการอุดตันในส่วนที่สำคัญ เช่น สมอง หรือหัวใจ ก็อาจทำให้เป็นอัมพาต หรือถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้การดูแลระวังเรื่องการบริโภคไขมันและคาร์โบไฮเดรต จะช่วยป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงด้วย

แม้ว่าไขมันจะเป็นสารอาหารที่จำเป็นสำหรับร่างกาย แต่การกินไขมันมากเกินไปจะก่อให้เกิดโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้ โดยทั่วไปเราจะได้รับไขมันจากอาหาร ไขมันในอาหารมีทั้งไขมันที่เรามองเห็นและกำจัดออกได้ง่าย เช่น ไขมันที่มากับเนื้อสัตว์ เช่น มันหมู มันไก่ มันเนื้อ หนั๋งไก่ หนั๋งเป็ด หมูสามชั้น มันปลา กะทิ ครีม เนย เราสามารถคัดแยก เลือกรอกออกจำกัดปริมาณ หรืองดเว้นได้ แต่ยังมีไขมันแฝงที่มากับอาหารต่าง ๆ ซึ่งมองไม่รู้หรือกะปริมาณไขมันไม่ได้ เช่น อาหารสำเร็จรูปประเภทไส้กรอก หมูยอ กุนเชียง ขนมปัง ขนมเปี๊ยะ โดนัท พาย อาหารกระป๋อง ปลากระป๋อง น้ำพริกกระป๋อง อาหารทอด อาหารที่ส่วนผสมของกะทิ ขนมที่ใช้เนย ครีม เป็นส่วนประกอบ ข้าวมันไก่ ข้าวหมกไก่ ก๋วยเตี๋ยว หรืออาหารฟาสต์ฟู้ด พิซซ่า แซมเบอร์เกอร์ อาหารเหล่านี้ดูเผิน ๆ จะไม่รู้ว่ามีไขมันผสมอยู่ในสัดส่วนที่มากพอที่จะทำให้อ้วนได้หากกินบ่อย ๆ

คาร์โบไฮเดรต เป็นอาหารที่ให้พลังงาน เช่นเดียวกับไขมัน คาร์โบไฮเดรตมาจากแป้ง และน้ำตาล ฉะนั้นอาหารที่เรารับประทานประจำวันจึงเป็นคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตจากข้าวหรือแป้งที่ไม่ได้ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ มัน เผือก และถั่วต่าง ๆ ทั้งนี้เพราะอาหารเหล่านี้นอกจากจะมีคาร์โบไฮเดรตแล้ว ยังมีวิตามิน แร่ธาตุ และเส้นใยตามธรรมชาติอีกด้วย กระบวนการย่อยคาร์โบไฮเดรตเหล่านี้จะค่อยเป็นค่อยไป ทำให้อิ่มนาน อวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้เท่าที่ และยังเกิดการเก็บสะสมตามร่างกาย

น้อยกว่า เส้นใยที่ย่อยไม่ได้ก็จะช่วยจัดสารพิษในลำไส้ รวมถึงสารก่อมะเร็งและโคเลสเตอรอลด้วย

สำหรับอาหารประเภทกล้วยเดี่ยว ขนมหิน ขนมปิ้ง ปาท่องโก๋ ฯลฯ จะเป็นแป้งที่ถูกขัดสี และผ่านกระบวนการแปรรูป มาแล้ว ทำให้สารอาหารประเภทวิตามิน แร่ธาตุ และเส้นใย ถูกทำลายไป การย่อยและดูดซึมอาหารเหล่านี้ก็เป็นไปได้รวดเร็ว จึงเกิดการเก็บสะสมในรูปของไขมันได้เร็วเช่นกัน

น้ำตาลเป็นคาร์โบไฮเดรตอีกชนิดหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพมาก แม้ว่าการขาดน้ำตาลรุนแรงจะเกิดผลเสียต่อสมอง แต่โดยทั่วไปเราจะได้น้ำตาลจากแป้งอยู่แล้ว เพราะแป้งจะถูกเปลี่ยนเป็นน้ำตาลก่อนจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด และนำไปใช้ประโยชน์ ฉะนั้นโอกาสที่คนปกติจะขาดน้ำตาลจึงเป็นไปได้ได้น้อยมาก ส่วนใหญ่จะพบในประเทศที่ตกอยู่ในภาวะสงครามหรือประเทศยากจน ขาดแคลนอาหาร แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าน้ำตาลในร่างกายมีมากเกินไป จะก่อผลเสียต่อสุขภาพอย่างยิ่ง อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคฟันผุ โรคอ้วนโรคหลอดเลือดหัวใจ และยังสามารถส่งผลให้โรคที่เป็นอยู่ลุกลามได้

โดยทั่วไปเราจะได้รับน้ำตาลจากการกินผลไม้สด ผักสด ฉะนั้นอาหารหวาน ๆ ที่มีส่วนผสมของน้ำตาลมาก ควรหลีกเลี่ยง เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ข้าวเหนียว มะม่วง ข้าวเหนียวทุเรียน โดนัท เค้ก คุกกี้ ต่าง ๆ ทอฟฟี่ ลูกกวาด ช็อกโกแลต เครื่องดื่ม น้ำอัดลม น้ำผลไม้กระป๋อง น้ำชากาแฟที่เติมน้ำตาล หรือแม้แต่ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย น้อยหน่า มะม่วงสุก ฯลฯ เหล่านี้ควรหลีกเลี่ยงให้มากที่สุด

2. ลดการบริโภคโซเดียมเกลือ อาหารรสเค็ม เพราะนอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตได้แล้ว ยังช่วยเพิ่มโพแทสเซียมในเลือดด้วย

โซเดียม เป็นเกลือแร่ชนิดหนึ่งที่มีความจำเป็นสำหรับร่างกาย หากขาดก็จะเกิดการเจ็บป่วย เกิดเป็นตะคริว หรือถ้าขาดมากอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต แต่โดยทั่วไปแล้วมักไม่ขาดเพราะโซเดียมเป็นเกลือแร่ที่หาง่าย มีอยู่ในอาหารทั่วไป ในเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ พืชประเภทข้าว ถั่ว ผัก ผลไม้ ก็จะมีในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน และอยู่ในน้ำด้วย โดยเฉพาะน้ำที่มาจากดิน (ในน้ำฝน) ฉะนั้นโอกาสที่ร่างกายจะขาดโซเดียมมีน้อยมาก แต่ในทางตรงกันข้ามหากกินอาหารที่มีโซเดียมมากเกินไปจะทำให้ร่างกายเก็บกักน้ำไว้ ทำให้เกิดอาการตามมา และยังทำให้แรงดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น โซเดียมคลอไรด์ เกลือแกงที่ใช้ปรุงอาหารทั่ว ๆ ไป แต่ยังมีโซเดียมคลอไรด์ในรูปเครื่องปรุงรสต่าง ๆ เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก น้ำจิ้มไก่ ซอสเนื้อ เต้าหู้ยี้ กะปิ ฯลฯ รวมไปถึงอาหารทั้งหลายที่มักมีส่วนผสมของเกลือมาก เช่น ปลาเค็ม ปลาต้ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม กุนเชียง ไส้กรอก แหนม ผักกาดดอง ผักหรือผลไม้ดองอื่น ๆ และยังมีอาหารกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง เนื้อกระป๋อง สำเร็จรูป ผักดองบรรจุกระป๋องต่าง ๆ

โซเดียมกลูตาเมต เกลือโซเดียมแต่ไม่มีรสเค็ม ใช้เพิ่มรสชาติให้กับอาหาร ทำให้อาหารอร่อยยิ่งขึ้น หรือที่เรียกกันว่าผงชูรส ซึ่งในปัจจุบันนี้ มีการนำผงชูรสมาผสมในอาหารหลายชนิด โดยเฉพาะอาหารสำเร็จรูป อาหารพร้อมกินต่าง ๆ รวมไปถึงขนมขบเคี้ยว อาหารบรรจุของ ฉะนั้นหากจะรับประทานอาหารเหล่านี้ ควรอ่านฉลากให้ดีเสียก่อน

โซเดียมไบคาร์บอเนต หรือผงฟู (baking soda) ใช้ใส่ในขนมที่ทำให้ขึ้นฟู ขนมปัง ลูกเกด ซาลาเปา หรือขนมขึ้นฟูอื่น ๆ

โซเดียมเบนโซเอต คือ สารกันบูด มักใช้ใส่อาหารบรรจุกระป๋องทั้งหลาย ในเครื่องดื่มต่าง ๆ และในอาหารสำเร็จรูป อาหารบรรจุของ หรือขนมกรุบกรอบ ต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังมีโซเดียมซัลไฟด์ ที่ช่วยให้อาหารดูสวยงามน่ากิน มักใส่ในผลไม้ตากแห้ง โซเดียมโพรพิโอเนต ใช้ใส่อาหารเพื่อกันเชื้อรา เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก หรือใส่ในเนยแข็ง โซเดียมอัลจินเนต ใช้ใส่ในไอศกรีม โกโก้ นมข้น เพื่อเนื้อเนียนนุ่ม

จะเห็นได้ว่าโซเดียมมีหลายชนิด มิใช่แค่ทำให้อาหารมีรสเค็มเท่านั้น ยังมีโซเดียมในรูปแบบที่ไม่มีรสเค็มเลย การอ่านฉลากเพื่อเลือกซื้ออาหารจึงเป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพโดยตรง

นอกจากในอาหารต่าง ๆ แล้ว ยังมีโซเดียมในยา เช่น พกยาลดกรด โซดาไมนด์ ยาระบาย หรือยาปฏิชีวนะบางชนิด ยาลดไข้ ยาแก้ท้องร่วง ยาแก้ไอบางอย่าง หรือยาที่มีส่วนผสมของโซเดียมไบคาร์บอเนต หากซื้อยากินเองควรอ่านฉลากยาให้ดีเสียก่อน ควรพบแพทย์เมื่อมีปัญหาเรื่องสุขภาพจะดีกว่า เพื่อจะได้รับยาที่ไม่ไปซ้ำเติมโรคที่ตัวเองเป็นอยู่แล้ว

จะเห็นได้ว่า แม้โซเดียมจะมีความจำเป็นสำหรับร่างกายอย่างยิ่ง แต่ถ้ามากเกินไปก็เกิดผลเสียที่ร้ายแรงเช่นกัน ฉะนั้นหากเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การหลีกเลี่ยงโซเดียมที่มากเกินไปทุกรูปแบบก็เป็นเรื่องจำเป็น ในการปรุงอาหาร การเลือกใช้น้ำปลาหรือซีอิ๊วที่เป็นสูตรลดโซเดียม จึงอาจเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งซึ่งผู้ที่ต้องจำกัดโซเดียมควรคำนึงถึง แม้ว่าจะมีการคำนวณโซเดียมของอาหารแต่ละจาน แต่ในความเป็นจริงนั้น เราไม่ได้รับประทานอาหารจนหมดเกลี้ยงจาน การได้รับโซเดียมในแต่ละมื้อจึงอาจยืดหยุ่นได้บ้าง อย่างไรก็ตามโดยทั่วไป ผู้ใหญ่ที่สุขภาพร่างกายแข็งแรงเป็นปกติ จะต้องการโซเดียม 1,100 - 3,300 มิลลิกรัมต่อวัน ฉะนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงรับประทานโซเดียมให้น้อยกว่านี้ หรือควรปรึกษาแพทย์ที่ดูแลเราอยู่

### 3. ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

3.1 งดสูบบุหรี่ ปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดตีบ ซึ่งเป็นอวัยวะเป้าหมายของโรคความดันโลหิตสูงนั้น

3.2 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยดื่มได้ไม่เกินวันละ 1.5 ออนซ์

3.3 ลดการดื่มกาแฟ เหลือวันละไม่เกิน 2 - 3 แก้ว

3.4 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยวิธี แอร์โรบิค เอ็กเซอร์ไซซ์ เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน หรือว่ายน้ำ เป็นต้น แต่ห้ามเล่นกีฬาที่ต้องใช้สมาธิ หรือกีฬาที่เคร่งเครียดเป็น

อันตราย เช่น การเล่นไฟแบบพนัน การแข่งขันเกมที่เอาจริงเอาจังเคร่งเครียด รวมไปถึงการออกกำลังกายแบบ isometric หรือ static exercise ซึ่งเป็นการยก แยก อด ลาก หรือดึงของหนัก เช่น การยกน้ำหนัก เป็นต้น เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงถึงขีดอันตรายได้ อย่างไรก็ตาม ควรปรึกษาแพทย์ก่อนทำการออกกำลังกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไ้ยา และผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ควรหักโหม แต่ควรทำโดยต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3.5 การพักผ่อน ทำจิตใจให้สงบหรือการทำสมาธิ จะช่วยลดอาการพุ่งช่าน หรือ อารมณ์โกรธ อุนเฉียว โมโห ตื่นเต้น ตกใจ หรือมีเรื่องราวที่ทำให้กระทบกระเทือนจิตใจ จะมีผลต่อระดับความดันโลหิตในเส้นเลือด หากอารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นบ่อย ๆ หรือเกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลาาน อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ การทำสมาธิ ปล่อยวาง ทำจิตใจให้สงบเยือกเย็น และช่วยลดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ที่เป็นโรคนี้ได้ และช่วยป้องกันสำหรับผู้ที่ยังไม่เป็นโรค

#### 4. อาหารต้านโรค

เพิ่มอาหารที่มีเส้นใยสูง เส้นใยเป็นส่วนของสารอาหารจากพืช ซึ่งไม่ถูกย่อยโดยน้ำย่อยของร่างกายเรา อาหารเส้นใยสูงนี้จะไม่มีไขมันและโคเลสเตอรอล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารประเภทนี้เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจะลดลงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

อาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ข้าวที่ยังไม่ได้ขัดสี ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวเหนียวดำ ข้าวโพด ลูกเดือย งาขาว งาดำ ผักต่าง ๆ เช่น ผักกาด ตำลึง คื่นช่าย ผักบุ้ง กะหล่ำ ต้นหอม ชะอม กระถิน จี่เหล็ก หน่อไม้ มะเขือพวง สะเดา ยอดมะกอก ใบยอ ดอกแค ฯลฯ

ผลไม้หลายชนิด เช่น สับปะรด มะขาม ฝรั่ง มะม่วง พุทรา ละมุด มะละกอสุก พรุณ แอปเปิ้ล ฯลฯ และยังพบมากในถั่วต่าง ๆ ฝักรัง ฟักทอง มันสำปะหลัง แห้ว เม็ดแมงลัก เป็นต้น

ลดอาหารเส้นใยต่ำ อาหารที่ทำจากแป้ง เช่น เส้นก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ บะหมี่ ขนมจีน วั่นเส้น ขนมปังขาว ขนมเค้ก ขนมที่ทำจากแป้งและน้ำตาล เนื้อสัตว์ สัตว์ที่มีเปลือกแข็ง เช่น กุ้ง หอย ปู อาหารประเภทนม และผลิตภัณฑ์จากนม ไข่และขนมที่ทำจากไข่ เป็นต้น

#### 5. อาหารเสริมที่มีธาตุแคลเซียม แมกนีเซียม และโพแทสเซียม

โดยแนะนำให้เป็นอาหารสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากอาหารที่มีธาตุสำคัญทั้ง 3 ชนิดนี้มีสัดส่วนปริมาณที่สูงกว่าโซเดียม จะช่วยลดระดับความดันโลหิตสูงให้ต่ำลง ป้องกันโรคได้ดี โดยเฉพาะโพแทสเซียม ทำหน้าที่ขับภาวะและน้ำและส่วนเกินออกจากผนังเซลล์หลอดเลือด จึงถือเป็นสารต่อต้านโซเดียมโดยตรง

อาหารที่มีแคลเซียมสูง โซเดียมต่ำ เช่น เต้าหู้ น้ำเต้าหู้ นมไขมันต่ำ เนยแข็งสวิส โยเกิร์ตไขมันต่ำ ปลาแซลมอน ถั่ว ผักกระเฉด กะหล่ำปลี ถั่วอัลมอนต์ เป็นต้น

อาหารที่มีแมกนีเซียมสูง โซเดียมต่ำ ได้แก่ ถั่วเหลืองแห้ง แป้งถั่วเหลือง เต้าหู้ อัลมอนต์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ แป้งข้าวไรย์ ข้าวสาลีไม่สกัดรำ ถั่วลิสงคั่ว มันฝรั่งอบ น้ำอ้อย กล้วย กะหล่ำปลี ข้าวกล้อง เนื้อวัว ส่วนโคนขาไม่ติดมัน นมสกัด ผักโขม เกาลัดคั่ว เป็นต้น

อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง โซเดียมต่ำ ได้แก่ หน่อไม้ฝรั่ง อะโวคาโด แครอท ข้าวโพด มันฝรั่ง ผักโขม น้ำเต้า มะเขือเทศ ส้ม กล้วย แอปเปิล แคนตาลูป แอปริคอต สตรอเบอร์รี่ หรือพวกเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อแกะส่วนขา ปลาแซลมอน ปลาทูน่า เป็นต้น

#### 6. สมุนไพรต่าง ๆ

ใบทองพันชั่ง โดยเลือกใบขนาดกลางไม่แก่หรืออ่อนเกินไป ประมาณ 20 ใบ นำมา ตากแดดให้แห้ง ห้ามคั่วด้วยไฟ แล้วผสมกับชาจีน 1 หยิบมือ ชงในน้ำเดือด ทิ้งไว้ประมาณ 15 นาที นำมาดื่มวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ติดต่อกัน 5-7 วัน ถ้าความดันลดลง เป็นปกติ ให้หยุดรับประทานน้ำชาของใบทองพันชั่งได้ ข้อควรระวังคือ ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ ความดันโลหิตต่ำ โรคโลหิตจาง โรคมะเร็งในเม็ดเลือด โรคเกี่ยวกับหัวใจทุกชนิดและโรคหืด

ใบขึ้นฉ่ายสด ใช้ 1-2 กำมือ ตำให้ละเอียด คั้นน้ำรับประทาน 1-2 ช้อนโต๊ะ วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร

กระเทียมสดและหัวหอมสด ให้รับประทานร่วมกับอาหารทุกมื้อ 5-7 กลีบ กินต่อเนื่อง ไปตลอด จะช่วยลดความดันได้ดี กระเทียมและหัวหอมสดจะมีกรดไลโนลิก ซึ่งมีคุณสมบัติลด ไขมันในโลหิตให้ออกทางปัสสาวะและอุจจาระได้ดี

ดอกคำฝอย จะมีกรดไลโนลิกเช่นกัน นำมาต้มในน้ำเดือด แล้วเคี้ยวประมาณ 30 นาที รับประทานแทนน้ำชา วันละ 2-3 แก้ว ได้ทุกวัน หากทนรสขื่นและเผ็ดไม่ได้ อาจดื่มร่วมกับ ดอกเก๊กฮวยได้ เพราะเก๊กฮวยมีสรรพคุณในการช่วยให้ปอดและหลอดลมแข็งแรง ทำให้หายใจ สะดวก และยังไปกระตุ้นไตให้ทำงานได้ตามปกติยิ่งขึ้น

กาฝากของต้นมะม่วงเปรี้ยว นำมาทั้งกิ่ง ต้นและใบ สับเป็นท่อน เล็ก ๆ ตากแดด ให้ เหลือง ชงกับน้ำร้อน หรือชงผสมกับชาดื่มแทนน้ำชาได้

ตะไคร้สด หั่นบาง ๆ ตากแดดให้แห้งนำมาผสมกับพริกไทยขาวและเกลือ โขลกให้ ละเอียด แล้วนำมาชงในน้ำร้อน รับประทานวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น

มะขามดิบ รับประทานได้มาก ๆ เป็นประจำ

ถ้าไยแห้ง นำมาต้มในน้ำเดือด พักให้เย็น ใ้ช้ดื่มแทนน้ำได้ทั้งวัน

น้ำมะนาว หรือน้ำแอปเปิล ผสมกับน้ำผึ้ง อย่างละ 2 ช้อนชา ลงในน้ำอุ่นดื่ม วันละ 2-3 ครั้ง

บัวบก ใช้ได้ทั้งต้นสด ใช้คั้นน้ำดื่ม หรือฝัดเป็นอาหาร

ระย้อยน้อย ใช้ส่วนรากตากแห้ง ปั่นเป็นผงผสมน้ำผึ้ง ปั่นเป็นลูกกลอน

หญ้าหนวดแมว ใช้ใบอ่อนตากแห้งชงกับน้ำดื่ม โปแทสเซียมในหญ้าหนวดแมวจะช่วยขับปัสสาวะ ยังเป็นยาแก้ปวด เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ได้ด้วย

ขลุ้ ใช้ได้ทั้งต้นสดและต้นแห้ง ขลุ้ 1 ชงกับน้ำดื่มวันละ 3 ครั้งละครั้งละ 1 ถ้วยชา

การใช้สมุนไพรเป็นยารักษา ควรสังเกตว่า หากเกิดอาหารหน้ามืด เวียนศีรษะหรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ควรหยุดยา เพราะอาจเกิดอาการแพ้ยา หรือกินยาในปริมาณมาก ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตลดลงมากเกินไป จะก่อให้เกิดอันตรายได้เช่นกัน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่หากได้รับการดูแลรักษาที่ดี สามารถควบคุมความดันในระดับปกติ จะลดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ ได้อย่างเห็นผลและคุ้มค่าทีเดียว เพราะโรคแทรกซ้อนเหล่านี้มักเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

แต่ความดันโลหิตสูงมักมาเยือนโดยไม่รู้ตัวเสมอ ฉะนั้นผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หากพบตั้งแต่เริ่มเป็นก็จะสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เร็วขึ้น ก็จะลดโอกาสเกิดโรคเร็วจะมีผลในการวางแผนการรักษาด้วย การควบคุมความดันโลหิตในระยะเริ่มแรกอาจเพียงดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย เปลี่ยนสถานะแวดล้อม หากจำเป็น หลีกเลี่ยงภาวะเครียดนาน ๆ ฯลฯ ซึ่ง เป็นการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา ในทางตรงข้ามหากไม่ได้ดูแลเอาใจใส่ ปล่อยให้ความดันสูงนาน ๆ อาการของโรคอาจเพิ่มความรุนแรงขึ้นอาจก้าวถึงขั้นที่ 2 และขั้นที่ 3 ได้ภายในเวลาเพียงไม่กี่ปี

สำหรับผู้สูงอายุ หากตรวจพบความดันโลหิตสูง อาจเริ่มต้นด้วยการดูแลเรื่องอาหารการออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงความเครียด ควรวัดความดันโลหิตต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของภาวะแรงดันเลือด แต่ถ้าพบว่าระดับแรงดันเลือดสูงเกิน 160 มม.ปรอทติดต่อกัน ก็ต้องเริ่มกินยาตามที่แพทย์สั่ง

ฉะนั้นหากพบว่ามีความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น ควรจะต้องตรวจวัดความดันโลหิตตามที่แพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอหลายครั้ง เพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอน และทำการประเมินถึงเหตุปัจจัยเสี่ยง เพื่อวางแผนการรักษาให้ถูกต้องและได้ผลดีที่สุด สิ่งที่ควรระลึกถึงไว้เสมอก็คือ หากเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว การรักษาด้วยยาให้หายขาดนั้นยังไม่มี การให้ยาที่เป็นไปเองควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สุด เท่าที่ภาวะร่างกายและอายุของผู้ป่วยจะสามารถปรับกลับไปได้ ซึ่งระดับความดันอาจไม่อยู่ในประเภทที่ดีที่สุด แต่อาจอยู่ในขั้นที่ 1 ซึ่งถือว่าดีที่สุดสำหรับบุคคลผู้นั้นก็ได้ สำหรับผู้ที่เริ่มเป็นและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้แล้ว แต่ถ้าวันใดวันหนึ่งเกิดเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ก็อาจทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงแบบต้องกินยาควบคุมก็ได้เช่นกัน

ฉะนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นเรื่องสำคัญมาก อย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่ต้นจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันสูง แต่หากเป็นแล้ว การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่าง ๆ ก็ทำให้โรคไม่ลุกลาม หากทำได้



ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น เราก็สามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขได้ แม้จะมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวของเรา

### 3.9 ปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2550 : 11) กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้แก่ อายุ ความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ เมื่ออายุมากขึ้นความดันโลหิตก็จะเพิ่มขึ้น เช่น คนอายุ 50 ปี ความดันโลหิตอาจจะเพิ่มเป็น 140/80 มม. ของปรอท แต่เมื่ออายุ 60 ปี ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเป็น 160/80 มม. ของปรอท แต่ความดันโลหิตของคนสูงอายุอาจมีความดันเท่ากับคนหนุ่มสาวปกติ คือ 120/70 มม. ของปรอทก็ได้ สิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายว่าได้รับการดูแลอย่างไร

เวลา บางช่วงของเวลาก็มีผลต่อความดันโลหิต หากเราสามารถตรวจวัดค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จะพบว่าในช่วงนอนหลับประมาณตี 2 ถึง ตี 5 ค่าความดันโลหิตของคนเราจะลดลงต่ำมากที่สุด โดยความดันตัวบนเหลือเพียง 60 – 70 มม. ของปรอท และค่าความดันนี้จะกลับเพิ่มสูงสุดเมื่อเราตื่น อาจเพิ่มสูงเป็น 130 มม. ของปรอท ทั้งนี้เพราะร่างกายต้องปรับสภาวะจากการหลับสนิทให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อเวลาผ่านไปความดันก็จะกลับลดลงมาเป็นปกติ

อารมณ์ ค่าความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามอารมณ์ เช่น ตกใจ โกรธ เครียด หงุดหงิด ตีใจ ตื่นเต้น หรือขณะออกกำลังกาย เล่นกีฬา ค่าความดันโลหิตอาจสูงขึ้นชั่วคราว แล้วกลับมาปกติเมื่อภาวะอารมณ์ต่าง ๆ คลายตัวลง

ในการเพิ่มหรือลดความดันโลหิตจะถูกควบคุมโดยประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic) ซึ่งจะทำหน้าที่บังคับหลอดเลือดแดงให้หดหรือขยายตัวตามสภาพร่างกายขณะนั้น ๆ อันเป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ตลอดเวลา

การวัดค่าความดันโลหิตจึงต้องวัดขณะที่ร่างกายสงบที่สุด เราจะวัดความดันหลังจากได้พักผ่อนแล้ว และการวัดความดันควรวัดซ้ำ 3 ครั้ง และทิ้งระยะห่างกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

### 4.0 กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูง

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2550:11) กล่าวว่ากลุ่มบุคคลที่เสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. ผู้ที่พบว่าบุคคลในครอบครัวมีประวัติบิดามารดาหรือญาติพี่น้องเป็นความดันโลหิตสูง ก็มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้สูงกว่าคนอื่น ๆ ถึง 30-40%
2. ผู้มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชายมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น
3. ในคนอ้วนหรือน้ำหนักเกิน พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นแต่ละกิโลกรัมนั้น จำเป็นต้องมีหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอีกนับพัน ๆ เส้น ทำให้ความดันของเลือดต้องแรงหรือเพิ่มสูงขึ้น

เพื่อที่จะส่งเลือดไปให้ทั่วถึงหลอดเลือดทุก ๆ เส้น เหล่านี้ด้วย ดังนั้น ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจึงอาจมีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นด้วย

4. บุคคลที่มีอารมณ์รุนแรง เคร่งเครียด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็ว ขี้หงุดหงิด ตื่นเต้น ตกใจง่าย และกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราว ในตอนแรก แต่ถ้าปล่อยให้เกิดอารมณ์เช่นนี้บ่อย ๆ จนเป็นนิสัย นาน ๆ เข้าจะทำให้ความดันสูงอย่างถาวรได้

5. ลักษณะการทำงาน งานนั่งโต๊ะ ที่เคลื่อนไหวน้อย ใช้ความคิดสูง เช่น กลุ่มพนักงานบริษัท ข้าราชการ ฯลฯ หรือผู้ที่ไม่นิยมออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน

6. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือแม้แต่รับควันบุหรี่เป็นประจำก็อยู่ในข่ายนี้ด้วย จะไม่มีข้อสรุปว่าอัตราเสี่ยงของโรคอันสูงเกิดขึ้นในหมู่นักสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ก็ตาม แต่ที่จำเป็นต้องรับเข้ามาในกฎเกณฑ์นี้ ก็เพราะบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญยิ่งต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแข็งตัว

7. ผู้ที่นิยมรับประทานอาหารรสเค็ม เพราะในเกลือมีโซเดียมสูง และในคนที่มีความดันโลหิตสูง ไตจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเดิม จึงมีอาจจัดโซเดียมที่มีอยู่ได้ตามปกติ และเกลือยังทำให้เกิดการตึงตัวของผนังหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้ความดันตัวล่าง (Diastolic) สูงขึ้นด้วย

8. อาหารที่มีไขมันสูง หากรับประทานมากจะเกิดการสะสมไขมันส่วนเกินที่ร่างกายเหลือใช้ ไขมันเหล่านี้จะไปเกาะตามผนังของหลอดเลือด เป็นผลให้หลอดเลือดแคบหรือเล็กลง การไหลเวียนของเลือดจึงไม่สะดวกภาระหนักจึงตกที่หัวใจให้ต้องทำงานหนักยิ่งขึ้นเพื่อบีบไล่ให้เลือดไหลผ่านไปเลี้ยงร่างกายได้ตามต้องการ กลายเป็นผลกระทบโดยตรงต่อภาวะความดันโลหิตสูง

9. อาหารประเภทน้ำตาล เมื่อรับประทานเข้าไปมาก ส่วนที่เหลือจากการย่อยเป็นพลังงานจะถูกสะสมเป็นเสบียงในตับและเก็บในรูปไขมันสะสมไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ฉะนั้นถ้าเรากินน้ำตาลมากแต่นำไปใช้น้อย ไขมันจะสะสมในร่างกายได้มาก ผลก็จะไปเกาะตามหลอดเลือดเช่นกัน ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้

10. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่แดงของไข่เป็ด ไข่ไก่ สัตว์ที่มีเปลือกมีกระดอง อาหารพวกนี้จะมีโคเลสเตอรอลสูง การรับประทานมาก ๆ ขณะที่ร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้หมด ก็จะถูกเก็บไว้ในรูปของไขมัน และไขมันส่วนเกินพวกนี้จะถูกสะสมตามผิวหนัง ผนังหลอดเลือด ข้อและเอ็นต่าง ๆ ถ้ามีมากจะทำให้เลือดไหลไม่สะดวก เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หรือทำให้เกิดเส้นเลือดอุดตัน นำไปสู่ภาวะหัวใจขาดเลือด อัมพาต หรือหัวใจวายได้

11. ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) เป็นประจำและจำนวนมาก แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้ไขมันในเลือดสูงได้ และสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้เร็วยิ่งขึ้นทั้งยังทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอได้ด้วย

#### 4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ท่านมีความดันโลหิตสูง

สุคารัตน์ \_\_ (2538:39-41) ความดันโลหิตจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ท่านมีความดันโลหิตสูงขึ้น บางคนที่มีความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุอาจทำให้ท่านมีความดันโลหิตสูงขึ้น บางคนที่มีความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ อาจทำให้การตรวจสอบความดันคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ความตื่นเต้นและหาวาดวิตกจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงผิดปกติ ดังนั้น ควรพักผ่อนให้หายเหนื่อยและคลายจากความเครียดเสียก่อนประมาณ 20 นาที ก่อนทำการวัดความดัน โดยทั่วไปก่อนที่แพทย์จะลงความเห็นว่าผู้ถูกตรวจสอบมีภาวะความดันโลหิตสูง จะต้องมีการตรวจสอบวัดความดันในโอกาสต่างกัน 3 – 4 ครั้ง ก่อนที่จะตัดสินใจให้ยาลดความดัน

มีทฤษฎีหนึ่งอธิบายสาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีความเครียดเรื้อรังว่าในคนที่มีความเครียดระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกส์ จะกระตุ้นให้มีการหดเกร็งของเส้นโลหิตฝอย อาร์เทอริโอล ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นบ่อย ๆ เป็นเวลานาน จะทำให้โครงสร้างของผนังเส้นโลหิตนั้นเปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถคืนสู่สภาพเดิม ส่งผลให้มีความต้านทานในเส้นโลหิตสูงขึ้นและมีความดันโลหิตสูงตามมา

จากการเก็บข้อมูลทางสถิติพบว่า ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่อไปนี้

##### 1. อายุ

ความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุ โดยสูงมากขึ้นเมื่อมีอายุมาก ความดันโดยเฉลี่ยของประชากรทั้งเพศหญิงและชายจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อยระหว่างช่วงอายุ 20 – 45 ปี จากนั้นจะเพิ่มมากขึ้นในอัตรา 0.5 – 1.0 มม.ปรอทต่อปีจนถึงอายุ 70 ปี อุปนิสัยการกินอาหารและการดำเนินชีวิตยังเป็นสาเหตุทำให้ประชากรเหล่านั้นมีความผิดปกติในเส้นโลหิต ทำให้มีความดันโลหิตที่สูงขึ้น

##### 2. เพศ

จากสถิติพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย มักมีอาการที่รุนแรงกว่าในเพศหญิง กล่าวคือในเพศชายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า ทั้งยังพบว่าเพศหญิงในช่วงอายุ 20 – 30 ปีจะมีอัตราเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตน้อยกว่า แต่ในช่วงทศวรรษหลังนี้พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคนั้นมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการใช้ยาคุมสเตรอยด์ เช่น ยาคุมกำเนิดมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงสมัยใหม่มีแนวโน้มดื่มสุราและสูบบุหรี่มากขึ้น

##### 3. เชื้อชาติและสิ่งแวดล้อม

ประชากรในสังคมตะวันตกและสังคมอื่นทั่วโลก ไม่ได้มีความแตกต่างกันมากในอุบัติการณ์ของโรค แต่พบว่าปัจจัยทางเชื้อชาติให้ข้อมูลที่น่าสนใจจากประชากรทั้งหมดทั่วโลก พบว่าคนขาวและคนดำมีโอกาสเท่ากัน โดยที่คนดำมีอัตราเสี่ยงมากกว่าเล็กน้อย และประชากรชาวอินเดียมีอัตราเสี่ยงน้อยที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าชนกลุ่มน้อยบางเผ่ามีอัตราเพิ่มความดันในช่วงอายุที่ต่ำกว่า เช่น ชนเผ่าอเมคส์อัฟริกาตะวันออก ชาวบรูซแมนส์อัฟริกาตะวันตกเฉียงใต้ คนที่อาศัยอยู่ใน ป่าปูก้าในหมู่เกาะคุกตอนเหนือ ทั้งนี้อาจเป็นเหตุมาจากอาหารและการออกกำลังกายตลอดจนสิ่งแวดล้อมสบาย ๆ ไม่ทำให้เครียดเหมือนในสังคมเมือง

#### 4. ความอ้วน

ผลการวิจัยจากหลายสถาบันชี้ว่า น้ำหนักตัวที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต จำนวนไขมันที่เพิ่มขึ้นแต่ละปอนด์ทำให้ร่างกายต้องผลิตเส้นโลหิตมาเลี้ยงรวมเป็นความยาวถึงหนึ่งไมล์ จำนวนที่เพิ่มขึ้นของเส้นโลหิตฝอยนี้ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อส่งโลหิตไปเลี้ยงให้ทั่วถึง แต่โชคดีที่การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถลดความดันที่สูงนี้ได้

#### 5. ปริมาณเกลือที่รับประทาน

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือและความดันโลหิตสูงนั้นยังไม่แน่นอน พบว่าการจำกัดเกลือในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มว่าสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงเช่นกัน และเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากนิสัยการบริโภคเกลือที่มากเกินไปในครอบครัว มากกว่าจะเป็นสาเหตุทางกรรมพันธุ์

#### 4.2 อวัยวะที่เป็นปัญหาเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2550 : 19) กล่าวว่าอวัยวะที่เป็นปัญหาเมื่อเป็นความดันโลหิตสูงได้แก่

1. หัวใจและหลอดเลือด เมื่อมีความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น เพราะต้องทำงานหนักตลอดเวลา ห้องหัวใจด้านซ้ายจะขยายตัว เมื่อขยายตัวมากขึ้น ทำงานหนักนานเกินไป จะทำให้การบีบของหัวใจอ่อนตัวลง จนอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2. สมอ ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงต่อสมอ คือ ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอตีบเล็กลง หรืออุดตัน อาจทำให้เกิดอัมพาตถาวร หรือถ้าเกิดภาวะหลอดเลือดในสมอแตก เนื้อสมอตาย ก็จะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

3. ตา อาจทำให้เส้นเลือดในตามีการแข็งตัว และเส้นเลือดเล็ก ๆ ในจอประสาทตาตีบตันตามแขนงของหลอดเลือดต่าง ๆ ทำให้เลือดออกในชั้นจอประสาท อาจทำให้ประสาทตาบวมตลอดไปจนถึงตาบอดในที่สุด

4. ไต เนื่องจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนาน ๆ มักทำให้ไตทำงานได้ไม่ดี เพราะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตตีบตัน หากไตทำงานได้ไม่ดี หรือเกิดภาวะไตวาย ก็ไม่สามารถขับโซเดียมได้

ตามปกติ ทำให้เกิดการคั่งของน้ำ เกิดอาการบวมตามร่างกาย และเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้นไปอีก กลายเป็นวงจรที่ทำร้ายทำลายจนเกิดวิกฤติ

#### 4. ข้อมูลทั่วไปของอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

##### ข้อมูลอำเภอเมืองปัตตานี

คำขวัญอำเภอ ถิ่นศึกษาสงขลานครินทร์ แหล่งทำกินนาเกลือ ท่าเรือเศรษฐกิจ มัสยิดโบราณศาลเจ้าแม่ลิ้มกอเหนี่ยว ที่ท่องเที่ยวสวนสมเด็จพระเจ้า

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของอำเภอเมืองปัตตานี

###### 1.1 ประวัติความเป็นมา

เมืองปัตตานีตั้งเมื่อ พ.ศ. 2444 ตามหลักฐานทางประวัติศาสตร์ อำเภอเมืองปัตตานี เป็นเมืองเก่าแก่ มีความอุดมสมบูรณ์ด้วยโกททรัพย์เป็นอู่ข้าวอู่น้ำ มีชาวยุโรป หลายชาติเข้ามาทำการค้าแต่โบราณ คำว่า "ปัตตานี" เป็นชื่อเมือง ไม่ปรากฏหลักฐานที่ชัดเจนว่ามีความเป็นมาอย่างไรเป็นเพียงคำบอกเล่าที่สืบทอดกันมา ซึ่งมีหลักฐานในการเรียกเป็นทางการตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 2 โปรดเกล้าฯ ให้แยกปัตตานี เป็น 7 หัวเมือง คือ ปัตตานี ยะลา ยะหริ่ง ระแงะรามัน สายบุรี และหนองจิก ต่อมา รัชกาลที่ 5 ทรงโปรดเกล้าฯ ยกเลิกระบบหัวเมือง โดยแบ่งเป็นมณฑล คือ ปัตตานี ยะลา สายบุรี และระแงะ และในปี พ.ศ. 2475 ได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติแห่งราชอาณาจักรสยามจัดการปกครองขึ้นใหม่เป็นจังหวัด คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยได้ผนวก หนองจิก สายบุรี และยะหริ่งให้อยู่ในจังหวัดปัตตานี รามัน ให้อยู่ในจังหวัดยะลา และระแงะอยู่ในจังหวัดนราธิวาส

##### สภาพทั่วไปและสภาพเศรษฐกิจอำเภอเมืองปัตตานี

###### 1.2 สภาพทั่วไป

###### 1. ลักษณะที่ตั้ง

อำเภอเมืองปัตตานี เป็น 1 ใน 12 อำเภอของจังหวัดปัตตานี ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดปัตตานี

###### 2. เนื้อที่

มีพื้นที่ทั้งสิ้น จำนวน 96,869 ตารางกิโลเมตร หรือ 60,524 ไร่

###### 3. อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอไทย
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอยะรัง
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอยะหริ่ง
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอหนองจิก

## 4. ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่ เป็นที่ราบลุ่ม และชายทะเล มีแม่น้ำ 1 สาย คือ แม่น้ำปัตตานี

## 5. พื้นที่และการใช้ประโยชน์

ลำดับที่	ประเภท	จำนวน (ไร่)	คิดเป็นร้อยละของพื้นที่ทั้งหมด
1	ทำนา	24,559	40.58
2	ทำสวน	5,465	9.03
3	ทำไร่	640	1.06
4	เลี้ยงสัตว์	2,548	4.21
5	ประมง	1,548	2.64
6	ประกอบการ/ธุรกิจ	7,500	12.39
7	พักอาศัย	5,610	9.27
8	อื่น ๆ	12,604	20.82
	รวม	60,520	100

การถือครองที่ดิน อำเภอเมืองปัตตานี การออกเอกสารสิทธิ์ให้แก่ราษฎรมิเฉพาะหนังสือสำคัญสำหรับที่หลวง (น.ส.ถ.) จำนวน 52 แปลง

## 6. ภูมิอากาศ

ลักษณะทางภูมิอากาศเป็นแบบมรสุม มี 2 ฤดู คือ

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่ กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่ สิงหาคม - มกราคม

## 7. การปกครอง

แบ่งเขตการปกครองตาม พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 เป็น 10 ตำบล

66 หมู่บ้านดังนี้

ตำบลรูสะมิแล	จำนวน	6	หมู่บ้าน
ตำบลบานา	จำนวน	11	หมู่บ้าน
ตำบลตันหยงลูโละ	จำนวน	3	หมู่บ้าน
ตำบลบาราโหม	จำนวน	3	หมู่บ้าน
ตำบลกะมิยอ	จำนวน	7	หมู่บ้าน
ตำบลคลองมานิง	จำนวน	4	หมู่บ้าน
ตำบลตะลุโบะ	จำนวน	9	หมู่บ้าน
ตำบลบาราเฮาะ	จำนวน	8	หมู่บ้าน
ตำบลปุดะ	จำนวน	7	หมู่บ้าน

ตำบลปะกาสะรัง จำนวน 8 หมู่บ้าน  
มีเทศบาล 1 แห่ง คือเทศบาลเมืองปัตตานี ประกอบด้วย ตำบลสะบารัง ตำบล  
อาเนาะรู และตำบลจะบังติกอ

### 1.3 สภาพเศรษฐกิจ

1. การเกษตรกรรมอำเภอเมืองปัตตานีมีพื้นที่การเกษตรทั้งสิ้น 34,724

ไร่ ครอบคลุมเกษตร จำนวน4,289 ครอบครั้ว สภาพการผลิตพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ๆ แยกได้ ดังนี้

ลำดับที่	พืชเศรษฐกิจ	พื้นที่ปลูก	ผลผลิตเฉลี่ย	จำนวนครัวเรือน
1	ข้าว	25,759	382.70	1,765
2	มะพร้าว	4,910	237.12	2,042
3	ลองกอง	148	112.0	118
4	ทุเรียน	118	46.61	69
5	พืช/ผัก	640	2,428.20	295

### 2. ด้านการประมง

การทำประมงในพื้นที่อำเภอเมืองปัตตานี

#### 1. การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ

1.1 น้ำจืด จำนวน 189 ราย

1.2 น้ำกร่อย จำนวน 84 ราย

1.3 การเลี้ยงหอยในอ่าวปัตตานี จำนวน 187 ราย กับ กลุ่มสมาชิก2,463 คน

#### 2. การทำประมงทะเล

2.1 เรือประมงที่รับอนุญาต จำนวน 862 ลำ

2.2 เรือประมงพื้นบ้านชายฝั่ง จำนวน 456 ลำ

### 3. การอุตสาหกรรม

มีโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้รับอนุญาตดำเนินการและประกอบการจำนวน 256 แห่ง

### 4. การพาณิชย์

มีสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงขนาดใหญ่ จำนวน 16 แห่ง

มีธนาคาร จำนวน 13 แห่ง ได้แก่

ธนาคารออมสิน

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (2 แห่ง)

ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

ธนาคารกสิกรไทย จำกัด

ธนาคารนครหลวงไทย จำกัด

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (2 แห่ง)  
 ธนาคารทหารไทย จำกัด  
 ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด  
 ธนาคารกรุงเทพพาณิชย์ จำกัด  
 ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (2 แห่ง)  
 มีสหกรณ์ จำนวน 7 แห่ง ได้แก่  
 สหกรณ์การเกษตรเมืองปัตตานี จำกัด  
 สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจปัตตานี จำกัด  
 สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลปัตตานี จำกัด  
 สหกรณ์รถยนต์โดยสารปัตตานี จำกัด  
 สหกรณ์รถยนต์โดยสารรอบเมืองปัตตานี จำกัด  
 สหกรณ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี จำกัด

### 5. การบริการ


มีโรงแรม จำนวน 9 แห่ง  
 มีสถานบริการและเริงรมย์ จำนวน 20 แห่ง

#### การปกครองส่วนท้องถิ่น

ท้องที่อำเภอเมืองปัตตานีประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง ได้แก่

- เทศบาลเมืองปัตตานี ครอบคลุมพื้นที่ตำบลสะบารัง ตำบลอานะรุ และตำบลจะบังติกอทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลบานา ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบานาทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลตันหยงลุโล๊ะ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลตันหยงลุโล๊ะทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลคลองมานิง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลคลองมานิงทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลกะมิยอ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลกะมิยอทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลบาราโหม ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบาราโหมทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลปะกาสะรัง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลปะกาสะรังทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลรูสะมิแล ครอบคลุมพื้นที่ตำบลรูสะมิแลทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลตะลุโบะ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลตะลุโบะทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลบาราเฮาะ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบาราเฮาะทั้งตำบล
- องค์การบริหารส่วนตำบลปยุต ครอบคลุมพื้นที่ตำบลปยุตทั้งตำบล



อักษรไทย อำเภอเมืองปัตตานี  
 อักษรโรมัน Amphoe Mueang Pattani  
 จังหวัด ปัตตานี  
 รหัสทางภูมิศาสตร์ 9401  
 รหัสไปรษณีย์ 94000  
 ประชากร 121,881 คน (พ.ศ. 2552)  
 ความหนาแน่น 1,258.2 คน/ตร.กม.  
 พิกัด  6°52'7"N, 101°15'0"E

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

จะสะปิอิง บารู(2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดของสมาชิกที่มีสถานภาพต่างกัน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า สมาชิกศูนย์สาธิตการตลาดที่มีเพศต่างกัน อายุต่างกัน รายได้ต่างกันและ ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ต่างกันมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดไม่แตกต่างกัน ส่วนสมาชิกศูนย์สาธิตการตลาดที่มีการศึกษาต่างกัน มีสถานภาพผู้นำต่างกัน มีความรู้ความเข้าใจต่างกัน และมีเจตคติต่อศูนย์สาธิตการตลาดมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์สาธิตการตลาดแตกต่างกัน

ณรงค์ ทองใบ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้านในจังหวัดสตูล ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้านในจังหวัดสตูล ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านร่วมคิด ด้านร่วมปฏิบัติตามโครงการ ด้านร่วมตัดสินใจ และด้านร่วมติดตามประเมินผล

วิชาญ สุขสง (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีส่วนร่วมในการป้องกันและปราบปรามการก่อการร้ายอยู่ในระดับต่ำโดยมีคะแนนเฉลี่ย = 2.32

วชิรศักดิ์ เจริญศรี (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสงขลา ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ อาชีพหลัก และปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ การดำรงตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน วิธีการได้รับการคัดเลือกเข้าดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความพึงพอใจในการสนับสนุนจากรัฐ

จันทิมา ลิมหัน (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ทั้งในภาพรวมและรายได้ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้แก่ การได้รับสนับสนุนวัสดุเผยแพร่การทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจตคติต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ชุมชนไม่ยอมรับในความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เข้าใจในบทบาท และกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ดวงกมล สิริลักษณ์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินความสามารถของสถานีอนามัยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดยะลา ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อน ด้านความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลความดันโลหิตสูงชนิดไม่ใช้ยา ยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในด้านความรู้ ความเข้าใจในการติดตามดูแล และส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และทักษะในการวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้องอยู่ในระดับพอใช้ ทักษะในการถ่ายทอดความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง พบว่า มีการให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือของสถานีอนามัยในการดำเนินงาน คือ พบว่าส่วนใหญ่มีเครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมและใช้การได้ ความพร้อมของระบบ ระเบียบ รายงาน มีแบบรายงาน และแบบบันทึกผู้ป่วย HT/DM เพียงพอเกือบทุกสถานีอนามัย

ไพฑูรย์ วงษ์ขจรเลิศเมธา (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการวางแผนงานสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดยะลา ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผลการปฏิบัติงานด้านการวางแผนงานสาธารณสุข ระดับชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดยะลา อยู่ในระดับสูง ความรู้ในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และเจตคติต่อกระบวนการวางแผน การคาดหวังผลประโยชน์ที่ได้รับ และการสนับสนุนจากรัฐ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับผลการการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการวางแผนงานสาธารณสุขระดับชุมชน แต่รายได้ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงนิเสธกับผลการการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการวางแผนงานสาธารณสุขระดับชุมชน โดยที่ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับ

การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการวางแผนงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับ ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการวางแผนงานสาธารณสุข ระดับชุมชน

อาสมิ โต้ะเจะ (2553 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรณีศึกษา โรงเรียนขนาดเล็กต้นแบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปัตตานี เขต 2 ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ระดับการมีส่วนร่วมที่มีผู้มีส่วนร่วมเป็นอันดับมากที่สุด คือระดับรับทราบข้อมูล ลักษณะการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ด้านวิชาการ ด้านการบริหารงานงบประมาณ และด้านบริหารงานบุคคล เป็นในลักษณะร่วมรับทราบข้อมูล ส่วนในด้านบริหารงานทั่วไปนั้นเป็นการมีส่วนร่วมในลักษณะการให้คำแนะนำ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ตัวแปรอิสระ

อาชีพหลัก  
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ  
ระยะเวลาในการเป็น อสม.



#### ตัวแปรตาม

- การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 5 ด้าน คือ
1. ด้านการมีส่วนร่วมคิด
  2. ด้านการมีส่วนร่วมวางแผน
  3. ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรม
  4. ด้านการรับผลประโยชน์
  5. ด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาประสงค์ที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ว่ามีส่วนร่วมเป็นอย่างไรและมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกรอบแนวคิดนี้เกิดจากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของปาริชาติ วลัยเสถียร มาเป็นแนวทางในการศึกษาในการเชื่อมโยงตัวแปรต่างๆ และสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านการมีส่วนร่วมคิด ด้านการมีส่วนร่วมวางแผน ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรม ด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล เป็นอย่างไร

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ทั้ง 5 ด้านคือ ด้านการมีส่วนร่วมคิด ด้านการมีส่วนร่วมวางแผน ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรม ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ทั้ง 5 ด้านตามตัวแปรอิสระ ได้แก่ อาชีพหลัก จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรค ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

## สมมติฐานในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานในการวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ที่มีอาชีพหลักต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ที่มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน

## ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

ในการศึกษาการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ครั้งนี้ สามารถแสดงความสำคัญและประโยชน์ในด้านความรู้ และด้านการนำไปใช้ ดังนี้

### 1. ด้านความรู้

1.1 ทำให้ได้ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมคิด ด้านการมีส่วนร่วมวางแผน ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ใน

การปรับพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

1.2 ทำให้ได้ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ทั้ง 5 ด้าน ตามตัวแปรอิสระสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละพื้นที่ต่อไป

1.3 ทำให้ได้ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ที่เป็นประโยชน์สามารถนำไปใช้ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

## 2. ด้านการนำไปใช้

การวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยจำแนกประโยชน์ได้ดังต่อไปนี้ คือ

2.1 ผลการมีส่วนร่วม สามารถนำมาใช้ในการวางแผนงานและแผนงานการดำเนินงานด้านการวางแผนงานสาธารณสุขระดับชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

2.2 ทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคตลอดจนข้อเสนอแนะต่าง ๆ ด้านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.3 สามารถใช้วางแผนงานในการพัฒนาและส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถและมีความพร้อมที่จะทำการวางแผนงานสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี จำนวน 13 ตำบล มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสิ้น 700 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี จำนวน 13 ตำบล โดยการกำหนดขนาดของยามานะ(Yamane,1973 อ้างถึงใน จิรลักษณ์ เอกคิลก,2551:44) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 255 คน

## 2. ตัวแปรที่ศึกษา

### 2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

#### 2.1.1 อาชีพหลัก

- เกษตรกรรม / ประมง
- รับจ้าง
- ธุรกิจส่วนตัว
- ไม่มีอาชีพหลัก

#### 2.1.2 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

- 1-10 หลังคาเรือน
- 11-20 หลังคาเรือน
- 21-30 หลังคาเรือน
- มากกว่า 31 หลังคาเรือน

#### 2.1.5 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 1-5 ปี
- 6-10 ปี
- 11-15 ปี
- มากกว่า 16 ปี

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 5 ด้านคือด้านการมีส่วนร่วมคิด ด้านการมีส่วนร่วมวางแผน ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล

## นิยามศัพท์

**1. การมีส่วนร่วม** หมายถึง การเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานีทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านร่วมคิด ด้านร่วมวางแผน ด้านร่วมปฏิบัติงาน ด้านร่วมรับผลประโยชน์ ด้านร่วมติดตามประเมินผล

**ร่วมคิด** หมายถึง ร่วมคิดหาแนวทางในการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

**ร่วมวางแผน** หมายถึง ร่วมประชุมวางแผนหาแนวทางวิธีการดำเนินงานหรือปรึกษาหารือในปัญหาและกำหนดกิจกรรม เพื่อให้กิจกรรมบรรลุผลตามวัตถุประสงค์

**ร่วมปฏิบัติงาน** หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางให้เป็นตามแผนที่วางไว้

**ร่วมรับผลประโยชน์** หมายถึง ร่วมในการรับผลประโยชน์ อันเกิดจากผลของกิจกรรมหรือการดำเนินงานของ อสม. เอง

**ร่วมติดตามประเมินผล** หมายถึง เข้าร่วมในการติดตามประเมินผลการทำงานของตนเอง กลุ่ม และประเมินผลสถานการณ์ภายนอกด้วย

**2. การควบคุมและป้องกันโรค** หมายถึง การลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรค ความดันโลหิตสูงด้วยมาตรการแทรกแซงต่างๆ เพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์ ของโรคไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม รวมทั้งการหยุดยั้ง กระบวนการที่จะเกิดตามมา หรือการกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วและการป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรค

**3. โรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ภาวะที่แรงดันของเลือด ที่อยู่ในหลอดเลือดมีค่าสูงเกินปกติ

**4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ให้ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) เพื่อสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน

**5. ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง ระดับของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 5 ด้านคือด้านการมีส่วนร่วมคิด ด้านการมีส่วนร่วมวางแผน ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล