

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวินพระบาท อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนา
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
4. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์
5. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้
7. การประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมอง
8. บริบทของหมู่บ้านเวินพระบาท
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์

1. ความหมายของยุทธศาสตร์

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของยุทธศาสตร์ หมายถึง วิชาว่าด้วยการพัฒนาและการใช้อำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ จิตวิทยา และกำลังรบทางทหารตามความจำเป็นทั้งในยามสงบและยามสงคราม

สมยศ นาวิกาน (2545, หน้า 3) ได้ให้ความหมายของกลยุทธ์ หมายถึง วิธีการดำเนินงานเพื่อบรรลุภารกิจหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ขององค์กร

พลู เตชะรินทร์ (2546, หน้า 44) ได้ให้ความหมายของยุทธศาสตร์ หมายถึง วิธีการหรือแนวทางที่องค์กรจะนำเสนอคุณค่า ให้กับลูกค้า เพื่อทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ ซึ่งอาจจะเป็นกำไรหรือวิสัยทัศน์

วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ และคณะ (2546, หน้า 1-8) ได้ให้ความหมายของ ยุทธศาสตร์ หมายถึง ชุดของทางเลือกระยะยาวเกี่ยวกับเป้าประสงค์เชิงปฏิบัติการและนโยบายรวมทั้งแผนปฏิบัติการของแผนงานของรัฐบาล ซึ่งองค์การภาครัฐบาล กำหนด โดยคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญสองประการ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของแผนงานที่รัฐบาลกำหนดไว้ และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของแผนงาน

อุทิศ ขาวเขียว (2546, หน้า 11-6) กล่าวว่าไว้ว่า ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือ เพื่อช่วยชี้้นำการบริหารขององค์กรที่เกิดจากกระบวนการระดมสมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างมีส่วนร่วม โดยยึดหลักการวิเคราะห์ให้ทราบสภาพแวดล้อมให้ “รู้เขารู้เรา” เพื่อชี้แนะเป้าประสงค์หรือเป้าหมาย (วิสัยทัศน์ พันธกิจและวัตถุประสงค์หลักของแผน) และกลยุทธ์ กลวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม

บุญเกียรติ ชีวะตระกูลกิจ (2547, หน้า 12) ได้ให้ความหมายของ "ยุทธศาสตร์" หรือ Strategy" ในภาษาอังกฤษซึ่งได้มีผู้รู้แปลเป็นไทยว่ากลยุทธ์" หรือ "ยุทธศาสตร์" หมายถึง การมุ่งเน้นหรือทุ่มเททรัพยากรไปในเรื่องใดแล้วสามารถ นำพาหมู่คณะไปสู่ความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

Cope (1987, Unpaged) ได้ให้ความหมายของคำว่า ยุทธศาสตร์ หมายถึง รูปแบบของวัตถุประสงค์ (Objective) จุดมุ่งหมาย (Purpose) หรือเป้าหมาย (Goal) นโยบาย และแผนแม่บทที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

David (1995, p.11) ได้ให้ความหมายของคำว่า ยุทธศาสตร์ หมายถึง วิถีทางเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว (Long-Term Objective) ยุทธศาสตร์ทางธุรกิจ อาจรวมทั้งการขยายตัวทางพื้นที่ภูมิศาสตร์ การกระจายสินค้า การพัฒนาผลิตภัณฑ์ การเจาะตลาด และการร่วมลงทุน เป็นต้น

Boseman & Phalak (1995, p.11) ได้ให้ความหมายของคำว่า ยุทธศาสตร์ หมายถึง วิถีทางไปสู่จุดหมายปลายทางยุทธศาสตร์ขององค์กรจะอธิบายวิธีการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ขององค์กรระดับยุทธศาสตร์ในองค์กรมี 4 ระดับ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ระดับสังคม ระดับบริษัท ระดับหน่วยธุรกิจ และหน้าที่ ยุทธศาสตร์ระดับสังคม จะใส่ใจบทบาทขององค์กรในสังคม ยุทธศาสตร์ระดับบริษัทถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบคำถามพื้นฐาน 3 ประการ ยุทธศาสตร์ระดับหน่วยธุรกิจเน้นที่การตัดสินใจวางตำแหน่งขององค์กรให้อยู่ในวิถีทางจะมีความได้เปรียบแข่งขันในตลาด ส่วนยุทธศาสตร์ระดับหน้าที่

เป็นการกำหนดยุทธศาสตร์ในแต่ละหน่วยของธุรกิจ เช่น ฝ่ายผลิต ฝ่ายการตลาด และฝ่ายการเงิน เป็นต้น

จากแนวคิดของนักวิชาการเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ สรุปได้ว่า ยุทธศาสตร์ หมายถึง แผนปฏิบัติการของแผนงานของหน่วยงานหรือองค์กร ซึ่งมุ่งเน้นการดำเนินงาน กิจกรรมหรือวัตถุประสงค์ไปสู่ความสำเร็จเป้าหมายเอาไว้

2. การวางแผนกลยุทธ์

การวางแผนกลยุทธ์ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมาย ไว้ดังนี้

ซาโรจน์ โอปัททชัยชิน (2546, หน้า 2 อ้างถึงใน David, 1992, p.6)

การวางแผนถือเป็นกระบวนการแรกในการบริหารที่มีความสำคัญต่อองค์กรอย่างมาก เพราะการวางแผนบ่งบอกถึงทิศทางในอนาคตขององค์กรและเป้าหมายที่องค์กรต้องการที่จะบรรลุตลอดจนวิธีการที่องค์กรเลือกใช้ให้บรรลุเป้าหมาย การวางแผนจึงเปรียบเสมือนแผนที่ในการเดินทางขององค์กร องค์กรที่มีแผนที่ดีย่อมจะมีทางเลือกและทางหนีที่ไล่ในการเดินทางได้ดี การไม่มีแผนที่ในการเดินทางทำให้การเดินทางไร้ทิศทางที่แน่นอน ไม่รู้จุดหมายปลายทาง และยังเสียเวลาจากการเดินทางผิดพลาด หลงทาง หรืออ้อมมากเกินไปทำให้ไปถึงจุดหมายล่าช้ากว่าที่ควร การวางแผนองค์กรมีหลายประเภท แต่การวางแผนที่มีความครอบคลุมทุกๆ ส่วนขององค์กรมากที่สุดได้แก่การวางแผนกลยุทธ์

ปชา สุวรรณมงคล และ อุทัย เลหาวิเชียร (2545, หน้า 10) ได้สรุปการวางแผนกลยุทธ์ไว้ดังนี้

1. การวางแผน เป็นการตัดสินใจในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์เป้าหมายและแนวทางการกระทำที่ต้องการจะบรรลุถึงในอนาคตการพัฒนายุทธวิธีและแนวทางการกระทำการจัดทำนโยบาย ระเบียบวิธีปฏิบัติ

2. การจัดองค์กร เป็นกระบวนการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อกำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่จะทำให้การดำเนินการขององค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดประกอบด้วยความสัมพันธ์พื้นฐาน 4 ประการ คือ วัตถุประสงค์ ความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ และการยอมรับให้มีการตรวจสอบ

3. การจัดคนเข้าทำงาน มีความเกี่ยวข้องกับการเลือกสรรการพัฒนาบุคคลเพื่อให้ได้บุคคลมีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ

4. การอำนวยการ เป็นหน้าที่ของผู้บริหารในการทำให้บุคลากรในองค์กรปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและเอื้ออำนวยให้สามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่องค์กรกำหนดไว้สูงสุด

5. การประสาน การประสานงานเป็นหน้าที่ของการทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ขององค์กรไปในทิศทางที่มุ่งไปสู่วัตถุประสงค์ที่องค์กรกำหนด

6. การควบคุม มีความเกี่ยวข้องกับการกำหนดระบบการทำงาน การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงาน การวัดผลงานและการดำเนินแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อทราบอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไขแต่เนิ่นๆ ทำให้งานสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการ

พะยอม วงศ์สารศรี (2542, หน้า 79-80) การวางแผนประกอบด้วยหลักพื้นฐาน 4 ประการ ดังนี้

1. การวางแผนจะต้องสนับสนุนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรในการวางแผน ผู้วางแผนจะต้องตระหนักถึงความสำคัญว่าเป้าหมายของแผนทุกแผนที่กำหนดขึ้นนั้นจะต้องเกี่ยวพันและอำนวยความสะดวกให้เป้าหมายและวัตถุประสงค์หลักขององค์กรสัมฤทธิ์ผลด้วยความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกอย่างจริงจัง

2. การวางแผนเป็นงานอันดับแรกของกระบวนการจัดการ ซึ่งกระบวนการจัดการประกอบด้วย การวางแผน การจัดการองค์กร การจัดบุคคลเข้าทำงาน การสั่งการ และการควบคุม

3. การวางแผนเป็นหน้าที่ของผู้จัดการทุกคน การวางแผนเป็นงานที่ผู้จัดการจะต้องทำแล้วแต่ขอบเขตของอำนาจหน้าที่ที่แตกต่างกัน

4. ประสิทธิภาพของแผนงาน ผู้วางแผนจะต้องทำให้แผนงานที่วางมีประสิทธิภาพซึ่งสามารถพิจารณาจากการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

สรุปได้ว่า การวางแผนกลยุทธ์นั้นมีหลักสำคัญๆ ดังนี้ การวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การอำนวยการ การประสานในองค์กร และการควบคุมที่จะทำให้การวางแผนกลยุทธ์บรรลุตามวัตถุประสงค์

2.1 ความหมายของการวางแผนกลยุทธ์

การวางแผนกลยุทธ์เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นมานานแล้ว โดยหน่วยงานทางทหารนำมาใช้ในการวางแผนการรบ ตำรายุทธศาสตร์ที่กล่าวถึงกันมาก ได้แก่ตำราพิชัยสงคราม และมีการนำเอาศาสตร์ด้านนี้ไปใช้ในกิจการด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการรบ เช่น

ในการประกอบธุรกิจมีการนำกลยุทธ์มาใช้ในการบริหารกิจการ มีการวิเคราะห์องค์กรในรูปแบบของการวางแผนกลยุทธ์ สำหรับการวางแผนกลยุทธ์มีนักวิชาการได้ให้ความหมายต่างๆ กัน ดังนี้

สาโรจน์ โอพิทักษ์ชีวิน. (2546, หน้า 4 อ้างถึงใน David, 1992, p.4) ได้ให้ความหมายของการวางแผนกลยุทธ์ไว้ว่า เป็นกระบวนการนำศาสตร์และศิลป์มา กำหนดแนวทางการตัดสินใจ เป้าหมายขององค์กร การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

สุพานี สฤณีวานิช (2549, หน้า 11-6) ได้ให้ความหมายของการวางแผนกลยุทธ์ไว้ว่า เป็นการวางแผนระยะยาวขององค์กร เพื่อให้ได้มาซึ่งกลยุทธ์ขององค์กรโดยจะมีขั้นตอนหรือกระบวนการย่อยๆ อีก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดภารกิจและวัตถุประสงค์หลักขององค์กร 2) ตรวจสอบวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร และ 3) การกำหนดกลยุทธ์หลักขององค์กร

เบญจมาภรณ์ อิศรเดช และคณะ (2552, หน้า 62) ให้ความหมายของการวางแผน คือ การแปลความหมายของวิสัยทัศน์และพันธกิจให้เป็นวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางและกำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุอย่างชัดเจน ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือของตนเองในองค์กรและให้ทุกคนในองค์กรยอมรับแผนที่กำหนดขึ้น ซึ่งเหตุผลของการดำเนินงานขององค์กรมาจากพันธกิจนั่นเองและความหวังที่อยากให้องค์กรเป็นแบบใดมาจากวิสัยทัศน์ และต้องหาแนวทางว่าจะนำองค์กรไปในทิศทางใด จากแนวคิดของนักวิชาการเกี่ยวกับการวางแผนกลยุทธ์ สรุปได้ว่าการวางแผนกลยุทธ์ เป็นกระบวนการค้นหาปัญหา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป้าหมายรวมขององค์กร และวิธีการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2.2 ลักษณะสำคัญของการวางแผนกลยุทธ์

การวางแผนกลยุทธ์จะต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (Certo & Peter 1991, p.25)

2.2.1 มององค์กรในภาพรวม (holistic) การวางแผนยุทธศาสตร์จะต้องมององค์กรในฐานะที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แผนกลยุทธ์จะเป็นแผนที่ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร และมีระดับของแผนที่สอดคล้องกันตั้งแต่แผนระดับองค์กร แผนระดับหน่วยงานย่อยในองค์กร และแผนปฏิบัติการซึ่งจะประกอบไปด้วยรายละเอียดในการดำเนินงานขององค์กรทั้งหมด

2.2.2 มุ่งเน้นอนาคต (future oriented) การวางแผนกลยุทธ์จะให้ความสำคัญกับอนาคตขององค์กรเช่นเดียวกับการวางแผนประเภทอื่นๆ การวางแผนกลยุทธ์จะครอบคลุมทั้งแผนระยะสั้น ระยะปานกลาง ระยะยาวซึ่งแผนระยะต่างๆ จะมีความสอดคล้องกันจึงจะทำให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

2.2.3 ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลง (Change Management) การวางแผนกลยุทธ์จะให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมขององค์กรทั้งในด้านของการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อองค์กร และการปรับเปลี่ยนองค์กรให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การวางแผนกลยุทธ์จะต้องวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและกำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กรให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม แผนยุทธศาสตร์

2.3 กระบวนการวางแผนกลยุทธ์

การวางแผนกลยุทธ์ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย

2.3.1 การกำหนดพันธกิจขององค์กร เป็นการกำหนดว่าองค์กรจะมีภารกิจใดพันธกิจอาจเป็นข้อความสั้นๆ เพียงประโยคเดียว หรือเป็นข้อความที่แสดงรายละเอียดก็ได้ เพื่อที่จะบอกกว่าองค์กรนั้นๆ จะดำเนินงานอะไร ดำเนินการอย่างไร และเนื้อหาของพันธกิจจะครอบคลุมขอบเขตของการดำเนินงาน เป้าหมายพื้นฐานและประโยชน์ต่างๆ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ขององค์กร

2.3.2 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร จากลักษณะของการวางแผนกลยุทธ์ที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและในด้านของการปรับตัวขององค์กร โดยในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมจะต้องทำการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม 2 ส่วน คือสภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

2.3.3 การกำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กร เป็นการกำหนดแผนจากการวิเคราะห์สถานการณ์ หรือ การวิเคราะห์ปัญหา โดยแผนกลยุทธ์จะประกอบไปด้วย 3 ระดับ กล่าวคือ ยุทธศาสตร์ในระดับองค์กรโดยรวมซึ่งเรียกว่า (corporate level) กลยุทธ์ในระดับส่วนย่อยของหน่วยงาน หรือระดับหน่วยธุรกิจ โดยแผนกลยุทธ์แต่ละระดับจะต้องมีความสัมพันธ์สอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกันในลักษณะของความเชื่อมโยงของเป้าหมาย และวิธีการปฏิบัติ แผนดังกล่าวจะเป็นภาพรวมขององค์กรทั้งหมด ดังนั้น

หากการกำหนดยุทธศาสตร์มีความชัดเจนและเชื่อมโยงกันดี ก็จะทำให้การปฏิบัติงานขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้

2.3.4 การกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนกลยุทธ์ การกำหนด

วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานขององค์กร จะต้องสอดคล้องกับภารกิจ และปัญหาขององค์กร วัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้นจะต้องมีลักษณะสำคัญคือ 1) มีความเฉพาะเจาะจงและมีความชัดเจน 2) สามารถวัดได้ 3) เป็นที่ยอมรับและเห็นพ้องต้องกันกับผู้ที่เกี่ยวข้อง 4) สามารถปฏิบัติได้จริง 5) มีระยะเวลาที่กำหนดไว้ 6) มีความท้าทายแต่สามารถบรรลุได้ไม่ยากและง่ายจนเกินไป 7) วัตถุประสงค์ควรมีการเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรและให้ทุกคนในองค์กรทราบ

2.3.5 การแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ การแปลงยุทธศาสตร์ไป

สู่การปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กรอย่างมาก เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกระบวนการบริหารองค์กรในมิติต่างๆ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2551, หน้า 11-6) สำหรับกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ของงานวิจัยในครั้งนี้จะเริ่มตั้งแต่ พันธกิจของแผนกพัฒนาชนบทการกำหนดตัวชี้วัด กิจกรรม โครงการ ระยะเวลาการดำเนินการ และผู้รับผิดชอบสภาพแวดล้อมขององค์กรการกำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กร การกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนกลยุทธ์ และการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องที่มีจุดหมายเพื่อให้องค์กรสามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ง่าย (Certo & Peter, 1991, p.6) มี 5 ชั้น ดังนี้

ชั้นที่ 1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและภายใน

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกเป็นการตรวจสอบประเมินและกรองปัจจัยหรือข้อมูลจากสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีผลกระทบต่อองค์กรพิจารณาออกเป็น 2 แนวทาง ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกโดยทั่วไป

เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั่วไปที่มีผลต่อองค์กรในระยะยาว ประกอบด้วย สภาพเศรษฐกิจ เทคโนโลยี การเมืองและกฎหมาย และสภาพสังคม

1.2 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเชิงปฏิบัติการ

หรือการวิเคราะห์องค์กรเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่กระทบโดยตรงต่อองค์กรที่องค์กรนั้นประกอบกิจการอยู่

1.2.1 สภาพแวดล้อมภายนอกโดยทั่วไปเป็นปัจจัยภายนอกในระดับกว้างและมีผลกระทบโดยอ้อมต่อการปฏิบัติการขององค์กร ทั้งที่เป็นองค์กรภาครัฐหรือภาคเอกชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยี การเมืองและกฎหมาย และสังคม

1.2.1.1 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors) เช่น อัตราเงินเฟ้อ อัตราดอกเบี้ย อัตราภาษี และอัตราการว่างงาน เป็นต้น

1.2.1.2 ปัจจัยด้านเทคโนโลยี (Technological Factors) เช่น การผลิตคิดค้นเทคโนโลยีต่างๆ เครื่องจักรกลทางอุตสาหกรรม เครื่องจักรสมองกลและเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น

1.2.1.3 ปัจจัยด้านการเมืองและกฎหมาย (Political and Legal Factors) เช่น นโยบายและเสถียรภาพของรัฐบาล การแก้ไขกฎหมาย และการปรับปรุงระเบียบต่างๆ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานทางการบริหาร เป็นต้น

1.2.1.4 ปัจจัยด้านสังคม (Socio-Cultural Factors) โครงสร้างทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา ค่านิยม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมและประเพณี ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการบริโภคนิยมและอุปโภค

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก คือ การใช้ตารางแสดงความสำคัญของปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก (Priority Matrix) ในการนำปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการวิเคราะห์มาพิจารณาถึงความสำคัญโดยการพิจารณาจากโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นๆ (Priority of Occurrence) และความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์นั้นต่อองค์กร (Possible Impact on Corporation) ซึ่งผู้บริหารจะให้ความสนใจต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กรเท่านั้น

1.2.2 สภาพเชิงปฏิบัติการขององค์กรพิจารณาจากองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ (Paul, 1983, pp.43-49) ดังนี้

1.2.2.1 สภาพแวดล้อมของสาขาการพัฒนาหรือภาคบริการ (Diagnosis of the Problems of the sector or Service) โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพัฒนาหรือภาคบริการนั้นๆ เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อม

1.2.2.2 ผู้รับผลประโยชน์และผู้รับบริการ (Identification of Beneficiaries and Clients) จากการจำแนกประเภทของกลุ่มเป้าหมายของประชากร โดยคำนึงถึงลักษณะความแตกต่างของกลุ่มสังคมที่ให้บริการ

1.2.2.3 ความต้องการของสังคมต่อการได้รับบริการ จากแผนงาน (Demand of the Programmer's Service) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อ และปัจจัยที่มีอุปสรรคทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี

1.2.2.4 ความพร้อมของแผนการในการให้บริการ (Supply of the Programmer's Service) จากการวิเคราะห์การกระจายของกลุ่มสังคม ของผู้รับบริการ ความเพียงพอของระบบการส่งทอดระหว่างหน่วยงานอื่นๆ ที่ต้องเชื่อมโยง ประสานกันในการควบคุมการจัดหาบริการและการส่งทอดการให้บริการไปถึงผู้รับบริการ อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.2.5 กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับ ความต้องการได้รับบริการและความพร้อมในการให้บริการ (Key Factors Influencing Demand and supply) จากการวิเคราะห์ภาวะความเป็นผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็น ทางการที่มีต่อการสนับสนุนและคัดค้านการดำเนินงานตามแผนงานทั้งในระดับชาติและ ระดับท้องถิ่น

1.2.3 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน

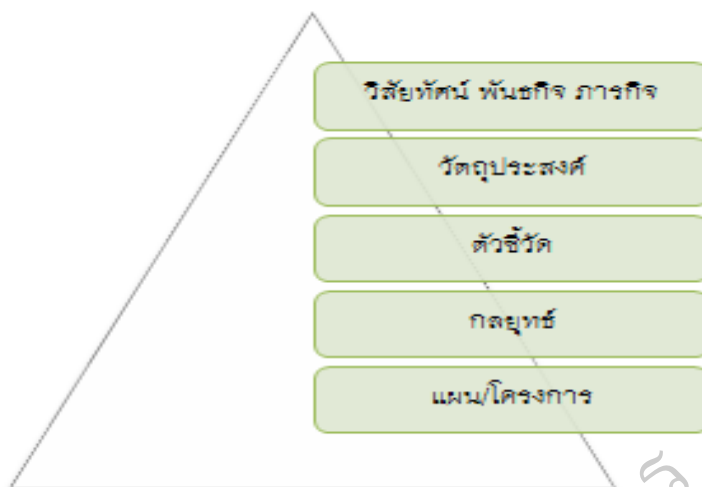
การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกเพื่อระบุโอกาส และอุปสรรคในการแข่งขันนั้นไม่เพียงพอในการแสวงหาข้อได้เปรียบทางการแข่งขันของ องค์กร องค์กรจะต้องทำการวิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กรด้วยว่า ปัจจัยใดเป็นจุดแข็งหรือ จุดอ่อนที่องค์กรสามารถแสวงหาโอกาสทางบริหารและหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ การวิเคราะห์ปัจจัยภายในอาจเรียกว่า การวิเคราะห์องค์กร เพื่อให้เข้าใจในทรัพยากร ที่มีอยู่ในองค์กรทรัพยากร คือ สิทธิทรัพย์ ความชำนาญ กระบวนการ ทักษะ หรือความรู้ ที่สามารถควบคุมได้โดยองค์กร ทรัพยากรดังกล่าวนับเป็นจุดแข็ง หากทรัพยากรนั้น สามารถสร้างข้อได้เปรียบทางการแข่งขันได้ ซึ่งในความสามารถที่องค์กรสามารถทำได้ ดีกว่าคู่แข่งอื่นๆ และทรัพยากรนั้นจะนับเป็นจุดอ่อน หากองค์กรบริหารจัดการด้อยกว่า คู่แข่งอื่นหรือไม่สามารถจะทำได้ดังคู่แข่ง (Barney, 1992, p.15) ได้เสนอ VRIO Framework เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ทรัพยากรภายในองค์กร ดังนี้ 1) ทรัพยากรนั้นสร้างข้อ ได้เปรียบทางการแข่งขันได้ 2) คู่แข่งอื่นมีทรัพยากรนั้นหรือไม่ 3) คู่แข่งต้องการเลียนแบบ มีต้นทุนเกิดขึ้นหรือไม่ และ 4) องค์กรบริหารจัดการทรัพยากรนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ หรือนำทรัพยากรนั้นไปใช้ในทางถูกต้องหรือไม่ หากคำตอบที่ได้จากคำถามดังกล่าวคือ “ใช่” สำหรับทรัพยากรหนึ่งๆ ทรัพยากรนั้นถือเป็นจุดแข็งขององค์กรในการประเมิน

ความสำคัญของทรัพยากรนั้นว่าเป็นปัจจัยภายในที่มีผลต่อกลยุทธ์หรือไม่สามารถทำได้ โดยเปรียบเทียบทรัพยากรที่มีนั้นกับ ผลการดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมาขององค์กร คู่แข่งสำคัญขององค์กร องค์กรโดยรวม หากทรัพยากรหนึ่ง เช่น สถานะทางการเงินมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากผลการดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมา แตกต่างจากคู่แข่งสำคัญและต่างกันจากค่าเฉลี่ยขององค์กร ทรัพยากรนั้นนับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทางกลยุทธ์ขององค์กร

ขั้นที่ 2 สร้างทิศทางขององค์กร

การจัดวางทิศทางขององค์กร เป็นการระบุหรือกำหนด

จุดมุ่งหมายปลายทางที่องค์กรต้องการก้าวไปให้ถึง การจัดวางทิศทางขององค์กร มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับองค์กร หากองค์กรไม่สามารถกำหนดทิศทางที่ชัดเจนได้แล้ว กลยุทธ์ขององค์กรที่จัดทำขึ้นก็จะไม่สามารถผลักดันให้องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันที่เพียงพอจะทำให้การดำเนินงานอยู่รอดได้หรือมีความแตกต่างเมื่อเทียบกับคู่แข่งในสายตาของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามเมื่อองค์กรมีการจัดวางทิศทางขององค์กรชัดเจนแล้วจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลง เนื่องจากในปัจจุบันสภาวะแวดล้อมในการดำเนินงานขององค์กรมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นองค์กรต้องมีความยืดหยุ่นและความคล่องตัวในการที่จะปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงทิศทางขององค์กรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของยุคโลกาภิวัตน์ ดังนั้นทุกครั้งที่ทำกรจัดวางทิศทางขององค์กรจึงต้องไม่ลืมที่จะคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องและขั้นตอนในการวางทิศทางขององค์กร ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการจัดวางทิศทางขององค์กร
ที่มา : วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ และคณะ (2546, หน้า 150)

จากภาพประกอบ 2 การจัดวางทิศทางขององค์กรด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้ทราบว่าจะมุ่งหมายปลายทางในการดำเนินงานขององค์กรว่าในที่สุดแล้วองค์กรต้องการจะเป็นอะไร อยู่ในตำแหน่งใดขององค์กรหรือต้องการจะได้รับอะไร ลักษณะกว้าง ซึ่งภาพความต้องการในอนาคต เมื่อทราบจุดหมายปลายทางแล้วจึงจะนำมากำหนดเป็นภารกิจขององค์กร ว่าองค์กรของเราต้องมีภาระผูกพันอะไรบ้างหรือต้องทำกิจกรรมหลักอะไรบ้างจึงจะสามารถบรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งเอาไว้ได้ จากนั้นจึงนำกิจกรรมหลักที่กำหนดขึ้นมาระบุถึงผลลัพธ์ที่องค์กรคาดหวังอยากให้เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นวัตถุประสงค์ขององค์กร หรือบางที่เรียกว่า เป้าประสงค์ หลังจากที่ยังสามารถระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนขององค์กรแล้ว องค์กรนำวัตถุประสงค์มาเป็นแนวทางในการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จขององค์กร ดังนั้นกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นจะเป็นแนวทางในการกำหนดแผนงานระยะยาวที่มีความชัดเจนและมุ่งเน้นไปในทิศทางเดียวกัน ก่อนที่จะนำแผนงานระยะยาวมาแปลงเป็นแผนงานประจำปี (Annual Plan) หรือแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ขององค์กรเพื่อให้ทราบว่าแต่ละฝ่ายงานขององค์กรมีบทบาทหน้าที่อะไรบ้างในการช่วยผลักดันและส่งเสริมให้ภารกิจขององค์กรที่กำหนดขึ้นบรรลุผลสำเร็จ อันจะนำมาซึ่งการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กรในที่สุด และนั่นเป็นกระบวนการในการแปลงวิสัยทัศน์ ภารกิจ วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ แต่หากมีการ

ดำเนินการที่อาศัยความเข้าใจที่เป็นหนึ่งเดียวและมีความร่วมแรงร่วมใจกันของบุคลากร ในองค์กรก็จะนำมาซึ่งความสำเร็จขององค์กร เพราะการดำเนินงานดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญ มากจนกระทั่งในปัจจุบันหลายองค์กรกล่าวว่า การกำหนดทิศทางที่ชัดเจนและกลยุทธ์ที่ สวยหูจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดกับองค์กรเลยหากองค์กรไม่สามารถที่จะนำพาล้ำที่ กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ

1. การกำหนดวิสัยทัศน์

นักวิชาการและนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายวิสัยทัศน์ เช่น วิทยากร เชียงกุล (2540, หน้า 13) ให้นิยามว่า วิสัยทัศน์ หมายถึง ภาพที่มีลักษณะในใจว่า องค์กรหรือสังคมสามารถที่จะเป็นเช่นใดได้ ความหมาย เกี่ยวกับรูปร่างและความสำเร็จ ในอนาคต เป้าหมายในอนาคต การมองการณ์ไกลที่ผู้นำสามารถ มองเห็นและชักชวน ให้เพื่อนร่วมงานหรือสมาชิกร่วมมือสร้างสิ่งนั้นขึ้นมา ส่วนสฤษดิ์คุณ กิตติยากร (2540, หน้า 238) มองว่าวิสัยทัศน์เป็นภาพขององค์กร ซึ่งผู้บริหารสูงสุดและพนักงานต้องการ จะให้เป็น การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดและจะทำประโยชน์สูงสุดให้องค์กร

ในสภาพแวดล้อมที่ คาดการณ์ไว้และสอดคล้องกับเสน่ห์ จุ้ยโต (2545, หน้า 101) ให้ความเห็นว่า เป็นการกำหนดเกี่ยวกับพันธกิจ (Mission) เป็นการมองภาพฉาย ภาพไปข้างหน้าโดยการมองการณ์ไกลที่ดำเนินถึงปัจจัย แวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง สำหรับธัญญพัทธ์ เขจรนันท์ และจินตนา บุญบงการ (2544, หน้า 139) กล่าวว่า วิสัยทัศน์ หมายถึง ภาพความคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการในอนาคตขององค์กร คาดหวังให้เป็นและสภาพด้านการพัฒนาองค์กรเลยต้องการจะเป็นในอนาคตตามห้วง ระยะเวลาที่กำหนด 5-10 ปีข้างหน้า โดยระบุเป็นข้อความที่สะท้อนถึงความมุ่งมั่นเกี่ยวกับ ทิศทาง และจุดยืนที่ต้องการผลักดันให้เกิดขึ้นเป็นจุดหมายปลายทางร่วมกันของทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องในองค์กรซึ่งเป็นการตอบคำถามว่า "บุคลากรต้องการเป็นอะไรในอนาคต" ซึ่งหลักในการกำหนดวิสัยทัศน์จะต้องเกิดจากการวิเคราะห์จะต้องจัดประชุมระดม ความคิดเห็นเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กรและจะต้องอาศัยข้อมูลในปัจจุบันนำมา เป็นข้อมูลในการกำหนดวิสัยทัศน์ด้วย การกำหนดวิสัยทัศน์ที่ดีต้องมีลักษณะ คือ

- 1) มีความเป็นไปได้เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นจริง
- 2) ทำทายเราใจ สามารถใช้เป็นกรอบชี้ นำให้สมาชิกดำเนินกิจกรรมเพื่อบรรลุจุดยืนที่ต้องการ
- 3) เป็นข้อความง่ายๆ ที่สามารถสื่อ ให้เห็นทิศทางในอนาคตขององค์กร
- 4) เป็นปรัชญาที่แสดงให้เห็นถึงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ ภายในใจของทุกคน
- 5) เป็นคำมั่นสัญญาของผู้บริหารที่แสดงถึงการตัดสินใจและมุ่งมั่น

ที่ต้องรับผิดชอบการตัดสินใจ 6) เป็นตัวประสานปัจจัยต่างๆ ในทิศทางที่พึงปรารถนา
7) ได้รับการสนับสนุนและเป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติ 8) ต้องตรวจสอบและวัดผลสำเร็จได้
และ 9) สอดคล้องกับวัฒนธรรมขององค์กร (Byson. John M, 1995, pp.161-164)

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์ต้องมีความเหมาะสมกับองค์กร โดยส่วนใหญ่การกำหนดวิสัยทัศน์จะเป็นการร่วมกันกำหนดจากผู้บริหารระดับสูงขององค์กรเพราะเป็นกลุ่มคนที่มองภาพรวมขององค์กร ถึงแม้ว่าไม่ใช่ทุกคนในองค์กรที่จะมาเข้าร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ แต่ผู้บริหารควรมีการรับฟังข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นจากบุคลากรในทุกระดับเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประชุมเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ด้วย เช่นเดียวกัน และถ้อยแถลงของวิสัยทัศน์องค์กรอาจจะไม่จำเป็นต้องมีการสลักไว้บนผนังเพื่อวัตถุประสงค์ในการนำเสนอต่อผู้มาเยือน แต่ประเด็นสำคัญคือ การสื่อสารให้เป็น ที่เข้าใจทั้งในเนื้อหาและความคาดหวังในถ้อยแถลงของวิสัยทัศน์กับบุคลากรในทุกระดับ เพื่อใช้เป็นเข็มทิศชี้แนวทางแก่บุคลากรทุกคนให้เข้าใจถึงจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานขององค์กรและเป็นแรงบันดาลใจในการร่วมกันสนับสนุนส่งเสริมเป้าหมายดังกล่าวให้เป็นจริง การสื่อสารวิสัยทัศน์สามารถทำได้หลายลักษณะด้วยกัน เช่น การกำหนดและระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การจัดพิมพ์และแจกจ่ายให้บุคลากรและการทำความเข้าใจกับบุคลากร ในทุกระดับในช่วงต้นก่อนการประชุมวาระปกติทุกครั้ง (วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ พร้อมคณะ, 2546, หน้า 70-75)

จากที่กล่าวมาข้างต้นของนักวิชาการและนักการศึกษาสรุปได้ว่า วิสัยทัศน์เป็นเรื่องการมองอนาคตข้างหน้า ที่กลุ่มคนหรือ องค์กรคาดหวังให้เป็นโดยการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมซึ่งอาศัยประสบการณ์และข้อมูลในปัจจุบันเพื่อกำหนดเป้าหมายเอาไว้ล่วงหน้า

2. การกำหนดภารกิจ

ได้มีนักวิชาการ และนักการศึกษาหลายท่าน เช่น เสน่ห์ จุ้ยโต (2545, หน้า 100) ให้ความเห็นว่าการกำหนดว่าองค์กรหรือบริษัท “ทำอะไร” ทำไม ต้องทำสิ่งนั้น และทำเพื่อใคร ฌ์ฐพันธ์ เขจรันท์ และจินตนา บุญบงการ (2544, หน้า 139) กล่าวว่า ภารกิจ หมายถึง จุดมุ่งหมาย เฉพาะที่เป็นเอกลักษณ์ขององค์กร ซึ่งแยกองค์กรออกจากธุรกิจอื่นที่มีการดำเนินงานที่ใกล้เคียงกันภารกิจเป็นเครื่องกำหนดขอบเขตการดำเนินงานขององค์กร การกำหนดภารกิจยังเป็นการจัดสรรและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรต่างๆ ในชุมชนหรือองค์กรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

นอกจากนี้การกำหนดภารกิจยังช่วยให้การกำหนดวัตถุประสงค์และกลยุทธ์เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับภารกิจ ขององค์กรหรือชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการขององค์กรหรือชุมชนได้เป็นอย่างดี ส่วนวัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ และคณะ (2546, หน้า 74-75) ได้ให้ความหมาย ภารกิจ คือ ภารกิจขององค์กรจะบ่งบอกกิจกรรมที่องค์กรจะต้องสนับสนุนให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์ ซึ่งจะช่วยสร้างคุณค่าและความแตกต่างขององค์กรจากองค์กรอื่น เช่น ภารกิจขององค์กรเพื่อการผลิตหรือการส่งออก ด้วยยี่ห้อของตนเองย่อมแตกต่างจากการบริหารองค์กรที่ทำหน้าที่รับจ้างผลิตให้กับตรายี่ห้อของลูกค้า ทั้งที่ทั้งสององค์กรต่างอยู่ในองค์กร และภารกิจขององค์กรยังครอบคลุมถึงประเด็น (Greenley, 1989, pp.151-152; Certo & Peter, 1991, p.69) ดังนี้

- 1) ผลิตภัณฑ์บริการโดยระบุชนิดของผลิตภัณฑ์บริการต่อสาธารณะ
- 2) ตลาด ระบุกลุ่มผู้ซื้อผู้รับบริการ
- 3) เป้าประสงค์ ระบุเป้าหมายขององค์กรในแง่ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการมีองค์กร
- 4) เทคโนโลยี ระบุวิทยาการหรือการดำเนินงานหรือกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงาน
- 5) ปรัชญา ระบุความเชื่อมั่นและค่านิยมพื้นฐานในการดำเนินงานของสมาชิกในองค์กร และ
- 6) แนวความคิดขององค์กร ระบุหลักการพื้นฐานขององค์กรที่จะดำรงอยู่ในสาธารณและยอมรับผิดชอบทางสังคมขององค์กรต้องการให้มีต่อการดำเนินงานขององค์กร

นอกจากนี้ภารกิจขององค์กรยังบ่งบอกให้ทราบขอบเขตในการดำเนินงานขององค์กร เช่น เอกลักษณ์ คุณลักษณะ ตลอดจนเส้นทางเพื่อการพัฒนาองค์กร ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้บุคลากรในองค์กรทุกคนทราบร่วมกันถึงแนวคิดหรือหลักการในการทำงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.1 ปัจจัยที่ต้องคำนึงในการกำหนดภารกิจขององค์กร ประกอบด้วย

- 1) ความต้องการของหน่วยงานหรืออะไรที่กำลังได้รับการตอบสนอง
- 2) กลุ่มของลูกค้า เป็นกลุ่มใด หรือใครที่เป็นผู้ได้รับการตอบสนอง และ
- 3) ความต้องการของลูกค้าได้รับการตอบสนองอย่างไร ทั้ง 3 ปัจจัยล้วนแต่มีความสำคัญต่อการกำหนดลักษณะของการทำงาน ซึ่งการพิจารณาเฉพาะปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะไม่เพียงพอต่อการกำหนดภารกิจที่ชัดเจนได้องค์กรจะต้องเปลี่ยนแปลงภารกิจเมื่อไร เนื่องจากปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและรวดเร็วซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อการทำงานในด้านต่างๆ ขององค์กรแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อการวางทิศทางขององค์กรด้วย ดังนั้นองค์กรจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนภารกิจให้มีความทันสมัยและ

สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน แต่การเปลี่ยนแปลงไม่ควรเกิดขึ้นบ่อย เนื่องจากการกำหนดภารกิจควรจะต้องพิจารณาระยะยาว และต้องให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ดังนั้นจึงควรกำหนดภารกิจให้มีความครอบคลุมและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดีและนานพอสมควรองค์กรจะมีการถ่ายทอดภารกิจอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมได้อย่างไร

2.2 ความสำคัญของการกำหนดภารกิจขององค์กรเพื่อ 1) ให้สามารถระบุจุดมุ่งหมายภายในองค์กรได้ 2) ช่วยถ่ายทอดความคิดขององค์กรออกมาเป็นทิศทางที่ชัดเจน 3) กำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานในการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร 4) เป็นหลักสำคัญในการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร 5) ความสะดวกในการแปลงความหมายวัตถุประสงค์ในโครงสร้างการทำงาน การออกแบบระบบงาน และการกำหนดความรับผิดชอบภายในองค์กร และ 6) ช่วยในการตัดสินใจและดำเนินการของบุคลากรระดับล่างให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.3 ข้อควรระวังในการกำหนดภารกิจ ดังนี้ 1) การกำหนดขอบเขตของภารกิจที่แคบหรือกว้างเกินไป สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการกำหนดภารกิจคือ ขอบเขตในการระบุประเภทของการทำงาน หากเกิดความผิดพลาดขึ้นจากการกำหนดขอบเขตหรือประเภทของการทำงานย่อมจะส่งผลกระทบต่อภารกิจที่ผิดพลาด นำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์ที่ผิดพลาด และจะเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและการตัดสินใจด้วย 2) การให้ความสำคัญและการจัดสรรเวลาของผู้บริหารระดับสูงในการกำหนดภารกิจหลายครั้งที่ผู้บริหารระดับสูงใช้เวลาทุกวันกับการบริหารงานทั่วไป และทำให้การกำหนดภารกิจขององค์กรมักจะถูกมองข้ามไป เมื่อองค์กรกำหนดภารกิจอย่างรีบเร่งจนเกินไปอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดและเกิดผลกระทบติดตามมาอย่างรุนแรง 3) ความเข้าใจผิดที่ว่า เมื่อมีการกำหนดทิศทางขององค์กรขึ้นมาแล้วไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ที่จริงแล้วภารกิจขององค์กรสามารถปรับเปลี่ยนได้เมื่อมีความจำเป็นหรือเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปในระดับที่ส่งผลต่อทิศทางเดิม อาทิ ความต้องการของลูกค้าเปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาเทคโนโลยีขั้นสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านการค้าระหว่างประเทศ สัญญาณทางเศรษฐกิจที่แสดงให้เห็นถึงโอกาสและข้อจำกัดในการดำเนินงานขององค์กร

สรุปได้ว่าเป็นพื้นฐานของการกำหนดการจัดลำดับกลยุทธ์ แผน และการออกแบบงาน ในจุดเริ่มต้นของการออกแบบงานการบริหารการออกแบบโครงสร้างการบริหารไม่มีสิ่งใดง่าย หรือปรากฏชัดเจนที่จะทราบว่าองค์กรของเราคืออะไร

3. การกำหนดเป้าหมาย

ได้มีนักวิชาการ และนักการศึกษาหลายท่าน เช่น ฌ็อง-ฌัก กูแซงท์ และจิม คอลลินส์ (2002, หน้า 140) กล่าวว่า เป้าหมาย หมายถึง จุดมุ่งหมายที่เป็นรูปธรรมขององค์กร ซึ่งโดยปกติทุกองค์กรต่างมีเป้าหมายที่เกี่ยวกับการอยู่รอด (Survive) การเจริญเติบโต (Growth) การทำกำไร (Profitability) และการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ความสำคัญของเป้าหมาย คือ การทำงานในองค์กร นอกเหนือจากการทำงานในหน้าที่การงานตามปกติแล้ว จะมีการส่งข้อมูลที่ได้รับในระหว่างการปฏิบัติงานขึ้นสู่ผู้บริหารระดับบน ทั้งในลักษณะข้อมูลข่าวสาร ปัญหา ผลการปฏิบัติงาน รายงาน และข้อเสนอแนะ ในขณะที่เดียวกันก็จะมีการส่งข้อมูลจากผู้บริหารระดับบนสู่ผู้บริหารระดับล่างเป็นทอดๆ โดยผู้บริหารระดับกลางจะแปลงความมุ่งหมาย (Goal) และนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหารระดับสูงให้เป็นวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ ส่วนผู้บริหารระดับล่างก็จะแปลงวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ของผู้บริหารระดับกลางให้เป็นเป้าหมายและการปฏิบัติ ความมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย จึงเป็นความต้องการที่ผู้บริหารแต่ละระดับแสดงออกมาเพื่อให้เกิดการปฏิบัติให้บรรลุผล เป้าหมายซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้กับการปฏิบัติมากที่สุดจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเพราะเป็นสิ่งที่เข้าไปสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ การวางแผน การดำเนินการ การติดตามประเมินผล การปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน และการให้รางวัล หากไม่มีเป้าหมาย สิ่งที่กำลังมาข้างหน้าทั้งหมดก็ไม่สามารถทำให้เกิดมีขึ้นได้ ในการกำหนดเป้าหมาย ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทั้งหลายควรจะหารือกัน ไม่ใช่กำหนดขึ้นมาจากผู้บังคับบัญชาแต่เพียงผู้เดียว

การกำหนดเป้าหมายร่วมกันจะทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นว่าผู้ปฏิบัติเข้าใจในรายละเอียด เห็นความสำคัญของเป้าหมาย และสามารถปฏิบัติได้ สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการกำหนดเป้าหมาย คือ ผู้บังคับบัญชาต้องเข้าใจในตัวผู้ใต้บังคับบัญชา คือรู้ว่าเขาเหล่านั้นมีลักษณะนิสัยและพฤติกรรมทั้งการทำงานและส่วนตัวเป็นอย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้สามารถกำหนดสิ่งจูงใจที่เหมาะสม นอกจากนั้น การเข้าใจในตัวผู้ใต้บังคับบัญชา จะช่วยให้ทราบว่าเขาเหล่านั้นยังขาดความรู้หรือทักษะในเรื่องอะไร จะได้สอนหรือให้การฝึกอบรมได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการใช้ให้สำเร็จตามเป้าหมาย และลักษณะเป้าหมายที่มีประสิทธิผล คือ เป้าหมายที่ดีและนำไปใช้ปฏิบัติให้เกิดผลได้ ต้องเป็นเป้าหมายที่ผู้ปฏิบัติเห็นว่ามีมีความสำคัญ มีความชัดเจนไม่ต้องการ

การตีความ มีลักษณะชี้ชัดเจาะจงลงไปว่าต้องการอะไร เท่าไร เมื่อไร เป้าหมายจะต้องสามารถวัดได้โดยมีตัวชี้วัดที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับเป้าหมายและสอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร ที่สำคัญคือ เป้าหมายจะต้องเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ มีความท้าทายโดยมีเป้าหมายไม่ต่ำเกินไป และเมื่อทำได้สำเร็จตามนั้นแล้วจะได้รับรางวัลตอบแทนอะไร รางวัลดังกล่าวควรสัมพันธ์กับเป้าหมายอย่างสมเหตุสมผล ไม่มากไปหรือน้อยไป ในการแปลงเป้าหมายให้กลายเป็นการปฏิบัตินั้น ผู้บริหารจะเป็นผู้กำหนดภารกิจซึ่งควรนำมาหรือกับผู้ปฏิบัติเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายร่วมกันแล้วจึงแตกเป้าหมายนั้นออกเป็นงาน งานบางงานอาจมอบหมายไม่ได้ซึ่งผู้บริหารก็ควรเป็นผู้ปฏิบัติงานนั่นเอง แต่งานส่วนใหญ่จะเป็นงานที่มอบหมายได้ซึ่งอาจมอบให้ผู้ใดบังคับบัญชาผู้ใดผู้หนึ่งไปปฏิบัติ หรืออาจตั้งเป็นที่มงานเพื่อร่วมกันทำให้สำเร็จ เมื่อกำหนดงานได้แล้ว ผู้รับไปปฏิบัติจะต้องวางแผนการดำเนินงานว่ามีขั้นตอนการทำงานอย่างไร ต้องใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในการกำหนดเป้าหมาย คือ 4 M ได้แก่ คน (Man) เงิน (Money) เครื่องมือ (Machine) และการจัดการ (Management)

ในส่วนทัศนะของ วัตินา วงศ์เกียรติรัตน์ และคณะ (2546, หน้า 77-79) ได้กล่าวว่า เพื่อให้วัตถุประสงค์มีความหมายและเป็นประโยชน์กับองค์กร จึงมีการระบุวัตถุประสงค์ให้มีความชัดเจน เฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้ ซึ่งเราจะเรียกวัตถุประสงค์ที่มีลักษณะดังกล่าวว่า เป้าหมาย (Goal) เป้าหมายจะมีลักษณะที่สามารถวัดได้หรือเขียนได้ในรูปแบบที่ระบุปริมาณไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ การกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนจะช่วยลดความสับสนที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต และช่วยในการสร้างบรรทัดฐานสำหรับการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จขององค์กร (Organization Key Performance Indicators : KPIs) ซึ่งจะนำไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานขององค์กรได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กร ดังนั้นเป้าหมายจึงจะมีการแบ่งออกเป็น 4 ด้านตามวัตถุประสงค์เช่นเดียวกัน ภายหลังมีการกำหนดเป้าหมายระดับองค์กรแล้วในการจัดการเชิงกลยุทธ์นิยมแบ่งเป้าหมายตามลำดับขั้นของการบังคับบัญชา คือ มีการกระจายเป้าหมายไปสู่ระดับฝ่ายงาน เพื่อให้เกิดการคิดและการตัดสินใจที่ครอบคลุมและมุ่งเน้นในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กรกระบวนการในการกระจายเป้าหมายสู่ระดับฝ่ายงานนั้นมีด้วยกันหลายลักษณะ ดังนี้ 1) ลักษณะจากบนลงล่าง (Top Down) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายจากการพิจารณาเป้าหมายระดับองค์กรและกระจายให้กับแต่ละฝ่ายงานโดย

ผู้บริหารระดับสูง 2) ลักษณะจากล่างขึ้นบน (Bottom Up) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายจากการพิจารณาเป้าหมายระดับองค์กรเป็นแนวทางโดยผู้บริหารระดับฝ่ายงานเป็นผู้นำเสนอ และ 3) ลักษณะสองทาง (Catch Ball) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายจากการพิจารณาเป้าหมายระดับองค์กรและกระจายให้กับแต่ละฝ่ายงานโดยผู้บริหารระดับสูง จากนั้นผู้บริหารระดับฝ่ายงานจะทำการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของเป้าหมายและนำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง เพื่อปรึกษาหารือถึงระดับที่เหมาะสมและเป็นไปได้ของเป้าหมาย เมื่อได้จุดที่เหมาะสมแล้วจึงมีการอนุมัติโดยผู้บริหารระดับสูง

จากที่กล่าวมาข้างต้นของนักวิชาการและนักการ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า เป้าหมายขององค์กรจะต้องจุดมุ่งหมายที่เป็นรูปธรรมขององค์กร ซึ่งโดยปกติทุกองค์กรต่างมีเป้าหมายที่เกี่ยวกับการอยู่รอด (Survive) การเจริญเติบโต (Growth) การทำกำไร (Profitability) และการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมและมีการกระจายเป้าหมายสู่ระดับฝ่ายงานต่างๆ ได้แก่ จากบนลงล่าง จากล่างขึ้นบน และสองทาง สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการกำหนดเป้าหมายของแต่ละฝ่ายงาน ประกอบด้วย 1) ควรมีการกำหนดเป้าหมายที่มีความสอดคล้องและสนับสนุนต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักขององค์กร 2) สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดประสิทธิภาพในการทำงานของแต่ละฝ่ายงาน 3) สามารถเป็นสิ่งที่ชี้นำการทำงานของฝ่ายงานและบุคลากรในฝ่าย และ 4) สามารถเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายระดับส่วนงานที่มีลำดับขั้นต่ำกว่าต่อไป

4. การกำหนดวัตถุประสงค์

ได้มีนักวิชาการ และนักการศึกษาหลายท่าน เช่น ฌ็องส์-ฌัก แซงต์-ฌอร์น และจินตนา บุญบังการ (2544, หน้า 140-141) กล่าวว่า วัตถุประสงค์หมายถึง เป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม เมื่อเทียบกับจุดมุ่งหมายขององค์กรในระดับอื่น วัตถุประสงค์เป็นถ้อยแถลงของสิ่งที่องค์กร ต้องการจะบรรลุ ซึ่งโดยปกติวัตถุประสงค์จะถูกกำหนดในรูปของความต้องการภายใต้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนโดยวัตถุประสงค์สามารถจะจำแนกตามระยะเวลาออกเป็น 2 ระดับ คือ วัตถุประสงค์ระยะสั้นซึ่งเกี่ยวข้องกับเป้าหมายการดำเนินงานที่ครอบคลุมระยะเวลาไม่นานซึ่งปกติจะไม่เกิน 1 ปี และวัตถุประสงค์ระยะยาวซึ่งเป็นความต้องการของธุรกิจที่ครอบคลุม ระยะเวลามากกว่า 1 ปี โดยปกติองค์กรจะกำหนดวัตถุประสงค์ระยะยาว ตั้งแต่ 3-5 หรือ 10 ปี นอกจากนี้วัตถุประสงค์มักจะถูกกำหนดในปริมาณที่ชัดเจนและ

สามารถวัดได้ และวัตถุประสงค์ยังเป็นส่วนสำคัญสำหรับความสำเร็จขององค์กร เนื่องจากวัตถุประสงค์เป็นเครื่องกำหนดทิศทางที่เป็นรูปธรรมซึ่งช่วยประเมินการยอมรับ การจัดสรรทรัพยากรและการกำหนดกฎเกณฑ์เพื่อวางแผนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์เป็นสิ่งที่ชัดเจนทำทนายสมเหตุสมผล และสอดคล้องกับ จุดมุ่งหมายขององค์กรในระดับอื่นโดยองค์กรที่มีหลายฝ่ายมักจะให้แต่ละหน่วยงานกำหนด วัตถุประสงค์ของตนให้สอดคล้องกันเป้าหมายและวัตถุประสงค์สามารถใช้แทนกันได้ ซึ่งวัตถุประสงค์ เป็นการกำหนดภารกิจขององค์กรให้อยู่ในรูปแบบของผลลัพธ์สำคัญ ที่ต้องการหรือเป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องการในอนาคตซึ่งองค์กรจะต้องพยายามทำให้เกิดขึ้น หลังจากการกำหนดวัตถุประสงค์แล้วจะช่วยให้ผู้บริหารทราบถึงผลที่องค์กร ต้องการบรรลุ ถ้าภารกิจขององค์กรไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในรูปแบบของวัตถุประสงค์หรือ ผลลัพธ์ก็เสมือนว่าการจัดวางทิศทางขององค์กรก็เป็นเพียงการกระทำตามแผนเท่านั้น มิได้มีการหวังผลของการกระทำ

4.1 ลำดับชั้นของเป้าประสงค์ขององค์กร

องค์กรขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อนมีความจำเป็นต้องกำหนด ลำดับของเป้าประสงค์ขององค์กร เพื่อแสดงเป้าประสงค์ที่มีระยะยาวและระยะสั้นของ หน่วยงานย่อยซึ่งมีบทบาทต่างๆ กันโดยกำหนดเป้าประสงค์หลักขององค์กร แล้วจำแนก เป็นเป้าประสงค์ของแต่ละหน่วยงานย่อยซึ่งจะถูกจำแนกเป็นเป้าประสงค์ของแต่ละแผนก ในหน่วยงานย่อย จะถือเป้าประสงค์ของแต่ละปัจเจกบุคคลในแต่ละแผนกความเชื่อมโยง ระหว่างเป้าประสงค์ขององค์กรตามลำดับชั้นลงมาถึงเป้าประสงค์ของปัจเจกบุคคลใน องค์กร จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความชัดเจนว่าองค์กรคาดหวังอะไรจากตน และตนจะต้อง ทำอะไรเพื่อตอบสนองความคาดหวังนั้นๆ ขององค์กร

4.2 บทบาทที่สำคัญของเป้าประสงค์ขององค์กร

เป้าประสงค์ขององค์กรมีบทบาทที่สำคัญ 6 ประการ (Greenley, 1989, pp.180-181) ดังนี้ 1) เพื่อแสดงหลักการและเหตุผลเกี่ยวกับเป้าประสงค์ที่สามารถ บรรลุได้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง 2) เพื่อชี้แนวทางในการจัดทำแผนการปฏิบัติการและ วิธีการดำเนินกิจกรรม 3) เพื่อเชื่อมโยงเป้าประสงค์ระดับสูงลงมาถึงระดับล่างสุด 4) เพื่อ ประสานการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยงานย่อยต่างๆ ขององค์กรให้สอดคล้องกันและ ไม่ขัดแย้งกัน 5) เพื่อการปรับตัวต่อข้อจำกัด อันเกิดจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

และ 6) เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการประเมินผล ทั้งการประเมินผลความสำเร็จขององค์กร และการประเมินผลกระบวนการ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปรับแผนปฏิบัติการขององค์กร

4.3 การระบุเป้าประสงค์ขององค์กร

เป้าประสงค์ขององค์กรอาจจะระบุได้หลายวิธี (Certo and Peter, 1991, pp.76-77) ดังนี้

4.3.1 สถานภาพของการแข่งขันโดยระบุระดับของสถานภาพและบทบาทขององค์กรในสาธาณณะเมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่มีภารกิจคล้ายกัน เช่น ระบุว่าองค์กรต้องการเป็นที่หนึ่งในของหน่วยงานภายในระยะเวลา 3 ปี

4.3.2 การนำวิธีการดำเนินงานคิดค้นสิ่งใหม่มาใช้ในการให้บริการ โดยระบุถึงประสิทธิผลที่ได้ เช่น ระบุเทคโนโลยีใหม่นี้จะทำให้องค์กรได้รับผลประโยชน์มากขึ้นกว่าเดิมสองเท่า

4.3.3 การเพิ่มผลผลิต โดยระบุประสิทธิภาพในการการผลิตและการให้บริการ เช่น ระบุการพัฒนาบุคลากรจะทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิมสองเท่า

4.3.4 ระดับของทรัพยากร โดยระบุปริมาณทรัพยากรทั้งบุคคลและทรัพย์สิน รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ใช้ในการผลิตและการให้บริการ เช่น ระบุว่ามูลค่าการลงทุนจะเพิ่มขึ้นกว่าเดิมสองเท่า

4.3.5 ความสามารถในการทำกำไร โดยระบุปริมาณผลประโยชน์ที่ได้รับเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย เช่น ระบุว่าองค์กรจะได้กำไรเพิ่มขึ้นกว่าเดิมหรือองค์กรจะเสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่ลดลงแต่สามารถให้บริการได้ในอัตราที่เพิ่มขึ้น

4.3.6 ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและพัฒนาของฝ่ายการจัดการ โดยระบุประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่สามารถวัดได้และอัตราการพัฒนาการจัดการของฝ่ายการจัดการ เช่น ระบุความรวดเร็วในการติดตามผลการปฏิบัติงานจะทำได้มากขึ้นกว่าเดิมสองเท่า

4.3.7 ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและเจตคติของบุคลากร โดยระบุประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและเจตคติของบุคลากร เช่น ระบุว่าบุคลากรจะมีความรู้สึกรู้สึกผูกพันเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรมากขึ้นสองเท่า

4.3.8 ความรับผิดชอบต่อสังคม โดยระบุถึงสำนึกของความรับผิดชอบต่อสังคมที่องค์กรตระหนักและยึดถือในระหว่างดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสังคมโดยรวม เช่น ระบุว่าองค์กรจะผลิตทุกชนิดที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ภายใน 3 ปี

4.4 คุณลักษณะที่ดีของเป้าประสงค์ขององค์กร

คุณลักษณะที่ดีของเป้าประสงค์ขององค์กร (Greenley, 1989, pp.182-183; Certo and Peter, 1991, pp.77-79) มีดังนี้ 1) ความพยายามที่จะให้สำเร็จตามที่ต้องการในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งอยู่ภายใต้ความรู้และความสามารถของบุคลากรที่มีอยู่ในองค์กรและการยอมรับร่วมกันของหน่วยงานย่อยในองค์กร 2) ความยืดหยุ่นในการปรับตัวชี้วัดความสำเร็จเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร 3) ความเป็นรูปธรรมที่สามารถวัดได้ โดยการกำหนดตัวชี้วัดในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 4) ความสนใจโดยการกำหนดเป้าประสงค์ที่สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรที่จะร่วมกันดำเนินงานให้บรรลุผล 5) ความเหมาะสมหรือความสอดคล้องในระยะยาวและระยะสั้นโดยกำหนดผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้งในระยะยาว 5-10 ปี และในระยะสั้น 1-2 ปี อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกัน 6) ความจำเพาะเจาะจงที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินงานทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะต้องก่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันของบุคลากรในองค์กร และ 7) ความสำเร็จที่สามารถไปถึงได้จริงในทางปฏิบัติโดยคำนึงถึงปริมาณทรัพยากรในองค์กรที่สามารถจัดหาได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นของนักวิชาการและนักการ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า คุณลักษณะที่ดีของเป้าประสงค์ขององค์กร คือ การมีส่วนร่วมขององค์กร มีความยืดหยุ่น สามารถวัดได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีความสนใจ มีความเหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

5. การกำหนดตัวชี้วัด

ได้มีนักวิชาการและนักการศึกษาได้ให้ความหมายของตัวชี้วัด เช่น Kaplan and Norton (1996, p.2) กล่าวว่า ดัชนีวัดความสำเร็จแบบสมดุล คือ เครื่องมือที่ทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงพันธกิจและกลยุทธ์ให้เป็นชุดของการวัดผลการปฏิบัติงานที่มีส่วนช่วยกำหนดกรอบของระบบการวัดและการบริหารกลยุทธ์ที่ครอบคลุมด้านการเงิน ลูกค้า

กระบวนการภายในและการเรียนรู้และเติบโตขององค์กร ส่วนของพสุ เตชะรินทร์, 2544, หน้า 4 อ้างถึงใน วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, 2555, หน้า 288) ได้ให้ความหมายของดัชนีวัดความสำเร็จแบบสมดุลว่าเครื่องมือทางการจัดการที่ช่วยในการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติโดยอาศัยการวัดหรือการประเมินที่จะช่วยทำให้องค์กรเกิดความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมุ่งเน้นในสิ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร ส่วนวัฒนา พัฒนพงศ์, (2544, หน้า 39 อ้างถึงใน วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, 2555, หน้า 288) กล่าวว่า ดัชนีวัดความสำเร็จคือ ตัวชี้วัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานที่กำหนดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรได้ครบทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญต่อความอยู่รอดและการเติบโตขององค์กร เช่น กลุ่มตัวชี้วัดด้านการเงิน เพื่อตอบสนองความต้องการของเจ้าของกิจการและคณะผู้บริหาร กลุ่มตัวชี้วัดด้านลูกค้า เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า กลุ่มตัวชี้วัดด้านกระบวนการภายในเพื่อตอบสนองความต้องการการปฏิบัติงานในองค์กร กลุ่มตัวชี้วัดด้านการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคลากรขององค์กร

ดัชนีวัดความสำเร็จหรือตัวชี้วัดเป็นตัวเลขหรืออัตราส่วนที่จะทำให้ทราบว่าองค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละด้านหรือไม่ ตัวชี้วัด สามารถกำหนดโดยพิจารณาในด้านต่างๆ (วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ และคณะ, 2546, หน้า 130-132) ดังนี้

5.1 ด้านคุณภาพ

5.1.1 สำหรับคุณลักษณะที่จับต้องได้จะเป็นการพิจารณาถึง

1) คุณสมบัติขององค์กรเป็นการพิจารณาว่าเป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ 2) ความน่าเชื่อถือเป็นการพิจารณาว่าองค์กรจะปฏิบัติงานได้ตรงตามข้อกำหนดไว้โดยไม่มีความเบี่ยงเบน 3) รูปลักษณ์เป็นการพิจารณาว่าองค์กรมีรูปลักษณ์ตรงตามผู้รับบริการต้องการ และ 4) ความทนทานเป็นการพิจารณาว่าองค์กรสามารถทนทานต่อการใช้งานได้ภายในระยะเวลาหรือภายในจำนวนครั้งที่ระบุไว้โดยผู้ผลิต

5.1.2 สำหรับสิ่งที่จับต้องไม่ได้หรือการบริการจะเป็นการพิจารณาถึง

1) อรรถยาศัยของผู้ให้บริการ ความสุภาพอ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส 2) ความสามารถในการเข้าถึงบริการของลูกค้า การมีขั้นตอนในการให้บริการที่ไม่สลับซับซ้อนเกินไป 3) การตอบสนองต่อความต้องการได้รับบริการลูกค้า ความกระตือรือร้นในการให้บริการ และ 4) ประสิทธิภาพในการให้บริการที่ลูกค้าต้องการ

5.2 ด้านปริมาณ

เป็นการพิจารณาถึงผลผลิตที่ได้รับจากกระบวนการทำงานว่ามีจำนวนปริมาณตรงตามที่วางแผนไว้หรือไม่ เช่น ด้านต้นทุน เป็นการพิจารณาถึงมูลค่าของทรัพยากรที่ลงทุนไปในการดำเนินกิจกรรมใดๆ และด้านเวลา เป็นการพิจารณา กิจกรรมใดๆ สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่

อีกมิติหนึ่งที่ต้องการคำนึงถึงในการกำหนดตัวชี้วัดคือ การพิจารณาว่าต้องการจะวัดในขั้นตอนใดในกระบวนการเนื่องจากกระบวนการทำงานหนึ่งๆ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ 4 M คน (Man) เครื่องจักร (Machine) วัสดุุดิบ (Material) และวิธีการ (Method) 2) กระบวนการแปลงสภาพ (Process) ที่จะดำเนินการแปลงปัจจัยนำเข้าที่ใส่เข้าไปให้กลายเป็นผลผลิตออกมา และ 3) ผลผลิต (Output) ได้แก่ สินค้าและบริการต่างๆ ที่ผ่านกระบวนการแปลงสภาพ

การพิจารณาตัวชี้วัด ยังอาจพิจารณาในมิติของประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและการเพิ่มผลผลิตโดยประสิทธิภาพเป็นการพิจารณาว่าได้มีการใช้ทรัพยากรให้เป็นประโยชน์อย่างคุ้มค่า เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด สำหรับประสิทธิผลเป็นการพิจารณาระดับความสำเร็จของวัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อบรรลุในสิ่งที่ถูกต้องในเรื่องของเวลา คุณภาพ และปริมาณ ซึ่งมองในแง่ของผลลัพธ์เป็นหลัก และการเพิ่มผลผลิตเป็นการวิเคราะห์ความสามารถในการทำงานของหน่วยงานว่า นำไปสู่การบ่งบอกถึงสิ่งที่ควรปรับปรุงและสิ่งที่ควรจะสนับสนุนเพื่อรักษาไว้หรือไม่เป็นการพิจารณาทั้งปัจจัยนำเข้าและผลผลิต โดยมีสูตรคำนวณจากผลผลิตหารด้วยปัจจัยนำเข้า

ส่วนกระบวนการในการกำหนดยุทธศาสตร์ของ David (1995, p.198) ได้แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การพิจารณาและจัดลำดับความสำคัญของสภาพแวดล้อมภายนอกโดยทั่วไป (External Factor Evaluation) 2) การพิจารณาและประเมินศักยภาพของคู่แข่ง (Competitive Profile) 3) การพิจารณาและประเมินสภาพแวดล้อมภายใน (Internal Factor Evaluation) 4) การใช้เทคนิควิธีใดวิธีหนึ่งในการจับคู่ (Matching) ข้อมูล 3 ข้อ ข้างต้น เช่น การวิเคราะห์ ภาวะคุกคาม โอกาส จุดแข็ง และจุดอ่อน (SWOT Matrix) การประเมินตำแหน่งและกิจกรรมขององค์กร (Strategic Position and Action Evaluation) และ 5) การตัดสินใจเลือกยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม

จากการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า กระบวนการวางแผนกลยุทธ์เป็นการทำงานอย่างต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมายในการตัดสินใจ เลือกใช้ยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม เพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์

6. การกำหนดกลยุทธ์ขององค์กร

การกำหนดกลยุทธ์ขององค์กรในการกำหนดทิศทางขององค์กรโดย เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์องค์กร ที่เรียกว่า “SWOT” โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผล การประเมินสถานภาพของสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ดังรายละเอียด

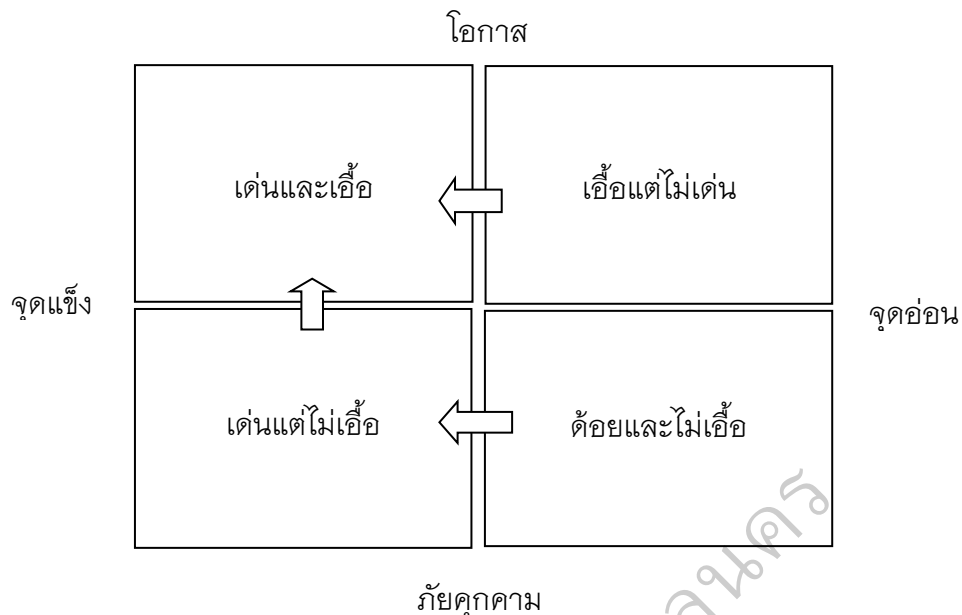
6.1 การวิเคราะห์องค์กร

การวิเคราะห์ (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats : SWOT) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผลการปฏิบัติงานสถานภาพของ สภาพแวดล้อมภายในระหว่างจุดแข็งและจุดอ่อนและผลการปฏิบัติงานสถานภาพของ สภาพแวดล้อมภายนอกระหว่างโอกาสและภัยคุกคาม ซึ่งทำให้เกิดกรณีโน้มเอียง 4 กรณี (Wright et.al, 1992, pp.69-79) ดังนี้

6.1.1 กรณี “เด่นและเอื้อ” ควรจะเลือกกลยุทธ์การสร้างความเติบโต โดยการขยายกิจการหรือการรวมทุนกับองค์กรอื่น

6.1.2 กรณี “ด้อยและไม่เอื้อ” ควรจะเลือกกลยุทธ์การตัดทอน โดยการตัดกิจกรรมออกไปหรือตัดบางส่วนออกของกิจกรรมออกไปหรือเลิกกิจการ

6.1.3 กรณี “เด่นแต่ไม่เอื้อ” และ “เอื้อแต่ไม่เด่น” ควรจะเลือกกลยุทธ์การรักษาเสถียรภาพโดยเลือกดำเนินงานชนิดของกิจการหรือประเภทของกิจกรรมที่กำลังดำเนินการอยู่และจะไม่ขยายไปดำเนินกิจกรรมประเภทอื่น ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 การวิเคราะห์ขององค์กร
ที่มา : Wright et.al. (1992, pp.69-79)

การกำหนดกลยุทธ์ขององค์กรในระดับขององค์กรมี 3 ระดับ ประกอบด้วย

1. กลยุทธ์ระดับองค์กร (Corporate Strategy) หมายถึง กลยุทธ์ที่ตอบสนองวัตถุประสงค์หลักในภาพรวมขององค์กร หรือเป็นกลยุทธ์ระดับนโยบาย (Policy Level Strategy) ที่ตอบสนองแผนงานขององค์กร
2. กลยุทธ์ระดับธุรกิจ (Business Strategy) หมายถึง กลยุทธ์ที่ตอบสนองวัตถุประสงค์หลักของการของกิจการในแต่ละประเภทของผลิตภัณฑ์หรือการบริการหรือเป็นกลยุทธ์ระดับโครงการ (Project-Level Strategy) ที่ตอบสนองวัตถุประสงค์หลักของโครงการ
3. กลยุทธ์ระดับหน้าที่ (Function Strategy) หมายถึง กลยุทธ์ที่ตอบสนองวัตถุประสงค์หลักของหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในกระบวนการทำงานในแต่ละกิจการหรือเป็นกลยุทธ์ระดับกิจกรรม (Activity) ที่ตอบสนองผลผลิตหลักซึ่งเกิดจากกระบวนการสำหรับกลยุทธ์ระดับหน้าที่ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้
 - 3.1 กลยุทธ์ด้านวิจัยและพัฒนา (Research and Development Strategy) เป็นหน้าที่ของฝ่ายวิชาการที่จะต้องดำเนินกิจกรรมค้นคว้าหาวิธีการคิดค้นสิ่งใหม่ๆ การลอกเลียนจากองค์กรอื่น

3.2 กลยุทธ์ด้านปฏิบัติการ เป็นหน้าที่ฝ่ายผลิตโดยดำเนินกิจกรรมควบคุมกระบวนการผลิต โดยพิจารณาในด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายและด้านการจัดการกระบวนการผลิต

3.3 กลยุทธ์ด้านการเงิน เป็นหน้าที่ฝ่ายผลิตโดยดำเนินกิจกรรมด้านการประเมินผลกระทบที่เน้นความคุ้มค่าในการลงทุนก่อนที่จะตัดสินใจให้ดำเนินการและดำเนินกิจกรรมด้านการประเมินผลสถานะทางการเงินเพื่อปรับแผน

3.4 กลยุทธ์ด้านการตลาด เป็นหน้าที่ฝ่ายการตลาดโดยดำเนินกิจกรรมด้านการกำหนดแผนการตลาดที่นำเรื่องราคา ผลิตภัณฑ์ การส่งเสริม และช่องทางการกระจายตลาดมาพิจารณา

3.5 กลยุทธ์ด้านทรัพยากรมนุษย์ เป็นหน้าที่ฝ่ายบุคคลโดยดำเนินกิจกรรมศึกษาปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องโดยที่ปัจจัยภายนอกเน้นเรื่อง การเปลี่ยนแปลงของกฎหมายและระเบียบต่างๆ ของรัฐในด้านแรงงาน และภาวะตลาดแรงงาน และปัจจัยที่เน้นเรื่องประสิทธิภาพของบุคลากร การเข้าออกของพนักงาน และความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น

6.2 ข้อจำกัดในการกำหนดกลยุทธ์

ข้อจำกัดในการกำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญ มี 5 ประการ ดังนี้

6.2.1 การจัดหาทรัพยากรทางการเงิน กลยุทธ์ที่คาดหวังว่าจะได้ผลตอบแทนในระดับสูงอาจจะต้องใช้เงินในกระบวนการทำงานเพิ่มมากขึ้น การจัดหาเงินเพิ่มเติมจากแหล่งเงินอุดหนุนและแหล่งเงินกู้ทั้งแหล่งเดิมและแหล่งใหม่อาจทำได้ในขอบเขตจำกัด

6.2.2 เจตคติต่อความเสี่ยง (Attitude Toward Risks) กลยุทธ์ที่คาดหวังว่าจะได้ผลตอบแทนในระดับสูงอาจมีความเสี่ยงสูง การเลือกใช้จึงขึ้นอยู่กับเจตคติของผู้บริหารในการตัดสินใจว่าจะยอมรับความเสี่ยงในระดับใด เช่น ลดความเสี่ยงให้น้อยลงโดยยอมรับผลตอบแทนที่ต่ำลง

6.2.3 ขีดความสามารถขององค์กร (Organization Capability) กลยุทธ์ที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการทำงานอย่างรวดเร็วจากบุคลากรเท่าที่มีอยู่ซึ่งบางองค์กรอาจต้องเผชิญกับข้อเท็จจริงที่ว่าปริมาณและคุณภาพของบุคลากรที่มีทักษะที่ไม่เพียงพอและบุคลากรเหล่านั้นไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการอย่างรวดเร็วได้

6.2.4 ความสัมพันธ์ของช่องทางไหลเวียนในกระบวนการผลิต (Channel Relationships) กลยุทธ์ที่จำเป็นต้องหาช่องทางใหม่ในกระบวนการผลิต โดยเฉพาะการจัดหาทรัพยากรนำเข้า อาจต้องเผชิญกับข้อเท็จจริงที่ว่าปริมาณและคุณภาพของทรัพยากรที่ต้องการนำเข้านั้นไม่เพียงพอ

6.2.5 การตอบโต้ของผู้แข่งขัน (Competitive Retaliation) กลยุทธ์ที่ต่อสู้กับคู่แข่งอาจก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาจากที่คู่แข่งทำการตอบโต้

6.3 ข้อพิจารณาในการกำหนดกลยุทธ์

ข้อพิจารณาในการกำหนดกลยุทธ์ของแผนงาน กรณีองค์กรขนาดใหญ่ ที่มีประเภทของกิจการมากกว่าหนึ่งประเภทจะต้องกำหนดกลยุทธ์โดยจำแนกให้เป็นกลยุทธ์ของแต่ละแผนงาน ส่วนกรณีองค์กรขนาดเล็กที่มีประเภทของกิจการเดียวไม่ต้องกำหนดกลยุทธ์โดยแยกประเภทแผนงาน และข้อพิจารณาในการกำหนดกลยุทธ์ของแผนงานมีทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ดังนี้

6.3.1 กลยุทธ์ระดับนโยบาย

กลยุทธ์ระดับนโยบายพิจารณาจากปัจจัยที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของแผนงานที่กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูง คือลักษณะของบริการผู้ได้รับผลประโยชน์-ห้วงเวลา (Paul, 1983, pp.60-66) ดังนี้ 1) ลักษณะของบริการ โดยต้องระบุว่ากลยุทธ์นี้จะใช้กับลักษณะหรือชนิดของบริการใดให้ชัดเจน 2) ผู้ได้รับผลประโยชน์ โดยต้องระบุว่ากลยุทธ์นี้จะใช้กับกลุ่มเป้าหมายผู้ได้รับผลประโยชน์กลุ่มใดชัดเจน เช่น ลูกค้า ผู้อุปโภค และผู้บริโภคร และ 3) ห้วงเวลา โดยระบุว่ากลยุทธ์นี้จะใช้ในช่วงเวลาใด เช่น ภายใน 3 ปี หรือภายใน 5 ปี เป็นต้น

6.3.2 กลยุทธ์ระดับปฏิบัติการ

กลยุทธ์ระดับปฏิบัติการพิจารณาจากปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลผลิต คือ ความต้องการได้รับบริการจากองค์กร ผลผลิตที่คาดว่าจะดำเนินการได้ทรัพยากรสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง (Paul, 1983, pp.66-71) ดังนี้

6.3.2.1 ความต้องการได้รับบริการจากองค์กรโดยต้องระบุว่ากลยุทธ์นี้จะใช้กับผลผลิตชนิดใดเพื่อตอบสนองของผู้รับบริการในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อหน่วยงาน คุณภาพของบุคลากรต่อจำนวนผู้รับบริการ เป็นต้น

6.3.2.2 ผลผลิตที่คาดว่าจะดำเนินการได้ โดยต้องระบุว่ากลยุทธ์นี้จะใช้กับผลผลิตชนิดใดเพื่อผลิตหรือจัดหาบริการในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น กำลังการผลิตที่ทำได้จริง คุณภาพขององค์กรที่ควบคุมได้

6.3.2.3 ทรัพยากรสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยต้องระบุว่ากลยุทธ์นี้จะใช้กับหน่วยงานใดที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนทรัพยากรในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น หน่วยงานหลักการดำเนินกิจกรรมด้านการผลิตและงบประมาณที่สนับสนุน หน่วยงานที่จัดหาวัตถุดิบและงบประมาณที่สนับสนุน หน่วยงานที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรและงบประมาณที่สนับสนุน หน่วยงานที่จัดทำระบบข้อมูลและสารสนเทศและงบประมาณที่สนับสนุน หน่วยงานที่ประสานและงบประมาณที่สนับสนุน เป็นต้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับข้อพิจารณาในการกำหนดกลยุทธ์ของแผนงาน ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การกำหนดกลยุทธ์ของแผนงานขององค์กร ได้แก่ ระดับนโยบาย ผู้ที่กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูง ระดับปฏิบัติการ และผู้ที่ปฏิบัติงาน

โรคความดันโลหิตสูง (High blood pressure หรือ Hypertension)

1. ความหมายและการจำแนก

ระบบการไหลเวียนของเลือดในร่างกายเป็นระบบวงจรมปิด (Closed system) ที่มีหัวใจ (Heart) เปิดศูนย์กลางทำหน้าที่สูบฉีดเลือด (Blood) ผ่านหลอดเลือด (Blood vessel) เพื่อลำเลียง Oxygen สารอาหาร (Nutrients) Hormones และสารอื่นๆ ไปยัง Cells ต่างๆ ทั่วร่างกาย แล้วรับเอา Carbondioxide และของเสียอื่นๆ กลับจาก Cells การบีบตัวของหัวใจเพื่อดันให้เลือดไหลผ่านเส้นเลือด จะเกิดมีแรงต้านของหลอดเลือดต่อการไหลของเลือด เรียกว่าความดันโลหิต (Blood pressure) ซึ่งมี 2 ค่า ดังนี้

1.1 ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) มีค่าสูงเป็นค่าที่เกิดขึ้นขณะที่หัวใจห้องล่างบีบตัว

1.2 ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) มีค่าต่ำกว่า เพราะเป็นค่าที่เกิดขึ้นในขณะที่หัวใจห้องล่างคลายตัว

หน่วยวัดความดันโลหิตใช้เป็น มิลลิเมตรปรอท (mm. Hg) โดยมีการแบ่งประเภทของความดันโลหิตตามกำหนดของ (JNC VI I) Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure

ตาราง 1 การแบ่งประเภทของความดันโลหิต

ประเภทของความดัน	ความดันโลหิตตัวบน Systolic (mm Hg.)	ความดันโลหิตตัวล่าง Diastolic (mm Hg.)
ปกติ Normal	<120	<80
มีแนวโน้มเป็นความดันโลหิตสูง (Prehypertension)	120–139	80–90
ความดันโลหิตสูง Hypertension		
ขั้นที่ 1 Stage 1	140–159	90–99
ขั้นที่ 2 Stage 2	≥160	≥100

2. ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ทราบสาเหตุ และที่ไม่ทราบสาเหตุผู้มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเริ่มในอายุประมาณ 35 ปี ถ้าเกิดในอายุน้อยมักจะทราบสาเหตุแต่ส่วนใหญ่จะไม่ทราบสาเหตุ

2.1 โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ มีมากกว่าร้อยละ 95 จึงถือว่าเป็นเรื่องของพันธุกรรมถ้าพ่อหรือแม่เป็นความดันโลหิตสูงลูกก็มีโอกาสเป็นมากกว่าคนที่พ่อแม่ไม่เป็นความดันโลหิตสูงและสิ่งแวดล้อมเช่นความเครียดการรับประทานอาหารเค็มสูบบุหรี่ไม่ได้ออกกำลังกายการรักษาจึงต้องควบคุมโดยการใช้ยาและต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต

2.2 โรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุแพทย์จะรักษาไปตามอาการ เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเนื้องอกในสมองทำให้ปวดศีรษะตามัวได้ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจะทำให้ความดันสูงได้ถ้าได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกความดันในกะโหลกศีรษะไม่สูงแล้วความดันก็จะลงสู่ปกติโรคไตไตวายเรื้อรัง เราไม่สามารถรักษาได้นอกจากผ่าตัดเปลี่ยนไตความดันโลหิตสูงก็ลดลงได้จากการรับประทานยาที่ทำให้เกิดความดันเลือดสูงได้เช่นกันเช่นรับประทานยาแก้ปวดไซไซอียาคูมกำเนิดที่รับประทานมานานกว่า 2 ปี ยาลดน้ำมูกที่แรงๆ เป็นต้น

3. สรีรวิทยา (Physiology)

ระดับความดันโลหิต เกิดขึ้นโดยแรงดันเลือดจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดง ปริมาณของของเหลวในระบบหลอดเลือด (ขึ้นกับความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด) และความต้านทานของกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด กลไกที่มีปฏิกริยาต่อการควบคุมระดับความดันเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ได้แก่ ไต คือมีการหลั่งฮอร์โมน การปรับความสมดุลของน้ำและการขับโซเดียม และระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic Nervous System : SNS) เมื่อน้ำที่เหล่านี้อาจเสียความควบคุมจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือด ที่จะไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าและน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิด Congestive Heart Failure ความดันโลหิตสูงเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวโดยผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นเพื่อพยายามให้เลือดไหลผ่าน หลอดเลือดที่มีสิ่งมาเกาะตามผนัง เช่นไขมัน และสิ่งอื่น ด้วยเหตุผลที่ว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) โรคไตและโรคของหลอดเลือดของหัวใจ

จากการศึกษาของ Framingham แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาส เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 3-4 เท่า และโรคหลอดเลือดของสมอง 7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 สำหรับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท

4. อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการแสดงใดๆ แต่ในบางรายอาจมีการแสดง อาการที่พบได้บ่อย คือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย และหากผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมานานโดยไม่ได้รับการรักษา ก็อาจจะมีอาการแสดงที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นกับระบบต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น อาการภาวะหัวใจวาย เจ็บหน้าอก ภาวะไตวาย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุแน่ชัดมักจะมีอาการแสดง ซึ่งแตกต่างกันตามสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

5. ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านกรรมพันธุ์ร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น ความอ้วน วิธีการดำรงชีวิต ส่วนประกอบของอาหารที่บริโภค และปัจจัยอื่นๆ มีผลต่อระดับความดันโลหิต

5.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านสรีรวิทยา (Physiologic Risk Factors) แม้ว่าความดันโลหิตสูงจะเกิดได้กับทุกคน แต่ปัจจัยที่มีผล กระทบต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ คนผิวดำ เพศชาย และวัยที่เพิ่มขึ้น คนผิวดำมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่า 2 เท่า รวมทั้งความรุนแรงของโรคกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภาวะอ้วน น้ำหนักมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความดันโลหิต ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และในขณะเดียวกันการลดน้ำหนักลง มักพบว่าความดันโลหิตลดลงด้วย นอกจากนี้ยังสามารถลดการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายและระดับของ nor epinephrine กลไกของความดันโลหิตที่สัมพันธ์กับความอ้วน ยังไม่ชัดเจน แต่มีกลไกหนึ่งที่เป็นไปได้คือการเพิ่มโซเดียม การเพิ่มการดูดซึมโซเดียม เนื่องจากการเพิ่มระดับอินซูลินเอสโตรเจน สัดส่วนที่ไม่ได้ขนาดระหว่างมวลของร่างกาย กับขนาดของไตไม่ได้สัดส่วนของปริมาณเลือดกับความสามารถของหลอดเลือด และมีการเพิ่มปฏิกริยา ของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งเกิดจากการเพิ่มพลังงาน ในการบริโภค คนอ้วนจะมีการคั่งของโซเดียมอยู่ในร่างกายมาก ทั้งนี้ มีการเกี่ยวข้องกับมีข้อบกพร่องในการขจัดโซเดียมออกจากร่างกาย และนอกจากนี้คนอ้วนจะบริโภคเกลือมากกว่าคนกลุ่มอื่น บริโภคโปแตสเซียมต่ำไขมันสูงและบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงมากกว่าคนผอม

5.2 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Risk Factors)

ความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนที่มีรายได้น้อยและการศึกษาต่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากมีความเครียดและจัดการกับความเครียดแบบไม่ถูกวิธี การเคลื่อนย้ายจากชนบท ไปสู่เขตเมืองพบว่ามีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

5.3 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านอาหาร (Dietary Risk Factors) การได้รับสารอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกและ ทางลบกับอัตราการอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง บทบาทของโซเดียมที่ได้รับการศึกษาอย่างมากมาย ในขณะนี้ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน

5.3.1 โซเดียม (Sodium) การที่โซเดียมมีส่วนทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ยังไม่ชัดเจน การที่ไตบกพร่องในการขจัดโซเดียมอาจทำให้ระดับของโซเดียม, คลอไรด์และน้ำเพิ่มขึ้นในเลือด โดยปกติการเพิ่มปริมาณในพลาสมาจะถูกขจัดออกโดย

Natriuretic Hormone (Atrial Natriuretic peptide) ในคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง ไตไม่สามารถขจัดปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ตามปกติ เนื่องจาก Natriuretic บกพร่อง หนึ่งในปัจจัยที่มากเกี่ยวข้องนั้นคือ Plasma Insulin ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการดูดซึมโซเดียมในไต มีบางสมมติฐานที่กล่าวว่า การเพิ่มโซเดียมในเซลล์ สามารถยับยั้งการแลกเปลี่ยนโซเดียม-แคลเซียม และเป็นสาเหตุให้มีการสะสมแคลเซียมในหลอดเลือดและระบบกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ชักนำให้เพิ่ม Muscle tone และเพิ่มความต้านทาน ดังนั้น จึงเป็นการเพิ่มความดันโลหิตใน Primitive Societies ซึ่งได้รับโซเดียมเป็นจำนวนน้อยคือ 1,600 มก/วัน เปรียบกับชาวอเมริกันซึ่งได้รับ 4,000 ถึง 5,800 มก/วัน พบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงน้อยมาก และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่พบได้ในสังคมอุตสาหกรรม แต่ใน Primitive Societies ไม่ปรากฏเช่นนั้น ผู้คนที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง วิถีการดำรงชีวิตหรือย้ายเข้าไปอยู่ประเทศอื่นที่พัฒนาแล้วพบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น ได้รับโซเดียมในปริมาณมาก (9 ถึง 12 กรัม/วัน) พบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง และโรคของหลอดเลือด สมองเป็นสาเหตุการตายของผู้ใหญ่

คณะกรรมการอาหารและสุขภาพของ The National Research Council ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างยิ่งกับการกินเค็ม นิสัยการกินเค็มอาจเพิ่มความเสี่ยงให้มีความดันโลหิตสูงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่มีวิธีใดที่จะจำแนก 'salt-sensitive' ในบุคคลได้ Salt-sensitive มักปรากฏในคนผิวดำและคนสูงอายุ (ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของไต) บางรายงานเสนอว่าคงไม่ใช่โซเดียมเพียงอย่างเดียว แต่อาจเป็นผลร่วมกันระหว่างโซเดียมและคลอไรด์ที่มีส่วน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น การให้ Sodium citrate ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งต่างจาก Sodium chloride

5.3.2 แร่ธาตุอื่นๆ (Other minerals)

5.3.2.1 แคลเซียม (Calcium) การศึกษา Framingham Study

คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10,000 คน อายุระหว่าง 18 ถึง 74 ปี เปรียบเทียบการได้รับสารอาหาร 17 ชนิดกับอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง พบความสัมพันธ์ทางลบค่อนข้างสูงกับปริมาณแคลเซียม แม้ว่าผลที่ได้นี้จะมาจากการศึกษาทางด้านระบาดวิทยา และการศึกษาทดลอง แต่ความสัมพันธ์นี้ยังไม่ชัดเจนพอที่จะสรุปได้ว่า การได้รับแคลเซียม

สูงจะเป็นการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง แคลเซียมอาจจะเป็นเพียง Minor Group ของ 'Calcium-Sensitive' ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง

5.3.2.2 โปแตสเซียม (Potassium) การศึกษาทางด้านระบาดวิทยา หลายการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความดันโลหิตกับโปแตสเซียม แต่การทดลองทางคลินิกยังให้ผลขัดแย้งกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากสัดส่วนของโปแตสเซียม : โซเดียม ที่ทำให้ความดันโลหิตต่ำลงหรือคงระดับต่ำเอาไว้ การที่โปแตสเซียมเข้าสู่ระบบแรงดันเลือดจะขยายหลอดเลือดโดยตรง เพิ่มการสูญเสียน้ำตาลและโซเดียมจากร่างกาย ระวัง การหลังเร็นินและ Angiotensin ลด Adrenergic tone และกระตุ้น Sodium-Potassium Pump ถ้าได้รับโซเดียมจำนวนมากควรเพิ่มโปแตสเซียมด้วย เพื่อให้ระดับความดันโลหิตไม่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาในสัตว์ โปแตสเซียมมีส่วนช่วยป้องกันโรคของหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ โปแตสเซียมช่วยป้องกัน endothelial cell ภายใต้ tension ของความดันโลหิตสูง ดังนั้น จึงป้องกัน lesion ของผนังของหลอดเลือด ซึ่งจะนำไปสู่ cerebral haemorrhage และ cerebral infarct โดยมีการบันทึกการได้รับโปแตสเซียมภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์กับการตายด้วยโรคของหลอดเลือดของสมองในช่วงระยะเวลา 12 ปี พบว่า การเพิ่มโปแตสเซียม 10 mEq/day (เทียบเท่า กับการให้ผลไม้ Citrus Juice ผักหรือมันฝรั่ง เต็ม 1 ส่วนเสิร์ฟ) จะลดอัตราการอุบัติการณ์ของการตายด้วยโรคของหลอดเลือดสมองร้อยละ 40 ผลที่เกิดขึ้นนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระดับความดันเลือด การสำรวจการ บริโภคอาหารพบว่าชาวอเมริกันได้รับโปแตสเซียมต่ำกว่ามาตรฐาน คนอเมริกันผิวดำได้รับ โปแตสเซียมต่ำกว่าคนผิวขาว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนผิวดำมีอัตราการชุก ของโรค ความดันโลหิตสูงค่อนข้างสูง

5.3.2.3 แมกนีเซียม (Magnesium) พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่าง magnesium กับความดันโลหิตแต่ความสัมพันธ์นี้ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ แมกนีเซียมยังยับยั้ง การหดตัวของกล้ามเนื้อลายและอาจเป็นบทบาทหนึ่ง ในการทำให้ระดับความดันโลหิต เป็นไปอย่างปกติในแง่ของ การขยายหลอดเลือด หรืออาจมีผลกระทบต่อระบบ Renin-Angiotensin, Intravascular volume และการหลั่ง Neurotransmitters

5.3.3 ไขมัน (Lipids) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated Fatty Acids : PUFA) เป็นสารเริ่มต้นของ Prostaglandins ซึ่ง Prostaglandins มีผลต่อการ ขจัดโซเดียมของไตและทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายผ่อนคลาย การจำกัดการบริโภคไขมัน ด้วยกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated Fatty Acid, SFA) สัดส่วนเท่ากับ 1 หรือมากกว่าทำให้

ความดันโลหิตลดลงในคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง โดยไม่มีผลต่อผู้ที่มีความดันโลหิตปกติหรือความดันโลหิตอยู่ในระยะที่ 1 (mild) การให้น้ำมันปลาจำนวนมาก (50 มล.ทุกวัน มี w-3 fatty acids 15 กรัม) ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 อย่างไรก็ตามการให้น้ำมันปลาแม้แต่เพียงปริมาณเล็กน้อยก็ยังมีผลต่อเวลาในการแข็งตัวของเลือดและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดตัวอื่นๆ ได้ ดังนั้น การเสริม w-3 fatty acids จึงยังมิได้รับการรับรองในขณะนี้ การบริโภคอาหารมังสวิรัต ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภค อาหารประเภทเนื้อสัตว์แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะได้รับเกลือในปริมาณที่เท่าๆ กัน ความแตกต่างที่สำคัญคือ high ratio ของ PUFA : SFA ซึ่งมีอยู่ในส่วนประกอบของอาหารจากพืช หรือมีการเพิ่มโปแตสเซียมที่ได้รับจากผลไม้และผัก

5.3.4 แอลกอฮอล์ (Alcohol) กลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในกลุ่มคนที่ดื่มสุรานั้น องค์กรอนามัยโลกได้กล่าวว่ามีหลายกลไกด้วยกันคือ มีการเพิ่มระดับของ Blood Cortisol เพิ่มระดับของ Catecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ Renin-Angiotensin หรือผลกระทบต่อ Antidiuretic Hormone ในพวก Alcohol with withdrawal จะชักนำให้มีการหลั่ง Adrenergic Hormone จำนวนมาก ซึ่งจะทำการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ในคนที่ดื่มจัดมักพบว่ามีความดันโลหิตสูงและยิ่งดื่มมาก ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้นประมาณกันว่าร้อยละ 10 ของโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มสุราจำนวนมากจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (Cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราในปริมาณมากเป็นประจำจะทำให้เกิดโรคหัวใจอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว มีบางรายงานขัดแย้งกันคือ การดื่มสุราเพียงเล็กน้อยจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มมากกว่า 2 ออนซ์ต่อวันจะเป็นสาเหตุของ Reversible Hypertension (ความดันโลหิตสูงบ้างต่ำบ้าง) ที่เป็นเช่นนี้เพราะแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มระดับของ High Density Lipoprotein Cholesterol : HDL-C การดื่มสุราน้อยกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตลดลงและคลายความเครียด

6. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาความดันโลหิตสูงแบ่งได้เป็น 2 หลักใหญ่ๆ คือ

6.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic Treatment) การรักษา

โรคความดันโลหิตสูงด้วยยาไม่ใช้จะก่อให้เกิดความปลอดภัยเสมอไป ในภายหน้าการรักษาด้วยยาอาจเป็นเพียงการเยียวยาและ ปกติต้องรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาโดยเฉพาะความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ได้รับคำรับรองแล้ว ได้แก่การลดน้ำหนักจำกัดโซเดียม ปริมาณแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมการออกกำลังกายแบบ Isotonic และการรักษาความเครียด

6.1.1 การลดน้ำหนัก (Weight Management) ประสิทธิภาพของการลดน้ำหนักได้ผลดีในกลุ่ม Mild และ Severe Hypertension น้ำหนักที่ลดลงเป็นผลมาจากการจำกัดพลังงาน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึม เช่น ลดการทำงานของ SNS ที่มีบทบาทสำคัญในระบบความดันโลหิตเป้าหมายในเรื่องนี้ก็คือบุคคลที่มีประวัติในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรจะลดน้ำหนักลง 15% จากรายงานของ McCaron และ Reusser ได้กล่าวว่าในคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะกำลัง ถ้าลดน้ำหนัก 4-5 กก. มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงเป็นปกติภายใน 2-3 อาทิตย์แรก ความดันโลหิตลดลงในกลุ่มที่ลดน้ำหนักไม่เกี่ยวข้องกับสารอาหารที่บริโภค แต่มีความเกี่ยวข้องกับพลังงานที่ใช้ในช่วงที่พยายามลดน้ำหนัก ในคนที่มีน้ำหนักเกินนั้นการที่ระดับความดันโลหิตลดลง ปรากฏร่วมกับน้ำหนักที่หายไปอาจเกิดจากการ ดูแลให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Regular Exercise Regimen)

6.1.2 การจำกัดโซเดียม (Sodium Restriction) การจำกัดโซเดียมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณหนึ่งในสี่ถึงครึ่งหนึ่ง ที่เป็นพวก Salt-Sensitive จึงเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการดูแลรักษา เป็นการยากที่จะทำนายว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะตอบสนอง ต่อการจำกัดโซเดียม ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่จำกัดโซเดียมแล้วความดันโลหิตไม่ได้ลดลงการลดปริมาณให้เหมาะสม คือลดโซเดียมให้อยู่ระหว่าง 70 ถึง 100 mEq/day (เท่ากับโซเดียม 1.5 ถึง 2.5 กรัม หรือเกลือ 4 ถึง 6 กรัม) จึงจะมีผลทางการรักษา

6.1.3 แอลกอฮอล์ (Alcohol) การศึกษาของ Kaplan มีรูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า ให้ผลว่าผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 3 ครั้งต่อวัน จะเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าผู้ที่ดื่มสุราน้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน (เท่ากับ 1.5 ออนซ์) ความดันโลหิตไม่

สูงขึ้น ดังนั้น Kaplan ได้แนะนำว่าควรดื่มสุราในปริมาณแต่น้อย ถ้าดื่มมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ก็ควรจะลดปริมาณให้ไม่เกิน 1.5 ออนซ์ต่อวัน ถ้าหากรู้สึกตัวว่ามีผลกระทบจากสุราก็ควร จะเลิกดื่มไปเลย และถ้าผู้ที่ดื่มน้อยกว่า 3 ครั้งต่อวันอยู่แล้วการเปลี่ยนแปลงนั้นก็ไม่จำเป็น

Wittemen และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราระดับ ปานกลาง กับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในหญิง ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 58,218 คน อายุ 39-59 ปี ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อเริ่มการศึกษา มีรูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า ติดตามผลเป็นเวลา 4 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่ดื่ม สุรา พบว่าผู้ที่ดื่ม 20 ถึง 34 กรัมต่อวัน (ประมาณ 2 หรือ 3 ครั้ง) มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) เป็น 1.4 เท่า (95%CI=1.2, 1.7) กลุ่มที่ดื่มมากกว่า 35 กรัมต่อวันมีความ เสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 1.9 (95%CI=1.6, 2.2) ผลจากการศึกษานี้ผู้วิจัยแนะนำว่า การดื่ม สุราต่ำกว่า 20 กรัมต่อวัน (วันละ 1 ครั้ง) ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง แต่ถ้าหากมากกว่านั้นความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ผลการศึกษาอื่นๆ มีรูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวางสนับสนุนว่าการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม มีรายงานบางรายงาน ซึ่งมีรูปแบบการศึกษาเป็นแบบไปข้างหน้าที่ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างการดื่มสุรากับความดันโลหิต

6.1.4 การออกกำลังกาย (Exercise) การขาดการออกกำลังกายทำให้เกิด โรคหัวใจ CVA โรคอ้วน โรคท้องอืดจากภาวะอาหารไม่ย่อย Degenerative Joint และสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี ถ้าออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ความดันโลหิตชนิด ไม่ทราบสาเหตุลดลงเส้นเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น โอกาสจะถูกอุดตันน้อยลง ลดระดับ คอเลสเตอรอล ลดระดับไตรกลีเซอไรด์และเพิ่ม HDL-C ลดและช่วยแก้ความเครียด ในกรณีที่ต้องการลดน้ำหนัก การออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารสามารถ ช่วยได้ เช่น การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที ซึ่งพลังงานที่ใช้ใน 3 นาทีแรกจะใช้จาก น้ำตาลร้อยละ 60 และจากไขมัน ร้อยละ 40 นาทีที่ 20 ร่างกายจะใช้พลังงานจากน้ำตาล ร้อยละ 50 และจากไขมันร้อยละ 50 หลังจากนั้นที่ 30 ไขมันจะถูกเผาผลาญมากขึ้น เป็นร้อยละ 60

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย 5 ประเภท (วิ่ง ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เดิน วิ่งอยู่กับที่) ทำติดต่อกันไม่น้อย กว่า 10 นาที จึงจะเริ่มเข้าสู่สภาพที่เรียกว่า การออกกำลังกายที่ได้ประโยชน์เต็มที่หรือที่

เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ระยะเวลาของการออกกำลังกายที่จะเป็นประโยชน์ ต่อสุขภาพต้องออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 นาที ความถี่ของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายทุกวัน วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 วัน ถ้าออกกำลังกายได้น้อยครั้ง ระยะเวลาจะต้องนานขึ้น ในคนสูงอายุมักจะออกกำลังกายน้อย ไม่กระฉับกระเฉง ดังนั้น คนสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรออกกำลังกายเป็นเวลา 140 นาที ต่อสัปดาห์ ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric or static exercise) เช่น การยก แบก ถู ลาก หรือดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขีดอันตราย

องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงกลไกของการออกกำลังกายที่มีต่อความดันโลหิตสูงว่า อาจเป็นผลทางอ้อมโดยการลดน้ำหนัก มีการศึกษาที่แสดงถึงการออกกำลังกายแล้วมีส่วน ทำให้ความดันโลหิตลดลง กลไกนี้ยังไม่ชัดเจน ได้มีการศึกษากลุ่มผู้ป่วยด้วย post infarction และเป็น ผู้หญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่าระดับอินซูลินลดลงในกลุ่มที่ได้รับการฝึกให้ออกกำลังกาย และต่อมาพบความสัมพันธ์ระหว่างการลดลงของอินซูลิน ในพลาสมากับการลดลงของความดันโลหิต แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับอินซูลินในพลาสมา อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของไซโตไคน์ในไตซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตลดลง ความดันโลหิตที่ต่ำลงเนื่องจากการออกกำลังกายอาจเป็นเพราะ ความเข้มข้นของพลาสมาลดลงหรือ noradrenaline และ adrenaline ลดลงหรืออาจลดความต้านทานของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

จากการเพิ่มการเคลื่อนไหวพบว่า ความต้านทานรวมของ หลอดเลือดแดงส่วนปลายลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ส่วนน้ำหนักร่างกายและการขาดไซโตไคน์ยังคงที่เท่าเดิม ระดับ Norepinephrine ในพลาสมา มีค่าลดลงเป็นร้อยละ 21 และ 33 ภายหลังจากกิจกรรม 3 และ 7 สัปดาห์ตามลำดับ การลดความดันโลหิตในพวกที่มีความดันโลหิตสูงอาจรวมกับการลดระดับ Catecholamine ในพลาสมา

6.1.5 ข้อปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
เข้าถึงได้จาก <http://www.thailabonline.com/hypertension.htm> 23 มีนาคม 2557

6.1.5.1 พลังงานที่ได้รับจากอาหารให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ใช้
เพื่อให้น้ำหนักตัวคงที่

6.1.5.2 ถ้ามีความดันโลหิตสูงควรลดอาหารและออกกำลังกาย
ให้น้ำหนักตัวเหลือร้อยละ 85 จากน้ำหนักตัวเดิม

6.1.5.3 รับประทานผลไม้อย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มปริมาณโปแตสเซียม

6.1.5.4 ลดอาหารเค็ม พวงอาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง และอาหารที่แปรรูป

6.1.5.5 อาหารไขมัน ควรบริโภคไขมันชนิดไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง

6.1.5.6 เพิ่มอาหารประเภทใยอาหาร

6.1.5.7 ลดน้ำตาล เพื่อลดอินซูลิน

6.1.5.8 ดื่มน้ำไม่เกินวันละ 1.5 ลิตร

6.2 การรักษาโดยใช้ยา

6.2.1 ยาหลักที่เป็นยาลดความดันโลหิตสูง คือยาในกลุ่ม A B C D คือ

1) A คือ ACEI, ARB 2) B คือ Beta-blockers 3) C คือ Calcium Channel Blocker และ 4) D คือ Diuretic

6.2.2 ยาในกลุ่มรอง หมายถึงนำมาใช้ลดความดันโลหิตสูงในบางกรณี ได้แก่ Alpha-blocker, Central acting and Direct vasodilator

6.3 หลักการใช้ยาลดความดันโลหิต

6.3.1 แพทย์สามารถเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตได้ทุกขนาน เนื่องจากผลดีเกิดจากการลดความดันโลหิตเป็นหลัก ยา 4 กลุ่ม เป็นยาที่นิยมใช้กันทั่วโลก และมีหลักฐานสนับสนุนถึงผลดีในระยะยาว (กระทรวงสาธารณสุข, 2011, หน้า 9-10) ได้แก่ Diuretics, Calcium Channel Blockers (CCBs), Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACE-inhibitors) and Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) ไม่แนะนำให้ใช้ยา Blockers เป็นยาขนานแรก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโตแต่สามารถใช้ยาร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มข้างต้น ดังกล่าวได้ Blockers ก็เช่นเดียวกันจะใช้เป็นยาขนานแรกก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น Postmyocardial Infarction หรือพวกที่มี Tachyarrhythmia เป็นต้น ส่วนยาลดความดันโลหิตอื่นๆ ที่ยังใช้อยู่ เช่น Methyl dopa, Clonidine, Reserpine สามารถใช้ได้ เนื่องจากราคาถูกมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้ดี แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงค่อนข้างมาก และมีการศึกษาคุณภาพในระยะยาวน้อย

6.3.2 การจะเริ่มใช้ยาก่อนเดิมนั้น ปัจจุบันไม่ค่อยมีปัญหาแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะต้องใช้ยาตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมาย และมีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปใช้ยาที่เป็น Fixed Dose Combination ในเม็ดเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ครบตามแพทย์สั่ง

6.3.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตเริ่มต้นสูงกว่าค่าปกติ > 20/10 มม.ปรอท ให้เริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต 2 ขนานได้ทันที

7. การวัดความดันโลหิต

7.1 การวัดความดันโลหิตควรได้รับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดีเพื่อให้ได้ค่าความดันโลหิตที่มีความถูกต้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2011, หน้า 1-2)

7.1.1 ให้นั่งพักก่อนทำการวัดอย่างน้อย 5 นาที และควรงดดื่มชา กาแฟ และสูบบุหรี่ ก่อนทำการวัดอย่างน้อย 30 นาที

7.1.2 เลือกเครื่องวัดความดันไม่ว่าจะเป็นชนิดปรอทหรือดิจิตอล ที่ได้มาตรฐานและผ่านการตรวจเช็คอย่างสม่ำเสมอ และควรเลือกใช้ Arm Cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย โดยถุงลมยาง (Bladder) ที่ใช้วัดจะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับแขนคนทั่วไปจะใช้ arm cuff ที่มีถุงลมยางขนาด 12-13 ซม. x 35 ซม.

7.1.3 เริ่มด้วยการพัน Arm Cuff โดยให้พันที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลมยาง ซึ่งจะมีเครื่องหมายวงกลมเล็กๆ ที่ขอบให้อยู่เหนือ Brachial Artery โดยขณะวัดควรให้ Arm Cuff อยู่ระดับแนวราบเดียวกับหัวใจ

7.1.4 ให้วัดระดับ SBP โดยการคลำก่อน บีบลูกยาง (Rubber Bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมยางจนคลำชีพจรที่ Brachial Artery ไม่ได้ค่อยๆ ปล่อยลมออกให้ปรอทในหลอดแก้วค่อยๆ ลดระดับลงในอัตรา 2-3 มม./วินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ ถือเป็นระดับความดันตัวบน (Systolic Blood Pressure) คร่าวๆ

7.1.5 วัดระดับความดันโลหิตโดยการฟัง ให้วาง Stethoscope เหนือ Brachial Artery แล้วบีบลมเข้าลูกยางให้ระดับปรอทเหนือกว่าความดันตัวบน ที่คลำได้ 20-30 มม.ปรอท หลังจากนั้นค่อยๆ ปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยิน (Korotk off I) จะเป็นความดันตัวบน ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป (Korotk off V) จะเป็นค่าความดันตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure)

7.1.6 ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที หากระดับความดันโลหิตที่วัดได้ต่างกันไม่เกิน + 5 มม.ปรอท นำ 2 ค่าที่วัดได้มาเฉลี่ย หากต่างกันเกินกว่า 5 มม.ปรอท ต้องวัดครั้งที่ 3 และนำค่าที่ต่างกันไม่เกิน + 5 มม.ปรอทมาเฉลี่ย

7.1.7 แนะนำให้วัดที่แขนทั้ง 2 ข้าง ในการวัดระดับความดันโลหิตครั้งแรก สำหรับในผู้ป่วยบางราย เช่นผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดระดับความดันโลหิตในท่านอนด้วย โดยยืนแล้ววัดทันทีและวัดอีกครั้งหลังยืน 1 นาที หากระดับค่าความดันตัวบนในท่านอนต่ำกว่าค่าความดันตัวบนในท่านั่งมากกว่า 20 มม.ปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ Orthostatic Hypotension การตรวจหา Orthostatic Hypotension จะมีความไวขึ้นหากเปรียบเทียบค่าความดันตัวบน ในท่านอนกับค่าความดันตัวบนในท่านั่ง

7.2 การวัดความดันโลหิตโดยตนเอง/ที่บ้านควรวัดโดยเครื่องวัดความดันชนิดดิจิทัล จะช่วยทำให้ทราบระดับความดันโลหิตของตนเอง ช่วยในการวินิจฉัยและใช้ในการติดตามระดับความดันโลหิตระหว่างการดูแลรักษาของแพทย์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในผู้ที่มีภาวะระดับความดันโลหิตไม่คงที่ หรืออยู่ในระหว่างการปรับระดับยา โดยมีข้อสังเกตดังนี้

7.2.1 การวัดเหมือนขั้นตอนการวัดความดันโลหิตทั่วไป

7.2.2 ควรได้รับการแนะนำหรือศึกษาถึงการใช้เครื่องมือดังกล่าวอย่างเหมาะสม

7.2.3 ค่าความดันโลหิตที่วัดด้วยตนเอง/ที่บ้าน เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อวัดด้วยเครื่องวัดชนิดปรอท (Sphygmomanometer) จะต่ำกว่า 5 มม.ปรอท ตัวอย่างเช่น เกณฑ์ภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งวัดจากชนิดปรอท 140/90 มม.ปรอท ค่าความดันโลหิตที่วัดด้วยตนเอง/ที่บ้านจะใช้ 135/85 มม.ปรอท

8. พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ในด้านการรักษาต้องประกอบด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคพร้อมกันไป ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน เพราะจะช่วยส่งเสริมให้การรักษาด้วยยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการควบคุม ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตรายนั้นผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหลายด้าน ดังนี้ (National Institutes of Health, 1997, p.254)

8.1 พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว อาหารและน้ำหนักตัวมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ (เข้าถึงได้จาก www.thaiclinic.com)

8.1.1 การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว (Saturated fatty Acid) ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม นอกจากนี้อาหารประเภทที่มีคอเลสเตอรอลสูงยังมีส่วนส่งเสริมให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จากรายงานการศึกษาพบว่าระดับคอเลสเตอรอลในเลือดที่สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแข็งและโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันประเภทนี้และแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว (Unsaturated fatty Acid) เป็นส่วนประกอบในการทำอาหาร ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ 1) กรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated fatty Acid) ได้แก่ กรดโอเลอิก (Oleic Acid) เป็นกรดไขมันที่ร่างกายสามารถสร้างเองได้ ถ้ารับประทานเข้าไปมากก็ไม่ทำให้เกิดโรคหัวใจ และมีแนวโน้มที่จะช่วยลดไขมันในเลือดด้วย ซึ่งมีมากในน้ำมันมะกอก (Olive Oil) น้ำมันจากเมล็ดถั่วต่างๆ เช่น ถั่วแระลมอนต์ ถั่ววอลนัท ถั่วลิสง น้ำมันปลา และ 2) กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty Acid) เป็นกรดที่ร่างกายไม่สามารถสร้างเองได้จำเป็นต้องได้รับจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันที่สำคัญคือ Omega-3 (Alpha-linolenic acid) และ Omega-6 (linolenic acid) ซึ่งมีมากในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น ถึงแม้ว่าน้ำมันเหล่านี้มีความจำเป็นต่อร่างกาย แต่ถ้าได้รับมากเกินไปก็เป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย เมล็ดฝ้าย มีส่วนผสมของ Omega-6 มากกว่า Omega-3 ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดง่ายขึ้น ทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ง่าย และทำให้ร่างกายบวม น้ำ ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ควรรับประทานมากเกินไป และหลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่ใช้ น้ำมันมากๆ เช่น อาหารทอด ผัด ควรประกอบอาหารด้วยวิธี ต้ม ตุ่น อบ ย่าง หรือหนึ่งแทน นอกจากนี้อาหารประเภทคอเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ ได้แก่ แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงเทโพ และของหวาน เป็นต้น อาหารที่มีไขมันสูงได้แก่ แกงฮังเล ข้าวขาหมู และเนื้อหมูสามชั้นทอด เป็นต้น และอาหารทะเลยังมีส่วนทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเหล่านี้

8.1.2 การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง โซเดียมในรูปของเกลือมีความสัมพันธ์

กับระดับความดันโลหิตเนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดีจึงทำให้เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองของระดับความดันโลหิตเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และทำให้ลดสมรรถนะของยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (Levine, 2000) ซึ่งการจำกัดเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวันอาจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Kerr & Nichamam, 1986, pp.134–136) โดยการบริโภคเกลือโซเดียมให้น้อยลงอยู่ในปริมาณ 1,600–2,300 มิลลิกรัมต่อวันหรือประมาณ 2 กรัมต่อวันหรือประมาณ 2 ซ่อนซา (75–100 mEq) จะสามารถลดระดับความดันซิสโตลิก ประมาณ 9–15 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกประมาณ 7–16 มิลลิเมตรปรอท การจำกัดเกลือโซเดียมโดยทั่วไปปฏิบัติในรูปของการจำกัดเกลือแกงในอาหาร โดยในเกลือแกง 1 กรัมมีโซเดียม 400 มิลลิกรัม

เกลือโซเดียมนอกจากจะอยู่ในรูปของเกลือแกงแล้วยังอยู่ในรูปของอาหารอื่นๆ ด้วยซึ่งต้องระมัดระวังในการใช้ด้วย ได้แก่ 1) อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุงรส เช่น ซอสปรุงรสต่างๆ 2) อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร ได้แก่ อาหารตากแห้ง อาหารหมักดอง อาหารปรุงรสผลไม้แช่อิ่ม อาหารกระป๋อง เป็นต้น 3) สารเคมีในการปรุงอาหาร เช่น ผงชูรส (monosodium glutamate) ผงกันบูด (sodium benzoate) สารกันเชื้อราในแป้งขนมปัง (sodium propionate) ผงฟูทำเค้ก (sodium bicarbonate) เป็นต้น 4) อาหารโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม น้ำมะเขือเทศ อาหารทะเล เป็นต้น 5) อื่นๆ เช่น น้ำบ่อน้ำบาดาลที่มีโซเดียม ยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาระบาย ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องร่วง เป็นต้น

8.1.3 ควรบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ เป็นต้น จากการศึกษาของซิงค์ และคณะ Singh et al., (1992, p.46 อ้างถึงใน มันทนา ประทีปะเสน, วงเดือน บันดี, 2542, หน้า 24) ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกให้ผู้ป่วยรับประทานฝรั่งก่อนมื้ออาหาร ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งไม่ได้รับทาน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับประทานฝรั่งก่อนมื้ออาหารมีระดับความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง 9.0 และ 8.0 มม.ปรอท ตามลำดับ นอกจากนี้ระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลง 8.9% และ 7.7% ตามลำดับ และการศึกษาของแคปแลน (Kaplan, 1997, p.79) พบว่า อาหารมังสวิรัต ที่มีผักและผลไม้ที่มีกากใยและอาหารไขมันต่ำสามารถระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหาร

ที่มีไขมันต่ำร่วมกับอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้ เป็นต้น

นอกจากการควบคุมการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูงและอาหารที่มีรสเค็มแล้วการควบคุมน้ำหนักตัวควบคู่กับการควบคุมการรับประทานอาหาร เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากน้ำหนักตัวและความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กันมาก น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต (Levine, 2000, unpagged) โดยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นทำให้หัวใจต้องทำงานสูบน้ำเลือดแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น และพบว่าคนอ้วนเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ 4-5 เท่า (วลัย อธิธรรมพรชัย, 2530, หน้า 25) จากการศึกษาของแมคคาร์อนและรัชเชอร์ McCaron & Reusser, (1996, p.98 อ้างถึงในมันทนา ประทีปะเสนและวงเดือน ปันดี, 2542, หน้า 87) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะก้ำกึ่ง (Border Line) หากลดน้ำหนักลงได้ 4-5 กิโลกรัมจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงเป็นปกติภายใน 2-3 สัปดาห์แรกได้ ดังนั้น การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อ้วนเป็นวิธีการรักษาชนิดไม่ใช้ยาที่ได้ผลดีที่สุด โดยรับประทานอาหารให้พอดี ไม่รับประทานอาหารมากเกินไป ไม่รับประทานของว่างหรือของจุกจิบระหว่างมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งอาหารที่มีไขมันสูงจะส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด ควรรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้มากๆ

นอกจากนี้ควรออกกำลังกายให้เหมาะสมและสม่ำเสมอจะช่วยให้การเผาผลาญพลังงานที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินปกติ โดยน้ำหนักตัวที่ลดลงทุก 1 กิโลกรัม จะทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลง 1.5 มิลลิเมตรปรอท (ปราณี ทุ้ไพเราะ, 2541, หน้า 90) และช่วยลดอันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ Kirrkendall, (1988, p.45 อ้างถึงในปริดา ปูนพันธ์ฉาย, 2540, หน้า 53) ดังนั้นการลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งโดยปกติควรมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ระหว่าง 18.5-24.9 ซึ่งสามารถคำนวณจากสูตรดัชนีมวลกายของโอไบรอันและโอมัลลี (O'Brien & O'Maley, 1983, p.55) คือน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วย กำลังสองของส่วนสูงที่วัดเป็นเมตร

8.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายทุกวันสม่ำเสมอ จะช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ช่วยลดกรดไขมันอิสระซึ่งมีผลช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้ยังช่วยให้พลังงานในร่างกายถูกใช้ มีผลต่อการลดน้ำหนักตัว และยังช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดแก่ร่างกายด้วย และพบว่าคนที่ไม่ออก

กำลังกายมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอถึงร้อยละ 33 (O'Brien & O'Maley, 1983, p.65) การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตนั้นจึงยังไม่มีการศึกษาใดที่เจาะจงวิธีการที่เหมาะสมได้ แต่วิธีการออกกำลังกายควรเป็นวิธีการเพื่อเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้ดีขึ้น โดยออกกำลังกายชนิดค่อยเป็นค่อยไป คือระยะแรกควรออกกำลังกายวันละ 10 นาที แล้วค่อยเพิ่มขึ้นจนได้วันละ 15-30 นาที อย่างไรก็ตามควรได้รับการประเมินสภาพร่างกายจากเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพก่อนการออกกำลังกายครั้งแรก (Luckman & Sorensen, 1993, Unpaged)

ขั้นตอนการออกกำลังกายควรประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1) ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm-Up) กระทำเริ่มต้นของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อและระบบต่างๆ ของร่างกายพร้อมสำหรับการออกกำลังกาย ป้องกันการใช้พลังงานของกล้ามเนื้อแบบใช้ออกซิเจนโดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที 2) ระยะออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและเพิ่มความทนทาน (endurance) เป็นการออกกำลังกายเพื่อทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและเป็นผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีจังหวะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที 3) ระยะชะลอการออกกำลังกาย (Cool Down) เป็นช่วงภายหลังการสิ้นสุดการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายเบาๆ และช้าลงเรื่อยๆ เป็นการป้องกันไม่ให้อุณหภูมิของหลอดเลือดลดลง เนื่องจากถ้าหากมีการหยุดการออกกำลังกายทันทีจะทำให้เลือดคั่งอยู่ในกล้ามเนื้อมาก เลือดจะไหลเวียนกลับสู่หัวใจไม่ทัน เพราะการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจต้องใช้การหดตัวของกล้ามเนื้อขา ทำให้เลือดที่หัวใจสูบฉีดลดลง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพออาจทำให้หน้ามืดเป็นลมได้โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

ประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรเป็นแบบไอโซโทนิค (Isotonic Exercise) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic Exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายโดยที่ความยาวของกล้ามเนื้อไม่คงที่แต่ความตึงตัวคงที่เป็นการเพิ่มความสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น ทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงขึ้น แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเกือบไม่เปลี่ยนแปลง และมีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง การออกกำลังกายชนิดนี้เป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา หลัง อย่างเป็นจังหวะด้วยความหนักปานกลาง เป็นเวลานานพอสมควรประมาณ 20-30 นาที ได้แก่ การว่ายน้ำ ควรว่ายน้ำติดต่อกันนานอย่างน้อย

20 นาที และออกแรงพอที่จะถึงจุดชีพจรเป้าหมาย การเดินเร็ว เป็นการก้าวขายาวๆ แกว่งแขนให้แรงๆ และเดินติดต่อกันเรื่อยๆ โดยให้ระยะทาง 1.6 กิโลเมตรในระยะเวลา 30 นาที หรือให้ได้ถึงจุดชีพจรเป้าหมาย การปั่นจักรยาน แบ่งเป็นการปั่นจักรยานที่อยู่กับที่ และการปั่นจักรยานที่ไม่อยู่กับที่ ซึ่งหากเป็นการปั่นจักรยานที่ไม่อยู่กับที่ควรได้ระยะทางอย่างน้อย 10 กิโลเมตร หากเป็นการปั่นจักรยานที่อยู่กับที่ควรปรับความถี่ของล้อ โดยขณะปั่นให้รักษาระดับของชีพจรให้อยู่ในเป้าหมายปั่นไปเรื่อยๆ ประมาณ 30-35 นาที การวิ่งเหยาะๆ ควรได้ระยะทางในการวิ่งแต่ละครั้งไม่เกิน 3 ไมล์หรือ 4.8 กิโลเมตร การกระโดดเชือก ควรเริ่มด้วยความเร็ว 70-80 ครั้งต่อนาที เมื่อคล่องดีแล้วควรเพิ่มเป็น 100-140 ครั้งต่อนาที โดยในระยะแรกอาจใช้เวลาเพียง 20 วินาที แลพัก 10-15 วินาที จากนั้นค่อยเพิ่มเวลาให้มากขึ้น การเดินแอโรบิคเพื่อบริหารปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิตควรทำติดต่อกันประมาณ 25-30 นาที และการรำมวยจีนควรทำอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที เป็นต้น (ตำรา กิจกุตล, 2540, หน้า 32)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise) คือการออกกำลังกายโดยที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่แต่ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น การยกของหนัก การดึงหรือลากที่ต้องออกแรงมากๆ เพราะจะทำให้หลอดเลือดหดตัวและทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (กฤษฎา บานชื่น, 2528, หน้า 38) และความหนักของการออกกำลังกายควรออกกำลังกายที่ระดับความแรงระดับน้อยถึงปานกลางซึ่งเท่ากับร้อยละ 50-75 ของชีพจรเป้าหมาย (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542, หน้า 80) โดยการคำนวณหาอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (Target Heart Rate : THR) จากสูตรของ American College of Sports Medicine โดยหาอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum Heart Rate) เสียก่อน โดยเอาอายุไปลบออกจาก 220 จากนั้นจึงเอา 50-75 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจมาหาอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย ส่วนจะใช้ 50-75 เปอร์เซ็นต์นั้นขึ้นอยู่กับความแข็งแรงพื้นฐาน โดยถ้าแข็งแรงมากให้ใช้เปอร์เซ็นต์มากได้ (เรื่องศักดิ์ ศิริผล, 2542, หน้า 12) ถ้าไม่สามารถจับชีพจรได้อาจจะใช้ความรู้สึกเหนื่อยในขณะออกกำลังกายเป็นหลักในการควบคุมว่าตนเองออกกำลังกายมากหรือน้อยเกินไปหรือไม่โดยขณะออกกำลังกายอยู่นั้นไม่ควรมีความรู้สึกเหนื่อยจนพูดไม่ออก ซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่หนักมากเกินไป ควรให้มีความรู้สึกเหนื่อยพอสมควรก็เพียงพอ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542, 15) โดยควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง (เรื่องศักดิ์ ศิริผล, 2542, หน้า 77)

สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรงหรือมีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับ 3 คือ มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/110 มม.ปรอท ควรงดเว้นการออกกำลังกาย ทุกชนิดจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว (เกษม วัฒนชัย, 2532, หน้า 34)

หลักการออกกำลังกายไม่ควรออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันทีควรพัก 3-4 ชั่วโมง แต่หากเป็นอาหารเหลวอาจพัก 2 ชั่วโมงก่อนออกกำลังกาย และอาหารที่จะรับประทานก่อนออกกำลังกายควรเป็นอาหารที่ย่อยได้ง่าย และไม่ควรรับประทานจนอิ่มจนเกินไปและดื่มน้ำมากๆ (อภิชัย คงเสรีพงศ์ และจิตตินันต์ หะวานนท์, 2537, หน้า 46) เริ่มออกกำลังกายตั้งแต่ระยะอบอุ่นร่างกายจนถึงระยะชะลอการออกกำลังกาย โดยเริ่มออกกำลังกายอย่างช้าๆ ไม่ควรเร่งรีบ และควรหยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นจัดหลังการออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำได้ ควรนั่งพักประมาณ 20-30 นาทีก่อนอาบน้ำ

8.3 พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดและการพักผ่อน ภาวะเครียดเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน (National Institutes of Health, 1997, p.76) มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ (Kaplan, 1998, p.56) ซึ่งผลของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายประสาทมีการหดรัดตัว เพิ่มแรงต้านทานในหลอดเลือด หัวใจต้องทำงานโดยบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ภาวะเครียดยังกระตุ้นการทำงานของต่อมพิทูอิทารีให้หลั่งแอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน ซึ่งจะทำให้มีการดูดกลับของน้ำและโซเดียมมากกว่าปกติ ทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นไป จากการศึกษาของ สุรางค์ เป็รื่องเดช (2533, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเชิงความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า ดังนั้นการลดความวิตกกังวลและความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนจัดการกับความเครียด สามารถกระทำได้หลายวิธี ดังนี้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526, หน้า 12-15)

8.3.1 การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal or diaphragmatic) การหายใจให้ลึกช้าและสม่ำเสมอ โดยหายใจเข้าทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออก และยุบลงขณะหายใจออก เพื่อให้อากาศที่หายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด

8.3.2 การฝึกสมาธิ เป็นการฝึกที่ให้ความสนใจมุ่งจดจ่อสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง การกำหนดสติ เป็นการมีสติรู้ตามอิริยาบถของร่างกาย เป็นต้น

8.3.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ตรวจวัดการทำงานของร่างกาย และป้อนกลับในรูปของการมองเห็นหรือได้ยินเสียง (biofeedback) เพื่อทำให้ผู้ใช้สามารถทราบได้ว่าร่างกายมีความเครียดมากน้อยระดับใด โดยใช้ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีอื่น เช่น การจินตภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้สามารถควบคุมการทำงานของอวัยวะ ที่ตามปกติอยู่เหนือการควบคุม เช่น การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต เป็นต้น

8.3.4 การออกกำลังกาย โดยไม่มุ่งการแข่งขันเอาชนะหรือเพื่อให้มีชื่อเสียง แต่เพื่อผ่อนคลายเท่านั้น กระทำตามวิธีที่ตนพอใจและสม่ำเสมอ ไม่หักโหมจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

8.3.5 การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526, หน้า 34-36) ได้แก่

8.3.5.1 การใช้จินตนาการนึกถึงภาพเหตุการณ์ที่ประทับใจในชีวิต หรือภาพที่รื่นรมย์ (visualization) ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น

8.3.5.2 การนวดเป็นการสัมผัสส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว

8.3.5.3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน (Progressive Muscle Relaxation) มี 2 ประเภท คือ 1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย โดยการเกร็งกล้ามเนื้อให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก (Active progressive Muscle Relaxation : PMR) เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความเครียดกับการผ่อนคลายและผ่อนคลายไปทั่วทุกส่วน และ 2) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อนำก่อน (Passive Progressive Muscle Relaxation : PPMR)

การผ่อนคลาย (Relaxation) มีผลต่อประสาทลิมบิก ซึ่งจะถูกระตุ้นทางอารมณ์ลดลง ทำให้ประสาทสมองมีการหลั่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกสบายผ่อนคลาย (Synder, 1998, Unpaged) และผลดีต่อระบบประสาท

อัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโดยลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาท ซึ่งจะไปมีผลในการขัดขวางต่อการป้องกันของภูมิคุ้มกันทำให้ความวิตกกังวลลดลงและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ (คูวารรณ ตีพิมพ์, 2540, หน้า 23) นอกจากนี้ยังส่งผลในการขัดขวางต่อการตอบสนองของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) โดยจะไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก และการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมพิทฮิตารีและต่อมหมวกไต ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย ทำให้อัตราเผาผลาญในร่างกายลดต่ำลง ลดอัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวของมัดกล้ามเนื้อหัวใจเวนติเคิล ลดความดันโลหิตทั้งความดันตัวล่างและความดันตัวบน โดยทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Synder, 1998, Unpaged) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งก่อน (Passive Progressive Muscle Relaxation) มาใช้ในการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการศึกษาของอะกราส (Agras, 1983, p.79) พบว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนเป็นวิธีที่ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้นาน ทั้งความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง และเชอร์รีแดน (Sheridan, 1992, 56) ค้นพบว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนเป็นวิธีการที่สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ดีที่สุด นอกจากนี้ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2533, หน้า 43) พบว่าการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถลดความดันโลหิตได้จริง โดยบุคคลที่ได้รับการปฏิบัติการคลายเครียดอย่างถูกต้องติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ จะมีความดันโลหิตลดลงและคงตัวเช่นนั้นต่อไปนานถึง 1 ปี และสามารถทำให้สภาพทางอารมณ์เกิดการผ่อนคลายและลดความตึงเครียดของร่างกายได้ (Salt & Kerr, 1997, 65)

8.4 พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มชา กาแฟ และภาวะท้องผูก ซึ่งเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จนอาจเกิดอันตรายได้ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงควรปฏิบัติ ดังนี้

8.4.1 งดสูบบุหรี่ ในควันบุหรี่มีสารต่างๆ มากกว่า 4000 ชนิด และที่มีมากที่สุด คือ สารนิโคติน (Nicotine) ซึ่งการสูบบุหรี่แต่ละครั้งร่างกายได้รับสารนิโคตินประมาณ 50 ไมโครกรัม ซึ่งสารนี้มีพิษร้ายแรง ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ในขณะที่

สบูบหรี ระดับนิโคตินในเลือดจะเพิ่มสูงถึง 25-50 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร การสบูบหรี มวนแรกๆ จะกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วขึ้น ประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มม.ปรอท ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น และพบว่า สารนิโคตินในบหรีทำให้เกิดอันตราย ต่อเซลล์เยื่อผิวของหลอดเลือดแดง ทำให้ทำงานผิดปกติ ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าเป็นจุดเริ่มต้น ที่มีผลทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและหลอดเลือดตีบ เข้าถึงได้จาก www.thaiheart.com) รวมทั้งไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามัน มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว ขึ้น กล้ามเนื้อทำงานมากขึ้น และทำให้หลอดเลือดหดตัวเป็นผลให้ระดับความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น (Norton, 1995, pp.85-90) โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวายและเส้นเลือดในสมองแตกมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูง แต่ไม่สบูบหรี นอกจากนั้นการสบูบหรียังส่งผลให้การใช้ยาลดความดันได้ผลไม่เต็มที่ จากการศึกษพบว่า ผู้ชายที่มีความดันโลหิตโตแอลโตลิดเท่ากับหรือมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ถ้าสบูบหรีวันละ 10 มวนหรือมากกว่าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น

8.4.2 การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับภาวะความดันโลหิตสูงและยังเป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อโรคคอมปัจจุบัน (National Institutes of Health, 1997, Unpaged) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าวันละ 58.8 กรัม และดื่มเป็นเวลานาน อาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้จากการ ที่เนื้อไตถูกทำลาย นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มสุรามากกว่า 30 มิลลิลิตร ทุกวันจะทำให้ ไชมันในเลือดสูงขึ้น (Ueshima et al., 1984, Unpaged) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด แข็งหรือแตกได้ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวันขึ้นไป อาจทำให้ ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว (Stoke, 1984, p.34; อรวินท์ไทรกี, 2537, หน้า 31) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อย คือ วิสกี้ไม่เกิน 60 มิลลิลิตร ดื่มเบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิลิตร (ประมาณ 3 แก้ว) ดื่มไวน์ ไม่เกิน 300 มิลลิลิตร (ประมาณ 1 แก้ว) (The Joint National Committee, 1997, p.25) จะทำคอเลสเตอรอลชนิดที่มีความหนาแน่นสูงเพิ่มขึ้น (High Density Cholesterol) มีผลในการลดตะกอนในหลอดเลือดได้ แต่คนทั่วไปมักจะดื่มเกินพอดีและมีแนวโน้มที่จะ เพิ่มปริมาณการดื่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรงดหรือจำกัดการดื่ม แอลกอฮอล์ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นนักดื่ม ถ้าหยุดดื่มความดันโลหิตจะลดลงเรื่อยๆ จนลดลงมากที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงลดลงต่อไปถึง 6 สัปดาห์ รวมทั้งส่งผล

ให้น้ำหนักตัวลดลงด้วย (Puddly et al., 1987, Unpaged อ้างถึงใน สุรางค์ เปรื่องเดช, 2533, หน้า 94)

8.4.3 การลดตี้มชา กาแฟ เพราะคาเฟอีนมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิต อย่างเฉียบพลัน (National Institutes of Health, 1997, Unpaged) โดยจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และจากรายงานการศึกษาในผู้ที่ตี้มกาแฟ 2-3 ถ้วยติดต่อกัน พบว่าจะทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น 5-15 มม.ปรอทภายในเวลา 15 นาที และจะคงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมง (Norton, 1995, Unpaged) และจากการศึกษาของลาเวลโลและคณะ ได้ทำการศึกษาผลของคาเฟอีน 250 มิลลิกรัม ในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตต่างๆกันตั้งแต่ความดันโลหิตปกติ อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือ สูงเล็กน้อย ไปกระทั่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแน่นอน จำนวนผู้เข้าศึกษาประมาณกลุ่มละ 18-73 คน เป็นผู้ชายทั้งหมด ให้รับประทานคาเฟอีนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำหลังจากนั้น 45-60 นาที พบว่า ความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งตัวบนและตัวล่างในทุกกลุ่ม แต่จะสูงขึ้นอย่างมากในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้วมากกว่า 1.5 เท่าของกลุ่มที่ความดันปกติ แม้ว่าจะยังไม่ทราบผลเสียของการตี้มความดันโลหิตสูงขึ้นแบบชั่วคราวนี้ก็ตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็ควรหลีกเลี่ยงการตี้มเครื่องตี้มที่มีคาเฟอีนในขนาดสูง เช่น กาแฟ หรือเครื่องตี้มชูกำลังต่างๆ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความดันโลหิตสูง ยังมาทราบผลเสียร้ายแรงจากการตี้มกาแฟ เข้าถึงได้จาก www.thaiheart.web)

8.4.4 การป้องกันภาวะท้องผูก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรดูแลด้านการขับถ่าย เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก เนื่องจากการเบ่งถ่ายอุจจาระจะทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้นและเพิ่มแรงต้านทานในหลอดเลือดมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่มีกากและเส้นใยสูง เช่น ผักและผลไม้ต่างๆ นอกจากนี้การตี้มน้ำมากอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว การฝึกการขับถ่ายอย่างเป็นเวลา และเมื่อมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

8.5 พฤติกรรมด้านการรับประทานยา ในปัจจุบันมียาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ยาต้านเบต้า (Beta Blocker) ยายับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme inhibitor : ACEI) มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างเอนไซม์แองจิโอเทนซินทู (AngiotensinII) มีผลทำให้หลอดเลือด

เลือดขยายตัวและความดันโลหิตลดลง ยาที่ออกฤทธิ์สกัดกั้นประจุแคลเซียม (Calcium Antagonists) ยาต้านตัวรับอัลฟา (Alpha blocker) ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ซึ่งการใช้ยานั้นแพทย์ผู้รักษาจะเลือกยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกเหนือจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้ง 5 ด้าน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะต้องปฏิบัติตามคู่มือไป มีหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สัมรับประทานยา หยุดยา ลดหรือเพิ่มยาเองโดยปรับตามความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ (สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ และคณะ, 2537; หทัยรัตน์ ธิตติศักดิ์, 2540; เสาวนีย์ ศรีศิริระกุล และคณะ, 2542) ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์กำหนด ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองซึ่งจะทำให้ได้รับยาเกินขนาดหรือปริมาณยาไม่เพียงพอแก่การรักษา ไม่หยุดยาเองถึงแม้จะรู้สึกว่าการดีขึ้น ควรไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาในการนัดครั้งต่อไปไม่ควรซื้อยามารับประทานเองหรือนำยาของผู้ป่วยอื่นมารับประทานหรือแบ่งปันยาของตนเองให้ผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะอาการคล้ายตนเอง เพราะยาลดความดันโลหิตมีหลายชนิด แต่ละชนิดให้ผลการรักษาไม่เหมือนกันและผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ขนาดและปริมาณยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน โดยการรับประทานยาควรรับประทานยาให้ตรงตามเวลา และหากสัมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลารับประทานยามือต่อไป ให้งดรับประทานยาในมือนั้นและรับประทานยาในมือต่อไปตามปกติ โดยไม่เพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า ควรสังเกตอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อที่จะได้รายงานแพทย์และหาวิธีแก้ไขได้อย่างถูกต้อง เช่น หัวใจเต้นช้า อ่อนเพลีย และง่วงนอน เป็นต้น ผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิตอาจทำให้ระดับความดันโลหิตลดต่ำลงได้ ซึ่งจะมีอาการหน้ามืด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เมื่อเกิดอาการดังกล่าวควรหยุดพักเวลาเปลี่ยนท่านั่งหรือท่านอนควรทำอย่างช้าๆ ยกขาสูงกว่าศีรษะ งอกกล้ามเนื้อต้นขา และงอเข่าขึ้นจะช่วยทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น และหลีกเลี่ยงการยืนอยู่เฉยๆ นานๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังรับประทานยา 1-2 ชั่วโมง เพราะการยืนนานๆ จะทำให้หลอดเลือดที่ขาขยายตัว เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลมได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, ไม่ปรากฏเลขหน้า) และควรแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อพบอาการดังกล่าว ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะอาจทำให้ระดับโปแตสเซียมต่ำ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรรับประทานอาหารที่เพิ่มโปแตสเซียม เช่นกล้วย องุ่น ส้ม และผักใบเขียว เป็นต้น

โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการพักผ่อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดหลักสูตรการอบรมให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ดังต่อไปนี้อย่างสม่ำเสมอคือ

1. พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว โดยแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอล และไขมันชนิดอิ่มตัวสูง ส่งเสริมให้ใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม โดยไม่ปรุงหรือเติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว ในการควบคุมน้ำหนักตัวแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้พออิ่ม ไม่รับประทานอาหารมากเกินไป หรือรับประทานอาหารจุกจิก ไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวาน ควรรับประทานอาหารที่เป็นผักและผลไม้ให้มากและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่และเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิค โดยกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายชนิดที่สามารถปฏิบัติได้อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก ดึงของหนัก และสังเกตอาการผิดปกติขณะและหลังออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติให้หยุดและรีบไปพบแพทย์

3. พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดและการพักผ่อน โดยแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง งดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียด เมื่อเกิดความเครียดสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และพักผ่อนความเครียดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน โดยแนะนำให้ผู้ป่วยงดหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม และดูแลไม่ให้มีอาการท้องผูก

5. พฤติกรรมด้านการรับประทานยา โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มหรือหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ไม่ซื้อยามารับประทาน หรือนำยาของผู้อื่นมารับประทานและสังเกตอาการที่ผิดปกติขณะรับประทานยาและรีบ

ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ด้วย

แนวคิด และทฤษฎีการดูแลตนเอง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายดูแลคือเอาใจใส่ปกป้องรักษาปกครองตนเอง คือตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่า ดูแลตนเองหมายถึงเอาใจใส่ใน ตัวคนนั่นเองหรือปกป้องปกครองตนเองการดูแลตนเองถูกอธิบายในลักษณะของมโนทัศน์กรอบแนวคิดรูปแบบทฤษฎีกระบวนการการเคลื่อนไหวหรือปรากฏการณ์ Gantz (1990, p.65 อ้างถึงใน อรสา พันธุ์ภักดี (2542, หน้า 23) ให้ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ มีผู้ให้นิยามการดูแลตนเองมีดังนี้

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ อ้างถึงใน Noris (2530, pp.174-175) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองคือกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิตหนู เจริญกุล (2536, หน้า 80) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเองการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จง ใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละ บุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

Levine Cited in Hill & Smith (1985, p.45) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเอง และเพื่อตัวเองในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบค้นหาโรค และการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

Steiger & Lipson (1985, p.90) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองว่าเป็น กิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคลครอบครัวชุมชนเพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

Pender (1987, p.77) ได้กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิตส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึงการกระทำหรือกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ทฤษฎีการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองโดย มีการอธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ของบุคคลสามารถสรุปใจความสำคัญไว้ดังนี้ Orem (1991, p.34 อ้างถึงใน เรณู สนวนเครือ, 2541, หน้า 46)

2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณสมบัติของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองเชื่อว่า บุคคลทุกคนมีความสามารถในการคิดมีเหตุผลในการตรึกตรองและกระทำการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนมีความตั้งใจในการกระทำเมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components) 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานอัน ได้แก่ ทักษะการเรียนรู้การรับรู้ความตั้งใจความเข้าใจตนเอง ความหวังใยตนเองการยอมรับตนเองเป็นต้นสิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของพลังความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองต่อไปจะเห็นได้ว่า สภาวะทางจิตใจรวม 10 ประการ ดังนี้ (สมจิตหนู เจริญกุล, 2536, หน้า 34 อ้างถึงใน เรณู สนวนเครือ, 2541, หน้า 29)

2.1.1 ความสนใจและความเอาใจใส่ตนเองและภาวะแวดล้อม

2.1.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายเพื่อการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.1.3 ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้

2.1.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.1.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

2.1.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2.1.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้

2.1.8 มีทักษะในการจัดการและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อ
ปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.1.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.1.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและ
สอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล
ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

2.2 ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้
ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย
(Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่
และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิด
จากการเรียนรู้มีใช้สิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดบุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาจาก
ความเชื่ออุปนิสัย และวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มคนในสังคมนอกจาก นั้นปัจจัยส่วนบุคคล
เกี่ยวกับอายุระยะพัฒนาการและสภาวะสุขภาพล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อขอบเขตของกิจกรรม
การดูแลตนเองที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติได้ กล่าวได้ว่าบุคคลดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อ
การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นจึงเป็นเป้าหมาย
ของการกระทำของบุคคล

การดูแลตนเองที่จำเป็นแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Orem, 1985, pp.85-90)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)

เป็นการดูแลเพื่อการส่งเสริมการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลการดูแล
ตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยแต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ
กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้ 1) คงไว้ซึ่งอากาศน้ำและอาหารที่เพียงพอ
2) คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ 3) รักษาความสมดุล
ระหว่างมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับ
การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิตการทำงานที่และสวัสดิภาพ
และ 6) ส่งเสริมการทำงานที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและ
ความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Carerequisites) เป็นความต้องการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่น การตั้งครุฑการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ หรือการดูแลตนเองเพื่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือพ่อแม่การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

2.1 การพัฒนาและการส่งเสริมกระบวนการของชีวิตเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม คือตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดาาระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิดวัยทารกวัยเด็กวัยรุ่นวัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 การป้องกันบรรเทา และแก้ไขภาวะที่อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการของชีวิตจากภาวะต่างๆ เช่น การขาดการศึกษาปัญหาการปรับตัวในสังคมการสูญเสียญาติมิตรการขาดเสถียรภาพในหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมภาวะมีการถดถอยทางด้านสุขภาพหรือความสามารถความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และภาวะที่จะต้องเผชิญกับความตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-carerequisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความเจ็บป่วยหรือพิการรวมทั้งในระหว่างการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประการ คือ (Orem, 1991, อ้างถึงใน เรณู สนวนเครือ, 2541, หน้า 64)

3.1 การแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสถานการณ์หรือสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

3.2 รับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของชีวิต

3.3 ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัยการรักษาและการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันควบคุมและคงไว้ซึ่งความสามารถเดิม

3.4 รับรู้และเอาใจใส่ดูแลควบคุมไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา รวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการของชีวิต

3.5 ปรับอัตมโนทัศน์และยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองตามภาวะสุขภาพ และยอมรับว่าตนควรได้รับความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่และรู้จักตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพความ

เป็นจริงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่งๆ ของบุคคลที่จำเป็นต้องกระทำ เพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเรียกว่าความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) การคำนวณและการออกแบบความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในแต่ละช่วงเวลาที่การดูแลตนเองที่จำเป็นเปลี่ยนแปลงไปจึงกล่าวได้ว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการกระทำที่ไม่หยุดนิ่ง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการและลำดับการกระทำให้เหมาะสมตามเวลาและสถานการณ์อยู่ตลอดเวลาการออกแบบและคำนวณความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่การขาดความรู้หรือออกแบบ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียดหรือ มีความรู้สึกว่าเป็นภาระได้

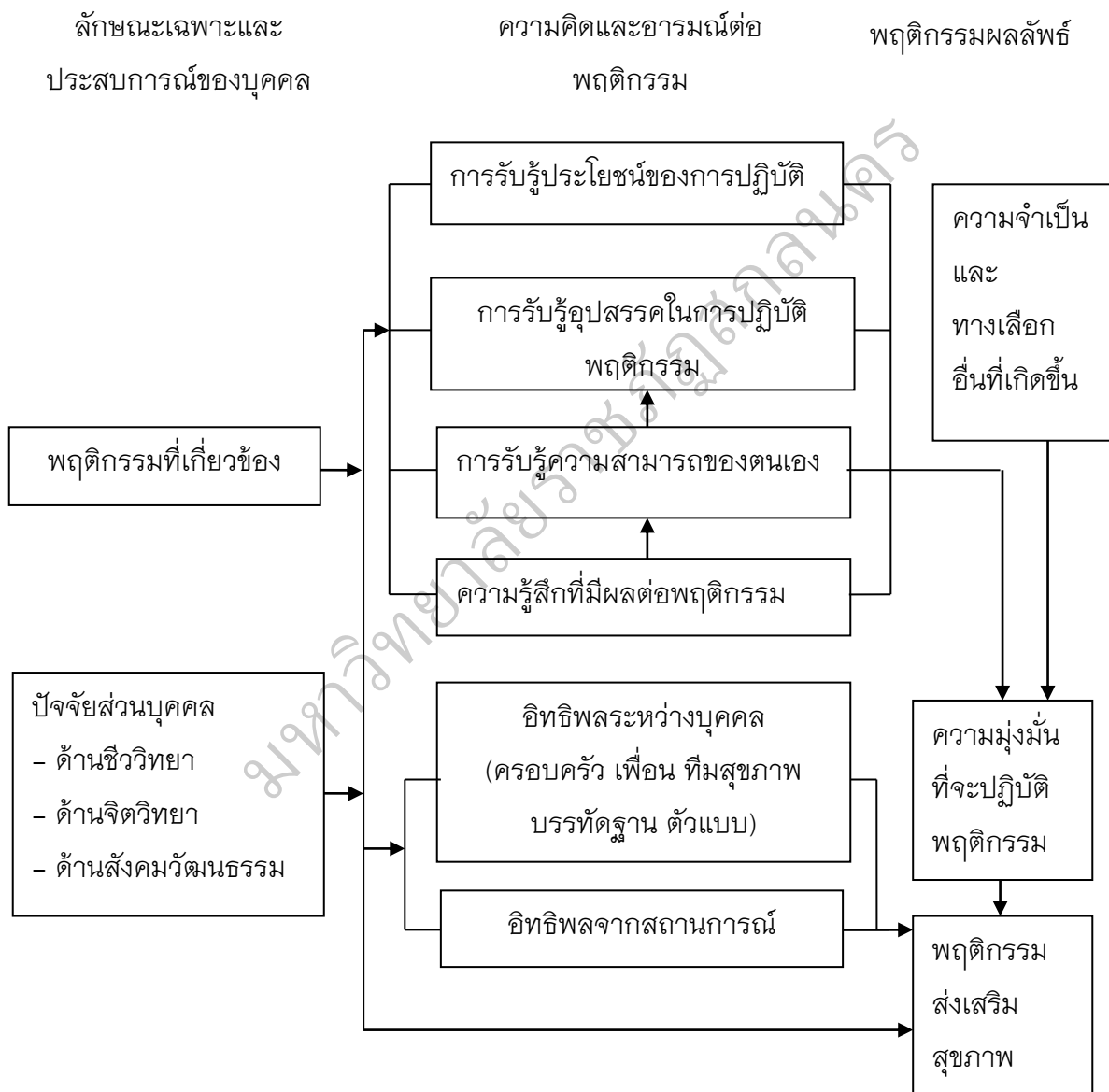
ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ของเพนเดอร์ (Pender)

ในปี ค.ศ. 1975 ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชนต่อมา เพนเดอร์ ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยง แต่การยกระดับสุขภาพหรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวกเพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

1. ทฤษฎีเพนเดอร์

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006, pp.1-12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการรับรู้ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome Expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวังและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนา มาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษา ตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 2006 นี้

ดังภาพประกอบ 3 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยทดลองจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง
ที่มา : Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., (2006, p.50)

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมิขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2518 โดยโรเจอร์ (Roger, 1975, pp.245-250) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปี พ.ศ. 2526 (อรุณรัตน์ แสนบุญรัตน์, 2547, หน้า 45; อ้างถึงใน Dunn and Rogers, 1986, p.34) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัวโดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือประสบการณ์ทางสุขภาพและการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคามและขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่เน้นการให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคามจะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล เช่น

- 1) ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness)
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived Probability)
- 3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)

จากองค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัวจะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ในด้านคือ

- 1) ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรงจนสามารถประเมินความรุนแรงได้
- 2) ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวนการณและเกิดความคาดหวังในการทบทวนการณ
- 3) ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทบทวนการณทั้งหมดนี้ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและความตั้งใจที่จะตอบสนองในที่สุด

ในปี พ.ศ. 2526 ได้มีการเพิ่มตัวองค์ประกอบตัวที่ 4 คือ ความหวังในประสิทธิผลตนทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ดังนี้

1. ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติแต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามจะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรคจะทำให้เกิดความเสียหายต่อโรคส่วนการจะตัดสินใจได้นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น

3. ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองเป็นการเสนอข้อมูลข่าวสาร เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

4. ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีประสิทธิผลของตนเอง (Self-Efficacy) (Bandura, 1977, Unpaged) ซึ่งเชื่อว่าการระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง ประสิทธิผลของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริงแม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลงแต่ถ้าขาดความมั่นใจในประสิทธิผลของตนเองในการปฏิบัติก็ไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้นแต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วยองค์ประกอบตัวนี้จะทำให้ผลกระตุ้นทางด้านบวกกับบุคคล ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 3 องค์ประกอบที่เป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นในทางลบในลักษณะคุกคามสุขภาพการให้ความสำคัญแก่โรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามจะเริ่มจากการประมวลผลผลลัพธ์ของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามอาจส่งผลเพิ่มหรือลดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลตัวอย่าง เช่น การหยุดสูบบุหรี่ผู้สูบบุหรี่จะหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ได้ประเมินว่าสิ่งคุกคามเนื่องจากการสูบบุหรี่ได้แก่การไอระคายเคืองลำคอถ้าปล่อยไว้ความรุนแรงจะมากและมีอาการอื่นๆ รวมถึงมะเร็งในปอดบุคคลต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการดังกล่าวและจะมีอาการรุนแรงขึ้นถ้าหากไม่หยุดสูบบุหรี่

ปัจจัยกำหนดว่าจำเป็นหรือไม่ที่บุคคลนั้นต้องปรับท่าทีการตอบสนองสิ่งนี้เป็นเรื่องของ การรับรู้ผลที่จะได้รับจากการตอบสนองเพื่อที่จะขจัดสิ่งที่มาคุกคามตนเอง อยู่ในขณะนี้ รวมถึงความสามารถของตนเองที่จะสามารถอดทนได้หรือไม่ต่ออาการกระวนกระวายอันเกิดจากความต้องการสูบบุหรี่เขาจะต้องใช้ความอดทนเพียงใดต่อขบวนการปรับตัวเพื่อได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของความต้องการสูบบุหรี่สิ่งเหล่านี้จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละคน

ซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่บุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำได้ หรือขาดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองจะทำสำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่างๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นจุดเด่นขอทฤษฎีนี้คือการสร้าง แรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของ สิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้าย ที่พึงประสงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเห็นได้ชัดเจน จากตัวอย่างการลดน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหารถ้า ต้องการจูงใจให้ควบคุมการบริโภคอาหารทฤษฎีจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็น ทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่ง ต้องการลดน้ำหนักเช่นค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้นจำเป็นต้องสร้าง มาตรฐานค่านิยมทางสุขภาพซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้ สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดีความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในทฤษฎี ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเองและความหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความสัมพันธ์ระหว่างกันมากโดยทั่วๆ ไปการยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม ความคำแนะนำเป็นไปได้อย่างสูงเมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตาม ได้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบมีดังนี้คือ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและ ผลดีของการปฏิบัติตามสูงด้วยจะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำยิ่งสูงขึ้นแต่ใน กรณีความสามารถในการปฏิบัติตามสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำน้อยการตั้งใจ ที่จะปฏิบัติตามก็จะน้อยลงไปด้วย

โรเจอร์นำ 4 องค์ประกอบข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วยตัวองค์ประกอบ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และ 2) การประเมินการทน รับสถานการณ์ (Coping Appraisal) ประกอบด้วยองค์ประกอบความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของการตอบสนองและความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง

กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ข้อนี้จะได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูลข่าวสารดังนี้คือ สิ่งแวดล้อมการพูดชักชวนการเรียนรู้จากการสังเกตและลักษณะของบุคคล (บุคลิกและ ประสบการณ์) ทำให้เกิดความตั้งใจจะปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติตามประเมินความน่า กลัวต่อสุขภาพเป็นการประเมินปัจจัยที่เพิ่มหรือลดความน่าจะเป็นในการทำให้เกิดการ ตอบสนองที่ไม่เหมาะสมกิจกรรมของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นพฤติกรรมดังนี้ เช่นเริ่มต้นสูบบุหรี่หรือการเริ่มกินลูกอมหรือพฤติกรรมที่พบในปัจจุบันเช่นไม่ใส่เข็มขัดนิรภัย

เป็นต้นตัวแปรที่เพิ่มโอกาสของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้แก่รางวัลจากภายใน (Intrinsic Rewards) เช่น ความสุขทางกายและรางวัลจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น ยอมรับจากสังคมปัจจัยที่ลดโอกาสที่จะเกิดการตอบสนองไม่เหมาะสมคือการประเมินอันตรายการรับรู้อันตรายและการรับรู้ความน่ากลัวของอันตรายการกระตุ้นด้วยความกลัว มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความน่ากลัวแต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมที่เป็นจริง โดยสรุปการประเมินความน่ากลัวเป็นผลบวกทางจิตศาสตร์ของตัวแปรเหล่านี้ซึ่งจะเพิ่มหรือลดโอกาสในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการวิเคราะห์ความน่ากลัวบุคคลก็จะประเมินการทนต่อสถานการณ์ซึ่งประกอบด้วย บางส่วนของประสิทธิผลหรือการตอบสนองทางป้องกันซึ่งจะกระตุ้นการรับรู้ถึงความน่ากลัว (การตอบสนองประสิทธิผล) บวกกับการวิเคราะห์ความสามารถเริ่มต้นและทำให้สมบูรณ์ได้ (ประสิทธิผลตนเอง)

องค์ประกอบของประสิทธิผลตนเองนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่น่ากลัวเป็นไปได้ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคคือการแสดงอำนาจในการควบคุมตนเองซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีกลุ่มความคาดหวังและค่านิยมอื่นๆ ซึ่งจะให้ผลเกี่ยวพันที่สำคัญคือทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่นในกรณีที่ตัวแปรต่างๆ ที่จัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้นไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการป้องกันโรคแล้วจะต้องให้บุคคลมีความเชื่อในตัวเองเพื่อให้กิจกรรมป้องกันดำเนินไปได้แต่ต้องระลึกไว้ว่าในทางทฤษฎีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองจะแยกจากองค์ประกอบ ด้านอุปสรรคแต่ในเชิงปฏิบัติบุคคลที่มีความรู้สึกของประสิทธิผลของตนเองสูงจะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ เหล่านี้ได้ในขณะที่บุคคลที่มีความรู้ในประสิทธิผลตนเองต่ำก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ครอบงำประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้นการตอบสนองการทนรับสถานการณ์แต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรคการวัดผลประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลตนเองเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสมลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายของการตอบสนองสูงขึ้นค่าใช้จ่ายการตอบสนอง (Response Cost) ได้แก่ ความไม่สะดวกสบายค่าใช้จ่ายการไม่มีความสุขความยุ่งยากผลข้างเคียงสิ่งที่รบกวนชีวิตประจำวัน เป็นต้น

การประเมินการทรมานรับสถานการณ์นั้น เกิดจากผลบวกของประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลในตนเองลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่เหมาะสมจะพบว่า ผลรวมของการประเมินความน่ากลัวและการทรมานรับสถานการณ์จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันจากลักษณะที่เป็นตัวแปรที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะริเริ่มระดับประคองและชี้้นำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองการทรมานรับสถานการณ์ที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอาจเป็นการแสดงพฤติกรรม เช่น เริ่มออกกำลังกายเริ่มแปร่งฟันอย่างสะอาดหรือเป็นการหยุดการกระทำ เช่น หยุดการสูบบุหรี่หยุดการกินของหวาน เป็นต้น ในฐานะที่เป็นตัวแปรที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคอาจจะวัดได้หลายๆ วิธีแต่จากสมมุติฐานในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะวัดได้โดยใช้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (Intension Behavior) จากการที่ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันนั้นพัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยด้านการติดต่อสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและวิธีวัดพฤติกรรมนั้นใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัดแต่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัดมีข้อสังเกตว่าความตั้งใจนั้นอาจขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของกิจกรรมครั้งเดียวการทำซ้ำหรือหลายๆครั้งทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อ บุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น การตอบสนองที่เหมาะสมนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้ ผลที่ได้จากการทำการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเล็กน้อยมากและราคาค่าใช้จ่ายเพื่อการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นมีเพียงเล็กน้อย

ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและจะได้ผลตามคือทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสมหรือการตอบสนองที่ทนต่อสถานการณ์ในทฤษฎีแรงจูงใจนี้ได้ทำให้เกิดสมมุติฐานเพิ่มขึ้นภายในกระบวนการประเมินคือเมื่อรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมินความน่ากลัวและการทรมานรับสถานการณ์ก็จะเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกันขึ้นซึ่งสมมุติฐานนี้คาดเดาว่าถ้าประสิทธิผลของการตอบสนองและ/หรือประสิทธิผลในตนเองสูงแล้วการเพิ่มความรุนแรงและ/หรืออันตรายจะมีผลทางบวกที่สำคัญต่อความตั้งใจในอีกด้านหนึ่งถ้าประสิทธิผลการตอบสนองและ / หรือประสิทธิผลในตนเองนั้นต่ำการเพิ่ม

ความรุนแรง และ/หรือความเป็นอันตรายจะไม่มีทั้งผลหรือผลจากการสะท้อนกลับ (Boomerang Effect) (ผลจากการสะท้อนกลับได้แก่คนสูบบุหรี่อยู่แล้วตั้งใจจะเพิ่มการสูบบุหรี่หรือคนดื่มเหล้าอยู่แล้วตั้งใจจะเพิ่มการดื่มเหล้าเป็นต้น) แต่จะลดความตั้งใจที่จะยินยอมทำตามการแนะนำทางสุขภาพดังนั้นทฤษฎีนี้จะคาดเดาผลลัพธ์ที่ทำลายกระบวนการตัดสินใจโดยใช้เหตุผล (Rational Decision Making Process) อย่างสมบูรณ์ มีเงื่อนไขอยู่ 2 เงื่อนไขที่บุคคลจะรู้สึกไม่สามารถจะปกป้องตนเองเมื่อการตอบสนองของการทรมานสถานการณ์ที่มีอยู่นั้นไม่มีผล (ประสิทธิผลการตอบสนองต่ำ) และบุคคลเชื่อว่าเขาไม่สามารถสร้างการตอบสนองของการทรมานสถานการณ์ที่เหมาะสมได้มีงานวิจัยที่ยืนยันปฏิสัมพันธ์ที่คาดเดาได้ระหว่างอันตรายและประสิทธิผลของการตอบสนองถ้าการตอบสนองของการทรมานต่อสถานการณ์ที่แนะนำให้นั้นมีผลต่อการตอบสนองทางป้องกันสูงจะทำให้เพิ่มความเชื่อในอันตรายซึ่งทำให้เพิ่มความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแต่ถ้าเชื่อว่าการตอบสนองนั้นไม่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มความรู้สึกว่าการมีอันตรายนั้นลดลงทำให้ลดความตั้งใจที่จะยอมรับการตอบสนองทำให้เกิดผลจากการสะท้อนกลับเปรียบเทียบกับรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ

1. ความเหมือนกัน

1.1 ทั้งสองอยู่ในกลุ่มของทฤษฎีความคาดหวังและค่านิยม

1.2 องค์ประกอบความรุนแรงในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะเหมือนกับการรับรู้ความรุนแรงของรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพโดยรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพเชื่อว่าความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ในขณะที่ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคให้ความสำคัญสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์น้อยกว่าและเชื่อว่าแรงกระตุ้นทางอารมณ์มีผลทางอ้อมต่อความรุนแรงของโรค

1.3 องค์ประกอบด้านความเสี่ยงต่อโรคทั้งสองโมเดลเหมือนเพียงแต่รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพได้รวมความเสี่ยงต่อโรคโดยทั่วไปเข้าไปด้วยไม่ใช่เฉพาะความรุนแรงของโรคที่ศึกษาเท่านั้น

1.4 องค์ประกอบประสิทธิภาพของการตอบสนองและค่าใช้จ่ายในการตอบสนองนั้นเหมือนกับองค์ประกอบการรับรู้ผลประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

1.5 ความเหมือนกันตัวสุดท้ายคือองค์ประกอบในทั้งสองทฤษฎีนั้นใช้อัตนัยตัดสินใจ (ความเชื่อของบุคคล) มากกว่าความเป็นจริงขององค์ประกอบนั้น

2. ความแตกต่าง

2.1 จุดกำเนิดของรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพเพื่อคาดเดาพฤติกรรมสุขภาพในขณะที่ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกำเนิดมาเพื่ออธิบายผลของการใช้การสื่อสารปลุกเร้าความกลัวที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

2.2 ระเบียบวิธีวิจัยของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนั้นใช้ทดสอบในการทดลองที่มีกลุ่มควบคุมซึ่งเน้นที่ตัวแปรและเทคนิคที่สามารถเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมนั้นคือค้นหาตัวแปรที่สามารถเปลี่ยนความเชื่อทางสุขภาพและพฤติกรรม ส่วนงานวิจัยที่ใช้รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพมักจะเป็นการสำรวจย้อนหลังหรือไปข้างหน้าเพื่อตรวจสอบความสามารถของโมเดลในการคาดเดาพฤติกรรม

2.3 องค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพนั้นถูกจัดไว้เหมือนสมการถดถอยพหุลักษณะ (Multiple Regression Equation) โดยมีพฤติกรรมเป็นเงื่อนไขและองค์ประกอบเป็นตัวคาดเดาในขณะที่ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะจัดองค์ประกอบเหล่านี้เป็น 2 มิติ คือ 1) มิติการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมและการตอบสนองที่เหมาะสม 2) มิติปัจจัยที่เพิ่มและปัจจัยที่ลดโอกาสของแต่ละการตอบสนองในส่วนนี้โมเดลแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคได้ช่วยแก้ไขจุดอ่อนของรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพที่ว่าเพียงการนำตัวแปรมาจัดเรียงกันไว้เท่านั้น

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจะกระทำดีที่สุดเมื่อบุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรงบุคคลมีความรู้สึกว่ามันอันตรายหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้นเชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้นบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อยและอุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีต่ำซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันสูง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมื่อเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรงมีความรู้สึกว่ามันอันตรายนั้นเชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้นมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อยและอุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีต่ำ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้

1. ความหมายของความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Fact) หรือเนื้อหาด้านความรู้ความคิดการหยั่งรู้การเห็นหรือการสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ได้ความรู้เป็นนามธรรมเป็นขบวนการทางการจิตวิทยาของความจำการจัดระบบระเบียบข้อมูลใหม่และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

2. การแยกระดับความรู้

การแยกระดับความรู้ไว้ 6 ระดับ คือ (Bloom, 1975, pp.65-197)

2.1 ระดับที่ระลึกได้หมายถึงการเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีการปฏิบัติกระบวนการและแบบแผนได้ความสำเร็จในระดับนี้คือความสามารถในการนำข้อมูลจากความจำออกมาใช้ได้

2.2 ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้หมายถึงบุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับและสามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้นได้ด้วยถ้อยคำของตนเองสามารถแสดงให้เห็นภาพให้ความหมายแปลความและเปรียบเทียบความคิดเห็นอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

2.3 ระดับการนำไปใช้ เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถนำเอาข้อเท็จจริงตลอดจนนำเอาความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

2.4 ระดับการวิเคราะห์ เป็นระดับที่สามารถนำความคิดในรูปของการนำแนวคิดมาแยกเป็นส่วนประเภทหรือการนำเอาข้อมูลต่างๆ มาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติตนเอง

2.5 ระดับการสังเคราะห์ คือการนำข้อมูลและแนวคิดต่างๆ มาประกอบกันและนำไปสู่การสร้างสรรค์ซึ่งเป็นสิ่งใหม่จากเดิม

2.6 ระดับการประเมินผลคือความสามารถใช้ความรู้เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลต่างๆ มาตรฐานเพื่อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

3. ประเภทพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ที่ทัศนคติและการปฏิบัติจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ ซึ่งได้จำแนกพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ออกเป็น 3 จำพวกใหญ่ๆ คือ (Bloom, 1975, pp.65-197)

3.1 พฤติกรรมด้านพุทธิศึกษาหรือพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีชั้นของความสามารถด้านความรู้การใช้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญาจำแนกไว้ตามลำดับชั้นจากง่ายไปหายาก ดังนี้

3.1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

3.1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจาก ความรู้ต้องมีความรู้มาก่อนจึงเข้าใจความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความและคาดคะเน

3.1.3 การนำเอาไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการของทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวคิดต่างๆ ไปใช้

3.1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์ อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบเหล่านั้นรวมทั้งมองเห็นการผสมผสานระหว่าง ส่วนประกอบที่ร่วมกันเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

3.1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการ รวบรวมส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

3.1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคล ในการวินิจฉัยตีราคาสิ่งของต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องช่วยประกอบ วินิจฉัยซึ่งกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่ แล้วยังได้

3.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจความรู้สึกทำที่ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็น พฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคนการเกิดพฤติกรรม ด้านทัศนคติแบ่งได้ดังนี้

3.2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้นและบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้นในการยอมรับนี้ ประกอบด้วย ความตระหนักได้รู้จักคิดความยินดีที่จะรับและการเลือกรับ

3.2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าเป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำปฏิกิริยาตอบสนองพฤติกรรมขั้นนี้ ประกอบด้วย การยินยอมความเต็มใจและพอใจที่จะตอบสนอง

3.2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงว่ายอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเขาและได้นำไปพัฒนาให้เป็นของเขาอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบผูกมัดค่านิยมเข้ากับตัวเขา

3.2.4 การจัดกลุ่ม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

3.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกายซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่ายแต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนทางด้านอนามัยถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี

สรุปได้ว่าความรู้เป็นเรื่องที่สำคัญในการทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการกำหนดพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมจนนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและจริงจังต่อไป

การประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมอง

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)

1.1 ความหมายและลักษณะของการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายและลักษณะของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

พัชรี ลิโรส (2549, หน้า 36) กล่าวว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะเป็นการประชุมที่เป็นทางการ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือข้อตกลงร่วมกัน แล้วทุกคนต้องยอมรับผลที่ได้นั้น มีผู้นำการประชุมเพื่อเอื้อให้เกิดกระบวนการประชุมที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างทั่วถึงในสถานการณ์ที่เหมาะสม คือ ทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ ตั้งแต่การระบุปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การศึกษาทางเลือก การประเมินทางเลือก และการเลือกทางเลือก

รัชฎาภรณ์ แก้วสนิท (2549, หน้า 5-6) ได้กล่าวถึงลักษณะของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดังนี้ 1) เป็นการประชุมที่มีเป้าหมายแน่นอน มีวัตถุประสงค์เฉพาะและต้องการคำตอบที่ชัดเจน 2) เป็นการสื่อสารที่ได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นทัศนคติซึ่งกันและกัน 3) เป็นรูปแบบการประชุมที่เป็นทางการ ผู้เข้าร่วมประชุมจะมีปฏิสัมพันธ์กันสูง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือข้อตกลงร่วมกัน แล้วทุกคนจะต้องยอมรับผลที่ได้นั้น 4) ไม่เหมาะที่จะใช้กับคนกลุ่มใหญ่ คือ ไม่เกิน 20-30 คน โดยควรประกอบด้วยตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับประเด็นหรือเรื่องนั้นๆ ทุกกลุ่ม 5) ต้องมีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำการประชุม (Facilitator) เพื่อเอื้อให้เกิดกระบวนการประชุมที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างทั่วถึง หากต้องมีผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้ในเรื่องนั้นๆ ก็ต้องเชิญวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถ และ 6) เป็นการประชุมที่จัดเข้าได้เท่าที่จำเป็น

รัชฎาภรณ์ แก้วสนิท (2549, หน้า 6) ยังได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดังนี้ 1) ให้เกิดการพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มตามประเด็นที่กำหนดหรือป้องกันความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง 2) ให้ได้ข้อตกลงในเรื่องที่จะดำเนินการใช้ในการตัดสินใจเสนอทางเลือกหรือการพัฒนาทางเลือก และ 3) ให้มีการกำหนด ค้นหาข้อกังวล และข้อห่วงใยในเรื่องต่างๆ พิจารณาทบทวนวิธีการศึกษาและกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

1.2 วิธีดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ

รัฐาภรณ์ แก้วสนิท (2549, หน้า 7-8) กล่าวถึง วิธีดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการไว้ว่า มี 3 ขั้นตอนคือ

1.2.1 ขั้นเตรียมการ

1.2.1.1 กำหนดหัวข้อหรือประเด็นที่จะประชุมว่าเรื่องอะไร

1.2.1.2 กำหนดประเด็นหรือเป้าหมายของการประชุมให้ชัดเจนว่าต้องการอะไร มากน้อยเพียงใด เช่น ต้องการจะให้ได้ข้อสรุปของการประชุมที่เกี่ยวกับ

1) ขั้นตอนของการจะดำเนินโครงการหรือกิจกรรม 2) ได้มติของการลำดับความสำคัญ 3) แผนปฏิบัติการที่ควรจะเป็น 4) การประเมินความเสี่ยงของโครงการหรือกิจกรรม และ 5) การค้นหาปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

1.2.1.3 วางแผนการประชุม สถานที่ วัน เวลา วิธีการ ขั้นตอน การดำเนินการประชุม ข้อมูลที่จะต้องใช้ว่าจะใช้รูปแบบการนำเสนอข้อมูลอย่างไรให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

1.2.1.4 ผู้เข้าร่วมประชุม ต้องกำหนดล่วงหน้าว่าเรื่องที่จะดำเนินการนี้กระทบกับคนกลุ่มใดบ้าง อย่างไร กลุ่มผู้ห่วงใย/ผู้สนใจ ต้องให้มีตัวแทนของคนทุกกลุ่มและผู้สนใจเข้าร่วมประชุม โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกันให้มีทั้งเพศชายและหญิง มีทั้งผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ฯลฯ

1.2.1.5 ต้องประชาสัมพันธ์ให้ทราบอย่างทั่วถึงโดยทางสื่อ ทั้งวิทยุ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ดิจิทัลเดสก์ให้ทั่วถึง เป็นการกระตุ้นทั้งผู้สนใจ และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ 1) ส่งจดหมายหรือติดต่อเชิญตัวแทนกลุ่มต่างๆ หรือผู้สนใจในพื้นที่นั้นโดยตรง 2) ในการประชาสัมพันธ์หรือการเชิญต้องเน้นว่า การประชุมนี้รับจำนวนจำกัด และกำหนดวันสิ้นสุดการแจ้งความจำนงที่จะเข้าร่วมประชุม เพื่อให้ผู้จัดการจะได้กำหนดแผนการบริหารจัดการได้ แต่ต้องเตรียมการด้วยหากมีผู้มาร่วมเกินกว่าที่เตรียมไว้ (อาจจัดเป็นหลายกลุ่มหลายเวที และหลายครั้ง)

1.2.1.6 เตรียมคณะทำงาน สำหรับเป็นผู้นำการประชุมหรือผู้อำนวยการกลุ่ม (Facilitator) เพื่อเอื้อให้เกิดกระบวนการประชุมกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนและนำไปสู่ข้อสรุปของการประชุม

1.2.1.7 กำหนดขั้นตอน รูปแบบกิจกรรม ที่เคารพและกระตุ้นให้ผู้เข้าประชุมมีส่วนร่วมที่จะนำไปสู่เนื้อหาหรือเป้าหมายที่ต้องการ

1.2.1.8 เตรียมวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่จะประชุม

1.2.1.9 เตรียมการประชุมผล

1.2.2 ขั้นตอนในการ

1.2.2.1 สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมและผู้จัด วิทยากร และผู้ร่วมประชุม ร่วมกันสร้างกติกาในการประชุมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ การประชุม

1.2.2.2 ให้ทุกคนได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการจัดการ ประชุมและที่น่าจะเกิดจากการประชุมครั้งนี้

1.2.2.3 นำเสนอข้อมูลที่สำคัญและเสนอหัวข้อ/ประเด็นย่อย ที่ต้องการให้อภิปราย

1.2.2.4 กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมได้แสดงความคิดเห็นที่ ท้าเถียงและเท่า เทียมด้วยความเคารพในข้อคิดเห็นของคน ผู้นำการประชุมต้องไม่เลือกปฏิบัติต่อ ผู้เข้าร่วมประชุม ไม่ว่าเขาจะมาเองด้วยความสนใจหรือเป็นตัวแทนของกลุ่ม

1.2.2.5 ความเห็นหรือข้อเสนอแนะใดๆ ทั้งของบุคคลหรือของกลุ่ม ต้องได้รับการบันทึกอย่างเปิดเผย เช่น บันทึกลงแผ่นพลิกแล้วปิดไว้ที่ผนังห้องเพื่อให้ ผู้เข้าร่วมประชุมตรวจสอบได้ว่าถูกต้องไม่ปิดเป็นอัน ถ้าจะมีการแก้ไขข้อเสนอแนะหรือ ข้อเสนอใดจะต้องเป็นความเห็นจากกลุ่มผู้เข้าประชุม เพื่อให้มั่นใจว่าข้อสรุปหรือ ข้อเสนอแนะนั้นเป็นเรื่องของผู้เข้าประชุมจริงไม่มีการปิดเป็นไปตามจุดยืนของผู้จัด

1.2.2.6 ประเด็นที่ซับซ้อนหรือต้องการข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ชัดเจน อาจแบ่งกลุ่มย่อย 5-6 คน เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนและผลการประชุมกลุ่มย่อย ต้องนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่ให้ได้มีความเห็นการประชุมร่วมกันทั้งหมด (การแบ่งกลุ่มย่อย อาจแบ่งสมาชิกเป็นคนในกลุ่มเดียวกัน หรือคละกันก็ได้แล้วแต่ประเด็นที่ต้องการ)

1.2.2.7 ผู้นำการประชุมต้องสังเกตและเข้าใจสถานการณ์ และแก้ไข ความอึดอัดความไม่สบายใจ หรือความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในที่ประชุม และพร้อมจะ ยืดหยุ่นหรือเปลี่ยนแปลงกติกาบางอย่าง

1.2.2.8 ผู้นำการประชุมต้องกระตือรือร้น แสดงความจริงใจ และยอมรับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง

1.2.2.9 จัดหมวดหมู่ของข้อคิดเห็น จัดทำเป็นข้อสรุป ข้อเสนอแนะ แล้วให้ผู้เข้าประชุมตรวจสอบจนยอมรับว่าถูกต้อง

1.2.2.10 ข้อสรุปดังกล่าวในข้อใด ควรส่งสำเนาไปให้ทุกคนที่เข้าร่วมการประชุมด้วย

1.2.3 ชั้นการประเมินผล

1.2.3.1 ประเมินผลหลังจากเสร็จสิ้นการประชุม เพื่อดูว่าผู้เข้าประชุมบรรลุผลอะไรบ้าง และพอใจเพียงใด จะตรงกับที่ผู้จัดคาดหวังหรือไม่

1.2.3.2 อาจติดตามประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการประชุมแล้ว 1-2 วัน เพื่อติดตามดูประเด็นอื่นที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการประชุม เพราะหากเกิดความประทับใจในทางไม่ดีขึ้นโดยไม่ได้ติดตามแก้ไขทันที จะกลายเป็นความไม่พอใจในวงกว้างและเป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานได้

1.3 สถานการณ์ที่เหมาะสมกับการใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ

รัฐาภรณ์ แก้วสนิท (2549, หน้า 9) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ที่เหมาะสมกับการใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในกระบวนการทำงาน ดังนี้

1.3.1 ใช้ได้ในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ ตั้งแต่การระบุปัญหาการศึกษาทางเลือก การประเมินทางเลือก และการเลือกทางเลือก

1.3.2 ควรจัดขึ้นก่อนจัดทำประชาพิจารณ์อย่างเป็นทางการ แต่ถ้ามีประเด็นที่ต้องการคำตอบที่ชัดเจนในภายหลัง ก็สามารถจัดประชุมเชิงปฏิบัติการได้ตามที่จำเป็นทุกขั้นตอน

1.3.3 ต้องการผลการประชุมที่ชัดเจน นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติได้จริง ไม่ใช่ให้แสดงความคิดเห็นแล้วผ่านไป

1.3.4 ใช้กับประเด็นหัวข้อที่มีความซับซ้อน

1.3.5 ต้องการทำความเข้าใจกับชุมชน และประชาชนที่สนใจจะมีส่วนร่วม

1.3.6 เมื่อมีประเด็นเฉพาะที่ต้องการพูดคุยแลกเปลี่ยนในรายละเอียด โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับชุมชน

1.4 ข้อดีของการใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการ

สำหรับประโยชน์ของการใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการมีดังนี้ (รัฐาภรณ์ แก้วสนิท, 2549, หน้า 10)

1.4.1 เป็นการเลือกกลุ่มเฉพาะที่เกี่ยวข้องและสนใจได้ดี

- 1.4.2 เป็นการประชุมแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูง มีการปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา และจะมีผลให้ได้รับการยอมรับสูงด้วย
- 1.4.3 การประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นการให้ข้อมูลกับสาธารณะ ได้มากกว่า
- 1.4.4 ทำให้เกิดการสื่อสารสองทาง
- 1.4.5 ทำให้เข้าถึงความคิดของผู้นำ กลุ่มสนใจ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ และนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เชื่อถือได้
- 1.4.6 ข้อสรุปที่ได้ มาจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผ่านการไตร่ตรองและนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติได้
- 1.4.7 ใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- 1.4.8 ใช้ทบทวนแผนหรือการพัฒนาแผน การปฏิบัติงานหรือพัฒนาทางออกซึ่งเป็นทางเลือกเฉพาะปัญหา

สรุปได้ว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการยังมีข้อจำกัดในส่วนของเวลามากและค่าใช้จ่ายสูงผู้ที่ดำเนินการจะต้องมีความสามารถในการควบคุมการดำเนินการ

1.5 ข้อจำกัดของการใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการ

สำหรับข้อจำกัดของการประชุมเชิงปฏิบัติการ กล่าวสรุปไว้ว่า (รัฐภากรณ์ แก้วสนิท, 2549, หน้า 10) 1) การกระจายของข้อมูลอาจไม่ค่อยดี 2) มีตัวแทนกลุ่มอิทธิพลหรือกลุ่มการเมืองเข้าแทรกแซงง่าย 3) ไม่สะดวก จัดเวลาที่เหมาะสมได้ยาก เพราะสมาชิกที่มาร่วมประชุมต้องเสียสละเวลาให้ตรงกันทุกคน 4) ค่าใช้จ่ายสูง 5) ใช้เวลาเตรียมการมาก และ 6) ถ้าผู้เข้าร่วมประชุมมีความหลากหลาย บางคนมีฐานะ ยศ ชั้น ตำแหน่งในสังคม อาจครอบงำทางความคิดของคนกลุ่มอื่นๆ ได้ หากผู้นำประชุมไม่ชำนาญในการนำประชุมข้อมูลอาจเบี่ยงเบนตามผู้นำการประชุม

2. การระดมสมอง

Costin (1996, pp.12-13) กล่าวไว้ว่า การระดมสมอง มาจากคำในภาษาอังกฤษ คือ “Brain Storming” โดยที่คำแรก คือ “Brain” หมายถึง สมอง ส่วนคำหลัง “Storming” หมายถึง พายุที่โหมกระหน่ำ หากจะแปลตรงๆ คงหมายถึง การมุ่งใช้พลังความสามารถทางการคิดของสมองของมวลสมาชิกกลุ่ม เพื่อคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป คนที่ไม่ชอบคิดหรือคนที่ชอบคิดเฉยๆ ไม่ชอบแสดงให้คนอื่นรู้ว่าตนเองคิด อาจไม่เหมาะที่จะร่วมกลุ่มเพื่อระดมสมอง ถือเป็นเทคนิคที่ใช้กับกลุ่ม (Group

Technique) ไม่ใช่ใช้กับคนเพียงคนเดียว ในทางการบริหารมักใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหาทางเลือกในการตัดสินใจและใช้ในการวางแผน Brain Storming เป็นคำที่คนไทยค่อนข้างคุ้นเคยและเป็นที่ยอมรับกันมากในทุกวงการ มีผู้บัญญัติเป็นภาษาไทยไว้ที่พบมากมี 2 คำ คือ การระดมสมอง กับ การระดมความคิด ปัจจุบันพบว่ามีการพยายามใช้คำว่า การระดมความรู้และประสบการณ์ โดยทั่วไปแล้ว การระดมสมอง หมายถึง การแสวงหาความคิดต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้ได้มากที่สุดภายในเวลาที่กำหนด Osborn (อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ สุริยมล, 2552, หน้า 29-30) ได้กำหนดจุดเน้นของการระดมสมองไว้ 4 ประการ ได้แก่

1. เน้นให้มีการแสดงความคิดออกมา (Expressiveness) สมาชิกทุกคนต้องมีเสรีภาพอย่างสมบูรณ์ในการที่จะแสดงความคิดเห็นใดๆ ออกมาจากจิตใจ โดยไม่ต้องคำนึงว่าจะเป็นความคิดที่แปลกประหลาด กว้างขวาง ล้ำสมัย หรือเพ้อฝันเพียงใด
 2. เน้นการไม่ประเมินความคิดในขณะที่กำลังระดมสมอง (Non evaluative) ความคิดที่สมาชิกแสดงออกต้องไม่ประเมินไม่ว่ากรณีใดๆ เพราะถือว่าทุกความคิดมีความสำคัญ ห้ามวิพากษ์วิจารณ์ความคิดผู้อื่น การแสดงความคิดเห็นหักล้างหรือครอบงำผู้อื่นจะทำลายพลังความคิดสร้างสรรค์ของกลุ่ม ซึ่งส่งผลทำให้การระดมสมองครั้งนั้นเปล่าประโยชน์
 3. เน้นปริมาณของความคิด (Quantity) เป้าหมายของการระดมสมองคือต้องการให้ได้ความคิดในปริมาณที่มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ แม้ความคิดที่ไม่มีทางเป็นความจริงก็ตาม เพราะอาจใช้ประโยชน์ได้ในแง่การเสริมแรง หรือการเป็นพื้นฐานให้ความคิดอื่นที่ใหม่และมีคุณค่า ยิ่งมีความคิดใหม่ๆ เกิดขึ้นมากเพียงใดก็ยิ่งมีโอกาสค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่ดี
 4. เน้นการสร้างความคิด (Building) การระดมสมองเกิดขึ้นในกลุ่ม ดังนั้นสมาชิกสามารถสร้างความคิดขึ้นเองโดยเชื่อมโยงความคิดของเพื่อนในกลุ่ม โดยใช้ความคิดของผู้อื่นเป็นฐาน แล้วขยายความเพิ่มเติมเพื่อเป็นความคิดใหม่ของตนเอง
- สำหรับการเตรียมระดมสมอง ก่อนการดำเนินการระดมสมองจะต้องเตรียมการ 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นกำหนดเป้าหมาย ต้องกำหนดให้กระชับ เฉพาะเจาะจงและชัดเจนที่สุดว่าจะระดมสมองเรื่องอะไร เพื่ออะไรและต้องทำให้สมาชิกเข้าใจ และเห็นด้วยกับเป้าหมายนั้น ขั้นกำหนดกลุ่ม จะมีจำนวนเท่าไร ใครบ้าง ใครจะทำหน้าที่เขียนความคิดของสมาชิกและสถานที่ที่จะนำแผ่นการ์ดความคิดไปติดต้องให้มองเห็นได้ชัดเจน

และในบางครั้งผู้นำกลุ่มต้องเด็ดขาด หากมีสมาชิกบางคนเริ่มครอบงำหรือข่มผู้อื่น และขึ้นกำหนดเวลา ต้องแน่ชัดและเหมาะสม จะเริ่มจะต้องยุติเมื่อใด การมีเวลาจำกัด จะสร้างความกดดันให้สมองเร่งทำงานอย่างเต็มที่ สมองซีกขวาจะคิด ส่วนสมองซีกซ้ายจะประเมินความคิดของตนเองว่าเหมาะสมหรือไม่ แล้วรีบแสดงออกมาโดยเร็ว

สรุปได้ว่า การระดมสมองเป็นกระบวนการที่จะนำเอาความคิด ความรู้และ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีอยู่ในตัวของแต่ละคนออกมาแบ่งปันกันภายในกลุ่ม เป็นการแสวงหาความคิดต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้ได้มากที่สุดภายในเวลาที่กำหนด เพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือข้อตกลงร่วมกันในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยอาศัยเครื่องมือต่างๆ มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ เทคนิคการระดมสมอง และ วิธีดำเนินการตามขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้นเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนา

บริบทของหมู่บ้านเวินพระบาท

1. ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน เวินพระบาท

หมู่บ้านเวินพระบาทได้ก่อตั้งขึ้นในประมาณ 160 ปี ที่ผ่านมาโดย นางสีดา และนายไล ได้แต่งงานที่บ้านหอมและได้ย้ายมาอาศัยที่หมู่บ้านเวินพระบาท โดยอาศัยการสำรวจพื้นที่ก่อนที่จะย้ายมาอยู่เป็นครอบครัวแรกในหมู่บ้านจากนั้นมีเพื่อนบ้านมาอาศัยอยู่ด้วยเป็นครอบครัวที่ 2 ซึ่งย้ายถิ่นฐานมาจากประเทศลาวและมีประชากรเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึง ณ ปัจจุบันคำว่า เวินพระบาทมาจากเวิน คือ การไหลเวียนของกระแส น้ำ บริเวณหมู่บ้านที่ไหลเป็นน้ำวน และไหลย้อนกลับเสมอจึงตั้งชื่อว่า เวิน ส่วนคำว่า พระบาท คือ เมื่อสมัยก่อนพระพุทธเจ้าเสด็จผ่านมาถึง บริเวณบ้านเวินพระบาทได้พบเห็นฝูงปลา และมีปลาตัวหนึ่งที่มีบริวารปลามากมายได้หยุดและชมจากนั้นปลาตัวนั้นเห็นรัศมีของพระพุทธเจ้าไว้บูชาและปลาตัวนั้นคือ พญานาค ชื่อว่ามัจฉานาคมารวมกับ “เวิน” จึงใช้เรียกเป็นชื่อหมู่บ้านเวินพระบาท พระพุทธบาทไว้บูชาประทับไว้ที่โขดหินกลางแม่น้ำโขงพระยานาคมีความเลื่อมใสพระพุทธเจ้ามากจึงเกิดรอยพระพุทธเจ้าเกิดขึ้น

2. ข้อมูลที่ตั้ง และการคมนาคม

หมู่บ้านเวินพระบาทตั้งอยู่ห่างจากอำเภอท่าอุเทน 16 กิโลเมตร อยู่ห่างจากอำเภอเมือง 10 กิโลเมตร การคมนาคมระหว่างหมู่บ้านและตำบลมีความสะดวก เส้นทาง

ในการเดินทางใช้เส้นทาง ท่าอุเทน-นครพนม สภาพถนนเข้าหมู่บ้านเป็นถนนลาดยางและถนนคอนกรีต สามารถสัญจรได้ตลอดปี

ทิศเหนือ	ติดกับบ้านยางนกเหาะ หมู่ที่ 2
ทิศใต้	ติดกับบ้านห้อม อำเภอเมือง โดยมีลำห้วยเป็นเขตแบ่ง
ทิศตะวันออก	ติดกับแม่น้ำโขง
ทิศตะวันตก	ติดกับบ้านนาโสก

3. ลักษณะภูมิประเทศ

บ้านเวินพระบาท มีพื้นที่ทั้งสิ้น 1,552 ไร่ ใช้ทำการเกษตร 1,120 ไร่ ลักษณะดินเป็นดินร่วนปนทราย มีแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรที่สำคัญคือ แม่น้ำโขง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ ทำนา อาชีพรองคือ รับจ้างทั่วไป ประมงน้ำจืด การทำสวนยางพารา ปลูกพืชไร่ เลี้ยงโค-กระบือ ไก่ และเลี้ยงปลาในกระชัง เป็นต้น

4. สภาพทางสังคม

การอยู่ร่วมกันในสังคม มีการตั้งบ้านเรือนตั้งอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม มีที่ดินทำกินแยกออกจากส่วนของหมู่บ้าน ซึ่งไม่ไกลจากหมู่บ้านนัก ประชากรส่วนใหญ่มีจิตใจเอื้ออารี ถ้อยทีถ้อยอาศัย พึ่งพาช่วยเหลือกันสูง แบ่งปันกันในลักษณะ “พริกบ้านเหนือเกลือบ้านใต้” ปรึกษาหารือกัน มีความเคารพเชื่อฟังผู้ใหญ่และผู้สูงอายุอยู่รวมกันในครัวเรือน ส่วนประชากรวัยแรงงานจะออกไปทำงานหากินในต่างถิ่น

5. การศึกษา

มีโรงเรียนประจำหมู่บ้าน 1 แห่ง คือโรงเรียนบ้านเวินพระบาท มีครูจำนวน 11 คน นักเรียน จำนวน 212 คน ในส่วนระดับการศึกษาของประชาชน จบระดับประถมศึกษา จำนวน 233 คน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 91 คน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 58 คน ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 16 คน ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง จำนวน 16 คน ระดับปริญญาตรี จำนวน 24 คน และกำลังศึกษา จำนวน 191 คน

6. ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

มีวัด 1 แห่ง คือวัดพระบาทเวินปลา พระสงฆ์ จำนวน 4 รูปประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธภาษาที่ใช้ คือ ภาษากะเลิง การจัดงานบุญประเพณี จัดตามความเชื่อที่ยึดถือปฏิบัติกันมา งานบุญประเพณีที่สำคัญ จัดทำบุญตาม ฮีต 12 ครอง 14 หรือตามจารีตประเพณี สิบสองเดือน เช่น ประเพณีบุญคุณลาน บุญเบิกบ้าน บุญมหาชาติ

บุญสงกรานต์ บุญเข้าพรรษา บุญข้างประดักดิน บุญข้าวสาก บุญกฐิน งานลอยกระทง และงานนมัสการรอยพระพุทธรบาท

7. ประชากร

จำนวนครัวเรือน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 120 หลังคาเรือน ประชากร จำนวน 599 คน จำแนกเป็น ชาย จำนวน 302 คน และหญิง จำนวน 297 คน รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ ปี 2556 (สำนักงานพัฒนาชุมชน อำเภอกำแพงแสน, 2556, หน้า 2-10)

ช่วงอายุประชากร (ปี)	จำนวนประชากร (คน)		
	ชาย	หญิง	รวม
น้อยกว่า 1 ปี	3	5	8
1-5 ปี	17	20	37
6-11 ปี	21	32	53
12-14 ปี	17	18	35
15-17 ปี	17	14	31
18-25 ปี	40	42	82
26-49 ปี	121	107	228
50-60 ปี	35	31	66
มากกว่า 60 ปี	31	28	59
รวมทั้งหมด	302	297	599

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

สุนณา สัมฤทธิ์วีรฉมาสัย (2548, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าข้าม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่า แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือการใช้ยุทธศาสตร์การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้วิธีการหลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ประกอบด้วย การจัดอบรมให้ความรู้ การให้คำปรึกษารายกลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน ผลการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง มีความรู้และความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรม จนสามารถพัฒนาพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีความสุข มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

นิรันดร เทียนรังษี (2548, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการวิจัยพัฒนารูปแบบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพสูง ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีอัตราความก้าวหน้าของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยหลังให้ความรู้ร้อยละ 95.9 และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังให้ความรู้ร้อยละ 97.9

เมตตา ธีระนิตี (2549, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองกร่าง ตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสายบุรี จังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า ผลการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือสามารถจัดกิจกรรมการพัฒนาได้ครบทุกกิจกรรม โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาจนเกิดความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการออกกำลังกาย

อภิชาติ โพธิ์หอมศิริ (2549, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาบริการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ 6 ตำบลดีลัง อำเภอนิคมพัฒนา

จังหวัดลพบุรี โดยใช้หลักบริการเยี่ยมบ้าน 4 คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน การให้ความรู้และคำแนะนำ การติดตามให้กำลังใจและการกระตุ้นให้รู้จักใช้บริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผลการพัฒนาบริการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นผลให้ทีมสุขภาพได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาให้มีความรู้ ร้อยละ 93.33 และมีความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งมีทักษะและทัศนคติต่อการให้บริการเยี่ยมบ้านในระดับมาก ทีมสุขภาพ ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและติดตามประเมินผลการทำงานของบริการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจการให้บริการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก

ศศิธร อุตตะมะ (2549, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพเพื่อประกอบการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

เจษฎา สุรารรรณ์ (2550, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตำบลโนนสัง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ก่อนและหลังมีการพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$ ที่ช่วงเชื่อมั่น 95%) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าก่อนมีการพัฒนาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ด้านจิตใจมากที่สุด ร้อยละ 100 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด

ไม่ทราบสาเหตุ โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาพปัญหาการเจ็บป่วย พร้อมทั้งให้ความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ปราณี ลอยหา (2550, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยกิจกรรม การประชุมกลุ่ม ให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ นำเสนอแบบหมอลำพื้นบ้านและวีดิทัศน์ แจกคู่มือการเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนให้การศึกษา ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามรูปแบบปกติของศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการสนับสนุนการออกกำลังกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนา เรือนอินทร์ (2550, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมโรคอยู่ในระดับสูงในด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการตรวจตามนัด ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.362, p<.05$)

จันทน์ เปี่ยมนุ่ม (2551, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อำเภอศิขณภูมิ จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัย

ทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อุไรลักษณ์ เจนสุทธิเวชกุล (2551, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และการได้รับข่าวสาร

ปัญญา จิตต์พุลกุล (2551, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการควบคุมแรงดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านความรู้ระยะเวลาที่เป็นโรคและ ภาวะมีโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมแรงดันเลือด

วรัญญา แผลงดี (2551, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบการดูแล ตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่ม ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้มีพฤติกรรมการดูแล ตนเองโดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ด้านการจัดการบรรเทาความเครียดและ เอาชนะผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย ด้านการรับรู้สนใจดูแลผลของพยาธิสภาพ และการรักษารวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการและด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา วิจัยส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกายอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มที่ควบคุมโลหิตไม่ได้ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ศุภรัชต์ ผาธรรม (2551, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดการเพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ มีความมุ่งหมายเพื่อผลการจัดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$) ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$) โปรแกรมการเรียนรู้โดยการจัดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

อภิชาติ เจริญยุทธ (2552, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองพะลาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและหญิงที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองพะลาน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกัญญา คุณขุนทด (2552, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมทางสุขภาพ ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนาวรัตน์ จันทานนท์ (2554, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่มีเพศและญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กรกมล เรืองวุฒิ (2554, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการคลินิกชุมชน เทศบาลเมืองแก่งพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ โดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) และแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองและการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีประสิทธิผลทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพคงอยู่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้และยังปฏิบัติได้ในระยะเวลาที่มากขึ้นด้วย

ปฐญาภรณ์ ลาลูน (2554, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้ารับบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการศึกษาเพื่อหาวิธีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่จะช่วยในการควบคุมและมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยทุกขั้นตอนเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ก็จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ จึงเน้นการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยากและต้องใช้เวลาานาน ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดประโยชน์ที่สุด จึงได้ร่วมกันสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อร่วมกันระบุปัญหา แก้ไขปัญหา หาความต้องการ และแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมสำหรับการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเกิดความยั่งยืนอันจะทำให้ลดอัตราการป่วย อัตราตายด้วยโรคแทรกซ้อน ลดภาระของครอบครัวและสังคมได้

2. งานวิจัยต่างประเทศ

Caldwell (1970, pp.579-592) ได้ศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดการรักษาก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่หยุดการรักษาและกลุ่มตัวอย่างที่ยังรักษาต่อ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ยังรักษาอยู่อย่างสม่ำเสมอมีระยะเวลาการเป็นโรคนานกว่าและฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มที่หยุดการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคนานมีความรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งประสิทธิภาพของการรักษา จากการมีประสบการณ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมาก่อนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยกว่า

Becker & Maiman (1975, pp.10-12) ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามตัวตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยคือ ร้อยละ 50 ที่ได้รับการรักษาแล้วไม่ได้ผลเต็มที่เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

JanZ Becker (1984, p.8) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 132 คน ที่มีประวัติการป่วยมากกว่า 5 ปี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตามมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Hershey (1980, pp.1081-1089) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาความดันโลหิต ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้อุปสรรคต่างๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความร่วมมือในการรับประทายามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่างๆ ระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

Sharkness & Snow (1992, pp.141-145) ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 179 ราย ที่มารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74 อายุเฉลี่ย 59 ปี การศึกษาต่ำกว่าอาชีวะทำงานไม่ใช้ฝีมือ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รับประทายมานาน และปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ปัจจัย คือ ไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติด แบบแผนการใช้ยา และการรับรู้สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อย ทำให้การควบคุมความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้ และการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและรูปแบบการใช้ยาของผู้ป่วยสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพบุคคลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองได้รับการตอบสนอง ดังนั้นในการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษา ยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวินพระบาท อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งแบ่งระยะการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การสร้างยุทธศาสตร์ ระยะที่ 3 การทดลองใช้ยุทธศาสตร์ และระยะที่ 4 การปรับปรุงและเผยแพร่ยุทธศาสตร์