

การพัฒนาโปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่

ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี

Program Development of the screening and follow-up for cardiovascular disease (CVD) risk group to protect acute coronary syndrome (ACS) by the participation of village Health Volunteer in the area. Paku Subdistrict, Thung Yang Daeng District, Pattani Province

(Received: September 25,2020 ; Accepted: November 12,2020)

นิมรอน ดอเลาะ

Nimron Doloh

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากู อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี
Paku Health District Hospital Thung Yang Daeng District, Pattani Province

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่ ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ในการส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การพัฒนาโปรแกรมมี 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเป็นไปได้และทดลองใช้โปรแกรมโดยพยาบาล 3 ท่าน นำไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ใน 4 ขั้นตอน ร่วมคิด/ตัดสินใจ/วางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล) และ 3) คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยประยุกต์ใช้ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า โปรแกรมมีเนื้อหาถูกต้องเหมาะสม ลำดับขั้นตอนต่อเนื่องเข้าใจง่าย เมื่อทดลองใช้โปรแกรมพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง เนื้อหาสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) มีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ และคะแนนระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หลังจากทดลองใช้โปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้โปรแกรมนี้อย่างยิ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสร้างศักยภาพและสนับสนุนให้อสม.เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนอีกด้วย

คำสำคัญ: ตรวจคัดกรอง, การมีส่วนร่วม, โรคหัวใจและหลอดเลือด, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This research aims to describe the Program Development of the screening and follow-up for cardiovascular disease (CVD) risk group to protect acute coronary syndrome (ACS) by the participation of village Health Volunteer in the area. Paku Subdistrict, Thung Yang Daeng District, Pattani Province. applying the concept of participation of Cohen and Uphoff in promoting the role of village health volunteers. The program held two phases: the development of program components and the testing of program qualification usage. Content validity was verified by three experts, while the program application was tested by three nurses Apply to village health volunteers and patients at risk of cardiovascular disease.

Results showed that the program consisted of three main components: 1) Guidelines for using the program 2) village Health Volunteer Participation Promotion Plan. 3) Handbook for assessing the risk of cardiovascular disease for village health

volunteers By applying of the Office of NCDs, Department of Disease Control. The results of the content validity check showed that the program was properly content. The sequence of steps is easy to understand. When testing the program, it was found that the elements of the program are practical. Content corresponds to the area context. And patients at risk of developing cardiovascular disease (diabetes and hypertension) Have blood sugar levels and blood pressure levels are close to normal and the level of participation of volunteers after the trial of the program is higher than before joining the program.

In addition, this program also helps to increase efficiency in building capacity. and encourage volunteers to be part of the health team and take part in solving health problems in the community.

Keywords: screening, participation, cardiovascular disease, public health volunteer

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทยโดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 26.9 ต่อ 100,000 ประชากร(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ,2561)นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมือง มีการใช้เครื่องฟันทันแรงมาก ประชาชนออกกำลังกายลดลง รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูงและมีกานน้อยทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตและสภาพสังคมเศรษฐกิจ จากเดิมเคยเสียชีวิตด้วยภาวะโภชนาการและการติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ กลับเปลี่ยนเป็นเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด² ดังนั้นในแผนกลยุทธ์ หรือแผนพัฒนาสุขภาพโรคหัวใจและหลอดเลือดจะถูกจัดเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนา และเป็นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ปี 2561-2564 จัดอยู่ในหมวดยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และโครงการที่ 9 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

ในปัจจุบัน การดำเนินกิจกรรมของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข) มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ คลินิกให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา และมีระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง(เขตบริการสุขภาพที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข,2561 ;กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ,2558)ทั้งนี้ข้อมูลสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ต่อแสนประชากรในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี สาเหตุหลักเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีตาม

เป้าหมายได้ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องเนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

ประชากรในตำบลปากู อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานีร้อยละ 99.99 นับถือศาสนาอิสลาม(Health Data Center ,2561) คติมุสลิมในพื้นที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นบททดสอบจากองค์อัลเลาะห์ ที่ทดสอบชีวิตให้พบกับความเจ็บป่วย (อิสมาอีลลุดดี จะปะเกีย ,2556)กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงควรรู้สาเหตุ วิธีป้องกันและควบคุมโรค และสามารถเผชิญโรคด้วยการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม บนพื้นฐานการปฏิบัติตามวิถีอิสลาม ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสมตามแผนการดูแลรักษา เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงซึ่งเป็นการแสดงความจงรักภักดีต่อองค์อัลเลาะห์

อย่างไรก็ตาม จากการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากู พบว่า ในแต่ละปีพบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลทุ่งยางแดง (โรงพยาบาลแม่ข่าย) เพิ่มขึ้นจาก 2 ราย ในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 5 ราย ในปี 2560 ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อดังกล่าวนั้น ในทะเบียนโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากู ไม่พบข้อมูลความครอบคลุมในการลงทะเบียนตรวจคัดกรอง และการติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ถูกต้องตามมาตรฐานแล้ว ก็จะไม่รู้วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้เกิดอาการต้องไปรับการรักษาแบบเร่งด่วน รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผ่านการคัดกรองแล้ว ก็ยังไม่รู้จักอาการของโรคเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ว่าคืออะไร และต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

ผู้ให้บริการ (บุคลากรทางสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพ) ประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปากู ตระหนักว่าปัญหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือด เป็นปัญหาหนึ่งที่ทาง รพ.สต. ต้องการปรับปรุงแก้ไข และได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ในขณะนี้แม้ทางเจ้าหน้าที่จะจัดกิจกรรม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ตามนโยบายของกระทรวงฯ) แต่ก็ยังเป็นไปอย่างสั้นๆ ยังไม่มีรายละเอียดมากนัก ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การดูแลรักษาที่ตัวผู้ป่วย แต่ยังไม่ได้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเท่าที่ควร เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพแก่อสม.อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอสม.มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) ต้องทำงานด้านการสื่อสาร สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ⁷ ดังนั้นผู้วิจัย จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำเอาแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ในการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่ ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยหญิงอายุ 55 ปีขึ้นไปได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 2. เต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีอายุการทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านหนังสือติดต่อสื่อสารได้
3. เต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม และไม่มีปัญหาทางการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Color Chart) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 12 ข้อ ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ มีทั้งหมด 7 ข้อ โดยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทั้งหมด 10 ข้อ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ หน้าที่รับผิดชอบอื่น การพักอาศัย ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Color Chart)
4. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในข้อนั้นเป็นประจำ

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในข้อนั้นบ่อยครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในข้อนั้นเป็นบางครั้ง

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในข้อนั้นน้อยมากหรือแทบไม่มี

การแปลผลคะแนนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมใช้หลักจัดอันดับแบบอิงเกณฑ์ คำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง (สุวิมล, 2546) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ และแปลผล ดังนี้

คะแนน 15.00-30.00 หมายถึง อสม.มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลคัดกรองในระดับต่ำ

คะแนน 30.01-45.00 หมายถึง อสม.มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลคัดกรองในระดับปานกลาง

คะแนน 45.01-60.00 หมายถึง อสม.มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลคัดกรองในระดับดีมาก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้วิธีการวิจัย และพัฒนา มีระยะดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาโปรแกรม วิเคราะห์ความไม่ครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลปาก คือ ในแต่ละปีพบผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งในทะเบียนโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปาก ไม่พบข้อมูลความครอบคลุมในการลงทะเบียนตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

1. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุข โปรแกรม คัดกรอง

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษารังนี้จากงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ก่อนปี พ.ศ.2561 ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี จากกระบวนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล Thailis, Google Scholar, Medline และการสืบค้นด้วยมือจากห้องสมุด

3. กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นโดยใช้กรอบแนวคิดพิโค (PICO Framework) ดังนี้ 1) กลุ่มเป้าหมาย (Population) คือ ผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) วิธีจัดการปัญหา (Intervention) คือ รูปแบบหรือกิจกรรม ที่มีส่วนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข 3) การเปรียบเทียบผล (Comparison) คือ เปรียบเทียบว่า รูปแบบหรือวิธีการ กระบวนการกิจกรรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ใดที่ให้ผลดี มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับการนำไปปรับใช้ 4) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการกำหนดเกณฑ์การประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันจอห์นนาบริกซ์ ซึ่งจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบจำนวน 22 เรื่อง พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 ประกอบด้วย Randomized Controlled Trial (RCT) จำนวน 4 เรื่อง หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 ประกอบด้วย งานวิจัยทดลองและกึ่งทดลอง 6 เรื่อง หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3a ประกอบด้วย การศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตามไปข้างหน้าจำนวน 3 เรื่อง และหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3b ประกอบด้วย การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจำนวน 6 เรื่อง

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัวชุมชน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาเวชปฏิบัติครอบครัวและ

ชุมชน จำนวน 1 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยหรือไม่ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยการสร้างแบบให้ข้อคิดเห็น และวิเคราะห์เกี่ยวกับเนื้อหา รูปแบบการใช้ภาษา การจัดชุดกิจกรรม และอื่น ๆ ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปาก จำนวน 3 ท่าน โดยผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้งานขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปาก ประเมินความยากง่ายของการปฏิบัติตามโปรแกรม และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 นำโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7 ท่าน พร้อมกับผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในละแวกพื้นที่รับผิดชอบ 7 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิรวบรวมข้อเสนอแนะที่ได้รับ และผลที่ได้จากการทดลองใช้โปรแกรม ทำการวิเคราะห์โดยใช้แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้งาน รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ การวัดระดับความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ผ่านการประเมินคุณภาพและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วเข้าสู่การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ผลการวิจัย

โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่ ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี พัฒนาขึ้นจากการ

ประยุกต์แนวความคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีองค์ประกอบ ดังนี้

1) แนวทางการใช้โปรแกรม กิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ที่หน่วยบริการ คลินิกโรคเรื้อรังประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอน และ/ หรือแนวทางการใช้โปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินสภาพ ชักประวัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนำร่อง ให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกันค้นหาสาเหตุ

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ติดตามทางโทรศัพท์ ชักถามประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลงบันทึกในคู่มือ สอบถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และกล่าวชมเชยสิ่งที่ผู้รับบริการทำได้ดี

สัปดาห์ที่ 4 ลงเยี่ยมบ้าน พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามชักประวัติ สอบถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ (ถ้ามี) ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กล่าวชมเชยให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนพันธะสัญญา

สัปดาห์ที่ 5 ติดตามทางโทรศัพท์ นัดหมายการพบแพทย์ การมารับบริการ และประเมินผลโครงการ

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประเมินผล (การวัดระดับความดันโลหิต วัดระดับน้ำตาลในเลือด และประเมินระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. แผนส่งเสริมการตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม. โดยแบ่งตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมของแต่ละคน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นตอนที่ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ กิจกรรม ขั้นตอนที่ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประยุกต์ใช้ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน คลอเลสเทอรอลในเลือด การวัดความดันโลหิต และการแปลผลที่ถูกต้อง การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี่ รวมถึงคำแนะนำหลังการประเมิน

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อ

คำถามและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81 และพบว่าโปรแกรมมีเนื้อหาที่ถูกต้องเหมาะสม มีลำดับขั้นตอนที่ต่อเนื่องเข้าใจได้ง่าย

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรังประจำรพ.สต. จำนวน 3 ท่าน ได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้กับกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้ผลดี เนื่องจากมีองค์ประกอบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากผลการนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา 3 ท่าน มีความคิดเห็นว่า ดังคำพูด

“ผอ.ค่ะ หนูคิดว่าโปรแกรมที่ผอ.พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้ กิจกรรมแต่ละกิจกรรมมันมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในชุมชนเราเป็นอย่างมากนะคะ แต่ถ้าผอ.วางระบบและดำเนินอย่างต่อเนื่องจะเป็นการดีสำหรับพยาบาลอย่างเรานะค่ะ”

“แบงๆ (แทนสรพรนามพี่ชาย) เดอะ (แทนสรพรนามน้องสาว) ว่าโปรแกรมนี้อาจทำให้ผู้ป่วยที่หลุดจากการคัดกรอง อาจจะทำให้เข้าระบบการคัดกรองได้ดีขึ้นนะคะ เพราะที่ผ่านมาพวกเราปล่อยให้หอสม.คัดกรองเอง เราก็ไม่มีเวลาติดตามคัดกรองร่วมกับหอสม. สุดท้ายในชุมชนเราก็พบผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น”

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้เข้าร่วมทดลองใช้โปรแกรม นำโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลของการทดลองใช้โปรแกรมเป็นดังนี้

5.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับรู้สภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว ในขณะที่เป็นโรค จึงทำให้รู้สึกว่าการดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนนั้นต้องให้การดูแลอย่างทั่วถึง และต้องทำให้เต็มที่ ดังคำพูด

“บางครั้งก็รู้สึกเหนื่อยในการทำงานอสม. เพราะเดี๋ยวนี้หอสม.มีการะงานเยอะ ไม่เหมือนแต่ก่อน แต่พอเราลงคัดกรองจริงๆกับพยาบาลถึงรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนนั้นมีความสำคัญมาก แต่ถ้าหากเราคัดกรองไม่หมด ก็จะมีผลกระทบกับคนไข้จริงๆ”

“ส่วนการทำงานของพวกเราที่ผ่านมา เราทำแบบผ่านๆให้เสร็จๆเพราะกลัวพยาบาลบ่นว่าทำไมไม่เสร็จ แต่พอลงคัดกรองและให้ความรู้กับพยาบาลด้วยกัน รู้สึกว่ามีความรู้ในการคัดกรองมากขึ้น”

5.2 ผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้รับความรู้จากคู่มือเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน คลอเลสเทอรอลในเลือด การวัดความดันโลหิต และการแปลผลที่ถูกต้อง การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี รวมถึงคำแนะนำหลังการประเมิน เนื่องจากคู่มือมีการอธิบายวิธีปฏิบัติตัวอย่างสั้นๆ เข้าใจง่าย แต่ถ้าคู่มือแปลเป็น 2 ภาษาจะเป็นการดี เนื่องจากบริบทพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นบริบทการใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ดังคำพูด

“บอมอ (คุณหมอ) เมาะ (ยาย) อ่านภาษาไทยไม่ได้ช่วยแปลให้เมาะหน่อย”

“บอมอ (คุณหมอ) ต้องทำคู่มือเป็นภาษามลายูด้วย เมาะ (ยาย) จะได้อ่านได้ นี่ต้องพึ่งหอสม.หรือลูกหลานในการอ่านให้ตลอด บางทีก็เกรงใจเขา”

5.3 ผลลัพธ์ของการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ พบว่าความคิดเห็นของพยาบาล 3 ท่าน สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้เหมาะสม และง่ายต่อการปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 100 และหลังจากทดลองใช้โปรแกรมพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 7 หมู่บ้าน มีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้น และจากการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการพัฒนาโปรแกรม พบว่า เนื้อหาโปรแกรมมีความครอบคลุม เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการและรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมโดยดัดแปลงจากรูปแบบการใช้ผลงานจากงานวิจัยของไอโอวาโดยทิตเลอร์และคณะ (Tittler et al., 2001) และกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม ของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ทำให้องค์ประกอบของโปรแกรมมีกระบวนการสร้างอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งองค์ประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนส่งเสริมการตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.และ 3) คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประยุกต์ใช้ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และเนื้อหาโปรแกรมมีความครอบคลุม สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมตามบริบทในการทำงานในพื้นที่ และได้นำหลักการออกแบบตามทฤษฎีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ที่ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของประเสริฐ มงคลศิริ และคณะ¹⁰ ที่ได้ใช้รูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ยิ่งไปกว่านั้นการจัดรูปแบบ และวิธีการในการจัดกิจกรรมได้นำมาประยุกต์ใช้เข้าด้วยกันตามลักษณะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ชัดเจนกับบริบทการทำงาน ไม่เพิ่มภาระงานประจำให้กับผู้ร่วมงานในขณะเป็นผู้จัดกิจกรรม แต่มีรูปแบบใหม่ที่น่าสนใจ นอกจากนี้ระหว่างที่มีการคัดกรองโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) นั้นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ได้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะการคัดกรองจากพยาบาลหลายครั้งจนเกิดความมั่นใจมากขึ้น อย่างไรก็ตามในแง่ของการนำสื่อไปใช้ประกอบของแต่ละกิจกรรมมีความชัดเจน นำไปใช้ได้ง่าย มีความสะดวก เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบท และสามารถที่จะพบเห็นได้จากวิถีชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลวิชาชีพโดยจัดกิจกรรมอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาด้านการคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) และควรมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมได้ดีมากขึ้น

2. ภายหลังการนำโปรแกรมไปใช้ควรมีการประเมินผลการใช้โปรแกรมร่วมกับทีมงานอย่างสม่ำเสมอ เช่นทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อนำผลการปฏิบัติงานมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมนี้ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นทุก 3-5 ปี ควบคู่กับการพัฒนาเครื่องมือต่างๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมในการนำไปใช้จริง เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรม และควรมีการศึกษาดูตามผลระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามพัฒนาศกยภาพอสม.อย่างต่อเนื่อง โดยติดตามและนิเทศเป็นระยะเพื่อให้ อสม.สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมั่นใจ และควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถเป็นผู้สอน และติดตามนิเทศอสม.โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และส่งเสริมอสม.เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดปี 2550- 2558 [อินเทอร์เน็ต](ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 7 มี.ค.2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/information -statistic/non-communicable-disease-data.php> กัมปนาท วีรกุล, จิตติ โฆษิตไชยวัฒน์. 7R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดอุดตัน ศรีนครดีไซด์ พรินติ้ง; 2557
- เขตบริการสุขภาพที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข.รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญ กลุ่ม วัยผู้สูงอายุ.2557. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค.2561]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.229.33/archives/ Files/Plan57/plan_25.pdf
- กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ. คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2558.
- เขตสุขภาพที่ 12, สำนักงาน. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center.2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 เม.ย.2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdservice.moph.go.th/hdc/admin/> พิพิฑาพละพะไย
- อิสมาอีลลุตฟี จะปะกียา. คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม (พิมพ์ครั้งที่ 2).ปัตตานี: สำนักเลขานุการ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา; 2556.

มินตรา สารระรักษ์. การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. วารสารวิชาการ. 2553; 12(2) (พ.ค.-ส.ค.): 39-47

Cohen JM., Uphoff NT. Participation plan in rural development: Seeking clarity through Specificity. Word Development 1980; 8(3):213-235.

มาหามะ เมาะมูลา, ยูซูฟ นิมาะ. การบูรณาการองค์ความรู้กับปัญญาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพโรค เรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.

ประเสริฐ มงคลศิริ. อัจฉราพรรณ ค้ายาดี ธิติรัตน์ ขาญตะบะ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2557; 31(3), 205-19.