



วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย

Journal of Health Innovation and Safety (JHIS)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568



สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
เลขที่ 77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000



โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 4301



e-mail : Jhis@phcsuphan.ac.th

ISSN 3057-1111 (Online)



วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
Journal of Health Innovation and Safety (JHIS)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ทางวิชาการในส่วนภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 1103 โทรสาร 035-454050
E-mail : Jhis@phcsuphan.ac.th
Website: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JHIS>

วารสารนี้เป็นวารสารที่เผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

ISSN 3057-1111 (Online)

วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย : Journal of Health Innovation and Safety (JHIS)



วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
Journal of Health Innovation and Safety (JHIS)
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

ที่ปรึกษา

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ทันตแพทยศาสตร์ ศรีไทย

บรรณาธิการ

ดร.นพดล ทองอร่าม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กองจัดการ

ดร. กนกพร สมพร
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
นางบุษรา โพธิ์เที่ยง
สภาการสาธารณสุขชุมชน

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา
รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง
รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรณพ สนธิไชย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรกมล บุญโยธิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ สีดาเกษ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิทยา ศรีเมือง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คมสัน ธงชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิวรรณ ทศนเี่ยม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช
อาจารย์ ดร. จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร. สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร. จามรี สอนบุตร
อาจารย์ ดร. กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์
อาจารย์ ดร. สิทธิชัย สิงห์สุ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

ชมรมบัณฑิตศึกษาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นักวิชาการอิสระ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
มหาวิทยาลัยนครพนม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยปทุมธานี

วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัยเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความ
เพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏ
ในวารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัยที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ
ชมรมบัณฑิตศึกษาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย



วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที 2 ฉบับที่ 2 ปีพุทธศักราช 2568 เล่มนี้เป็นเล่มที่ 2 ของปีมะเส็ง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ คำนึงถึงประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมตลอดจนเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ และตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ทางวิชาการในส่วนภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ วารสารฯ หวังจะพัฒนาเข้าสู่การประเมินคุณภาพมาตรฐานของวารสาร การเริ่มต้นมีแต่สิ่งดีงาม และหวังว่าบทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์ของวารสารภายใต้การดูแลของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย 5 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการ เขียนบทความ ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

นพดล ทองอร่าม
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บรรณาธิการ	ก
กองบรรณาธิการ	ข
บทบรรณาธิการ	
บทความวิจัย (Original Article):	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม อังคณา แก้วมณี	E-2904
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ นครพนม กาญจนา ศรีวิรัตน์	E-2928
ผลของโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) ต่อการจัดการสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสีเหลืองและสีแดง อนงค์ ยอดยิ่ง	E-2716
การพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดย ประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ชฎารัตน์ เหลืองอร่าม	E-3343
ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงหนคร จรีรัตน์ ทรงเดชะ	E-2229



คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย (Journal of Health Innovation and Safety: JHIS) ขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. ผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ วารสารเก็บค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์ จำนวน 1,000 บาทต่อบทความ

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย ได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสารดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 18
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 อยู่ใต้ชื่อเรื่องจัดกึ่งกลาง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 350 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 ตัวหนา
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขนารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results

- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition

Copyright Notice

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารนวัตกรรมการสุขภาพและความปลอดภัย ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารนวัตกรรมการสุขภาพและความปลอดภัย

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารนวัตกรรมการสุขภาพและความปลอดภัย” โดยส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ไปที่ e-mail address: Jhis@phcsuphan.ac.th โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมการสุขภาพและความปลอดภัย
 77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
 โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 1103 โทรสาร 035-454050
 E-mail address: Jhis@phcsuphan.ac.th

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน

Effect of the Health Belief Promotion Program on Stroke Prevention Behaviors
of At-Risk Persons in Community in Chaokunpaiboon Phanomthuan Hospital

กาญจนา ศรีวลีรัตน์

Kanchana Srivaleerat

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน

Chaokunpaiboon Phanomthuan Hospital

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Kanchana Srivaleerat, E-mail Kanchanaka.research@gmail.com)

(Received: February 28, 2025; Revised: May 1, 2025; Accepted: May 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ที่มารับบริการและอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการระหว่างวันที่ 20 ธันวาคม – 28 ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ และไมแมน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Sample T-test ผลการวิจัยพบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ($M = 3.21$, $SD = 0.96$) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ($M = 2.88$, $SD = 0.79$) ($p\text{-value} < 0.001$) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกิดทักษะและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเบื้องต้นและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the mean scores of stroke prevention behaviors among at-risk individuals before and after participation in a health belief promotion program. The study sample comprised 30 individuals aged 35–59 years who were identified as being at risk for stroke through screening. These participants resided in the catchment area of Chaokhunphaiboon Phanomthuan Hospital, Kanchanaburi Province, and were selected using purposive sampling. Conducted between December 20 and 28, 2024. The research instrument included a health belief promotion program developed based on the Health Belief Model (HBM) proposed by Becker and Maiman (1975). Data were collected using a stroke prevention behavior questionnaire, which demonstrated good reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Data analysis was performed using descriptive statistics and the Paired Sample T-test. The study findings revealed that after participating in the health belief promotion program, the mean score of stroke prevention behaviors among the participants ($M = 3.21$, $SD = 0.96$) was significantly higher than before the intervention ($M = 2.88$, $SD = 0.79$) ($p\text{-value} < 0.001$). These results suggest that the health belief promotion program effectively enhanced the participants' skills and facilitated behavioral modifications to reduce stroke risk. This research highlights the potential for health promotion strategies to foster appropriate preventive behaviors before the onset of stroke, ultimately contributing to improved overall health outcomes.

Keywords: Stroke risk group, Health belief promotion program, Stroke prevention behaviors

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน และเป็นปัญหาสำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก รายงานจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก ในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 13.70 ล้านคน (World Stroke Organization, 2021) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุแรกที่ทำให้พิการและเป็นสาเหตุรองที่ทำให้เสียชีวิตทั่วโลก (WHO, 2022) สำหรับประเทศไทย ในปี 2566 มีผู้ป่วย Stroke จำนวน 349,126 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 36,214 รายและพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย(กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) กรมควบคุมโรคได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน (กรมควบคุมโรค, 2566)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน มีเลือดออกในสมอง อาการเส้นเลือดในสมองตีบทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจนส่งผลให้สมองตาย มีภาวะแทรกซ้อนและยังทำให้เกิดความเสี่ยงความพิการและทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้น (ปิยะนุช จิตตุนนท์ และคณะ, 2564) เกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ เชื้อชาติ เพศ และฮอโมนเอสโตรเจน ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อน (Khumros & Ekpreechakul, 2019) โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการพูด การกลืน การรับประทาน

อาหาร และยังพบปัญหาในด้านภาษาอีกด้วย ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดและชาตามร่างกาย สูญเสียความรู้สึก อาจมีปัญหาในการจัดการกับอารมณ์ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และมีความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ณิรณช วรโธสง และคณะ, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคลในด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือสูญเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ (กองสุขศึกษา, 2565) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสมเนื่องจากคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็ม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ผลการศึกษาวรรณกรรมการดูแลตนเองพบว่าปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (วิไลเลิศ คำตัน, 2562) การรับรู้ถึงผลประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต (นันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และสิทธิ จินดาวงศ์, 2563)

การลดผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด คือการป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่แรกเริ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ หรือมีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายในการป้องกันและลดผลกระทบของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยดำเนินการให้หน่วยบริการทุกภาคส่วนปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการรณรงค์ให้ประชาชนมีการตระหนักรู้ถึงภาวะเสี่ยง อาการเตือนของโรค และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ การเลิกบุหรี่และการตรวจสุขภาพ ประจำปี เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกือบทั้งหมดมาจากพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ของหมักดอง กะปิ น้ำปลา ร่วมกับการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Ponchaimat & Sangkeang, 2020) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้นั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อโรคนั้น ๆ โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง Rosenstock (1974) ได้กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม (ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาร์วรรณ เศรษฐีธรรม, 2561)

กลวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ การส่งเสริมความเชื่อ ความกลัว กระตุ้นให้เกิดการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการและแนวคิดทฤษฎี โดยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

ป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง (Klinsakorn & Saetan, 2020) แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman, 1975) เป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นเกี่ยวกับความกลัว โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัวรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคด้วยการสร้างการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) และความรุนแรงของโรค (perceived severity) ร่วมกับการสร้างการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ (perceived benefits) ว่ามีประโยชน์สูงสุด เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับ การรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น (perceived barriers) และมีการ ชักนำจิตใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะพบว่าใช้ในการศึกษาปัจจัยและการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้การเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองในการพัฒนาโปรแกรมได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างโปรแกรมโรคอื่น ๆ ดังนี้ เช่น ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2560) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมคำแนะนำเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และในการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชนของปณวัตร สันประโคน, อรุณ ชูศรี และศรีสุตาวงศ์วิเศษกุล (2561) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงขึ้น จะเห็นได้ว่าการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ที่ถูกต้องผ่านกระบวนการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดี เพื่อช่วยในการป้องกันหรือลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่จะตามมา

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมและป้องกันโรคในชุมชน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2565 – 2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นจำนวน 117, 121 และ 131 คน ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือ Health Belief Model (HBM) ของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975) เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้ เพื่อให้ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้รับรู้ถึงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเบื้องต้นก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ความพิการและเสียชีวิตที่จะตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

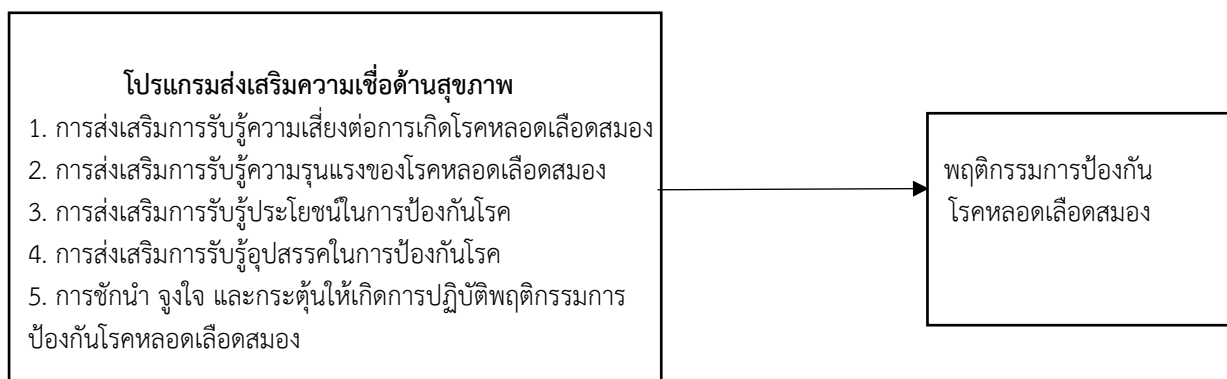
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการวิจัยของจากรุวรรณ จันดาหงส์ โดยนำแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีกระบวนการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ความตระหนัก และรับรู้ภาวะคุกคามที่จะมาถึงตน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง เปิดโอกาสในการซักถาม สรุปและพูดกระตุ้นให้เกิดความกลัวและความตระหนักต่อโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการดูจากสื่อโดยเน้นการใช้สื่อที่เป็นภาพและวิทัศน์ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การเสนอตัวแบบผู้มีประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปและพูดจูงใจ 3) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค โดยการพูดกระตุ้นและจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเห็นข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมออกแบบแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่นชมและให้กำลังใจ สรุปแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนการรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าเป็นอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ร่วมหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหา สรุปและสร้างความเชื่อมั่นว่าการปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินไป และ 5) การชักนำ จูงใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยแจกคู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จัดทำกลุ่มไลน์เพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสาร รวมทั้งการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดการรับรู้ที่เหมาะสม ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามคำแนะนำและยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน จนสามารถเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมได้ในระยะยาว และยังสามารถนำแนวทางไปพัฒนาในการให้บริการสุขภาพเกิดผลประโยชน์ที่ต่อเนื่องต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการวิจัย (One Group Pre - Post Test Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการและอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พนมพวัน จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มารับบริการในปี 2566-2567 และมีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10 % เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 – 59 ปี, 2) ได้รับการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ประเมินด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2550, 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง, 4) สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (Barthel ADL index = 20 คะแนน), 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว, 6) เป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้, 7) มีโทรศัพท์ สมาร์ทโฟนและสามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้, 8) ยินดีและให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว เช่น การมองเห็นลดลง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรม, 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ 3) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการวิจัยของจากรุวรรณ จันดาหงส์ (2565) ที่พัฒนาขึ้นจากการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman, 1975) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 (1.30 - 2 ชั่วโมง) ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างมาที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พนมพวัน เพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) โดยรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 คือ ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยง ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง โดยใช้ข้อมูลบ่งชี้ทางสุขภาพ สรุปและพูดกระตุ้นให้เกิดความกลัวและความตระหนักต่อโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 2 คือ ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อเน้นภาพและวิดีโอทัศน์ แสดงความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอตัวแบบผู้มีประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และจัดกิจกรรมจำลองสถานการณ์หรือบทบาทสมมติในการเป็นผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง ประเมินโดยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกิจกรรม จากนั้นสรุปและพูด
งใจ

สัปดาห์ที่ 2 (1-1.30 ชั่วโมง) ดำเนินกิจกรรมที่ 3 คือ ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือน และการจัดการตนเองเมื่อมีอาการ
ของโรคหลอดเลือดสมอง โดยบรรยาย พูดกระตุ้น และงใจให้กลุ่มตัวอย่างเห็นข้อดีของการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างออกแบบและนำเสนอแนวทางการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจัดกิจกรรม
การประเมิน อาการเตือนของโรค หลอดเลือดสมองด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 คือ ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและการจัดการต่ออุปสรรคในการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนการรับรู้และประสบการณ์ เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าเป็น
อุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ร่วมวางแผนในการหาแนวทางป้องกันและแก้ไขอุปสรรคที่เหมาะสม และ
นำเสนอแหล่งประโยชน์ในชุมชน สรุปและพูดงใจให้เห็นว่าการปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินไป และ
ดำเนินกิจกรรมที่ 5 คือ การชักนำ งใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด
สมอง แจกคู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จัดทำกลุ่มไลน์เพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสาร พูด กระตุ้น
และให้ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 3-4 กระตุ้นและติดตามปฏิบัติพฤติกรรม ผ่านทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ โดยมีการ
กระตุ้นให้สมาชิกปฏิบัติและปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือด
สมอง

สัปดาห์ที่ 5-7 ติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่
8-9 เว้นระยะเวลาหลังดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ ในการประเมินพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 10 นัดหมาย
กลุ่มตัวอย่างมาที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม เพื่อทำ post-test จากนั้นแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

1.2 คู่มือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง
ของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยหลัก 3อ.2ส. โดย
ครอบคลุมในเรื่องของการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการดื่ม
สุราและการสูบบุหรี่ รวมถึงการรับประทานยาโรคประจำตัว การเข้ารับการตรวจพบแพทย์ตามนัด อาการ
เตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.3 สื่อ วิดีทัศน์ และวัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

1.4 ต้นแบบบุคคลที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ของ
วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ (Tiparat et al., 2017) ประกอบด้วยคำถามทางบวกและทางลบ จำนวน 20 ข้อ
ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับคือไม่เคยปฏิบัติ =1, ปฏิบัติบางครั้ง =2,
ปฏิบัติบ่อย = 3 และปฏิบัติบ่อยที่สุด = 4 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนรวมในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ
(คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20- 80 คะแนน) โดยคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาและความชัดเจนด้านภาษา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา และนำข้อบกพร่องที่ได้มาปรับปรุง และมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.90 นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคราห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค ได้ เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างมาที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พิพนทวน โดยใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ โดยสัปดาห์ที่ 1 ได้ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรม ที่ 3-5, สัปดาห์ที่ 3-4 ติดตามผ่านทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ สัปดาห์ที่ 5-7 ติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 8-9 เว้นระยะเวลาหลังดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 10 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม เพื่อทำ post-test จากนั้นแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้ววิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความต่างก่อน - หลัง โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่59/2567 วันที่ 16 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งนี้ในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะยกเลิก หรือออกจากกรางานวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

ส่วนที่1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 และเพศชายร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.33 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ($\bar{x}=41.27$, $SD= 4.45$) กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.33 มีการรับประทานยาโรคประจำตัวเป็นประจำร้อยละ 80 จะเข้ารับบริการตรวจตามนัด ร้อยละ 76.67 จะเข้ารับบริการตรวจตามนัด ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พบว่า ร้อยละ 60 ไม่เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 63.33 ไม่เคยดื่มสุรา มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ญาติสายตรง) พบร้อยละ 20 ในด้านการเคยได้รับข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 60 เคยได้รับข้อมูลมาก่อน และในการประเมินระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง พบว่าส่วนใหญ่เสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.33

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 30)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P- Value
	M	SD	M	SD	
กลุ่มตัวอย่าง	2.88	0.79	3.21	0.96	< 0.001

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนได้รับโปรแกรมที่ค่าเฉลี่ย 2.88 ($SD = 0.79$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมฯ ที่ค่าเฉลี่ย 3.21 ($SD = 0.96$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานตามที่ได้ตั้งไว้ว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้ กิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ เป็นผลเนื่องมาโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการศึกษาของจากรูรณ จันดาหงส์ (2565) โดยนำแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1975) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยในแต่ละขั้นตอนมีการดำเนินงานและกิจกรรมที่ต่อเนื่องดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง และนำการรับรู้ที่ได้มาประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เกิดความกลัวและเห็นถึงโอกาสเสี่ยงที่ตนเองจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเริ่มกลัวว่า

ตนเองจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีการสอบถามถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lalun & Vutiso (2021) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะเมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองจะไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบการใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและความกลัวด้วยภาพและสื่อวีดิทัศน์ เน้นการนำเสนอภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรง ซึ่งทำให้ต้องนอนติดเตียงและเกิดแผลกดทับเรื้อรังตามบริเวณต่างๆของร่างกาย นอกจากนี้มีการนำเสนอตัวอย่างผู้มีประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้บอกเล่าถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้จากผู้มีประสบการณ์จริง รวมทั้งการให้กลุ่มตัวอย่างจำลองสถานการณ์หรือบทบาทสมมติในการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ด้วยตนเองถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการนำเสนอสื่อและวีดิทัศน์ รับฟังการบอกเล่าประสบการณ์จากตัวแบบ แสดงความกลัวจากสีหน้าที่แสดงออกมา และแสดงความคิดเห็นต่างๆ เช่น กลัวที่จะต้องเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลัวว่าจะมีอาการรุนแรง กลัวที่จะต้องเป็นภาระของครอบครัว และกลัวพิการตลอดชีวิต มีความกระตือรือร้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มตัวอย่างแสดงความต้องการที่จะหาแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการร่วมเสนอความคิดเห็นที่จะหาแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Compichai (2021) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของจากรุวรรณ จันดาหงส์ (2565) พบว่าการใช้สื่อแสดงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในการดำเนินกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และผลดีของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการให้คำแนะนำแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัว รับรู้ถึงความเสี่ยง และภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น จึงมีความต้องการที่จะทำให้ตนเองปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดสมอง การพูดถึงข้อดีและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ ซึ่งการปฏิบัตินั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคนั้น ๆ (Becker & Maiman, 1975) ผู้วิจัยจึงบรรยายข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองรวมทั้งสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินไป และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมออกแบบแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากการบรรยายพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นข้อดีและให้ความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและร่วมออกแบบแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้บอกการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและสามารถบอกถึงแนวทางการประสานงานก่อนนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Charoensuppakit (2020) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมการรับรู้และการจัดการอุปสรรค หรือข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนถึงปัญหาหรือสิ่งที่คิดว่าเป็นอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมร่วมกันและหาแนวทางป้องกันอุปสรรคตลอดจนวิธีการแก้ไขเพื่อลดปัญหาที่พบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาของ Sodaprom (2020) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 5 การชักนำ จูงใจ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการพูดคุยและเยี่ยมติดตามผ่านทางโทรศัพท์และทางกลุ่มไลน์ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการแจกคู่มือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนตนเองได้ตลอดเวลา และเพื่อให้ยังคงมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจนยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน รวมทั้งการกระตุ้นให้กำลังใจ ร่วมค้นหาปัญหา และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันกับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม จนสามารถมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิดา ลิมเริ่มสกุล และคณะ (2565) ที่กล่าวว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะโดยมีการติดตามทางไลน์แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความกล้าที่จะสอบถาม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง และการส่งสติ๊กเกอร์ เป็นการกระตุ้นเตือนในการดูแลตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ และคณะ (2562) ที่กล่าวว่าการสอน มีคู่มือ การบันทึกพฤติกรรมเพื่อเป็นการกำกับดูแลตนเองเมื่อมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่มากขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น โดยอาศัยการกระตุ้นเพื่อให้เกิดความกลัว ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านกระบวนการรับรู้ทั้ง 5 ขั้นตอน อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการได้รับการชักนำ จูงใจ กระตุ้นและติดตามให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามคำแนะนำเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันจนสามารถเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมได้ในระยะยาว นำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ยั่งยืนตลอดไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และในสถานบริการสาธารณสุข
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อส่งเสริมผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้มีการปรับและติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่องโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เพื่อสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำ หรือลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลได้

References

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. <https://ddc.moph.go.th>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตัวชี้วัด ปี 2566 [ออนไลน์] เข้าถึงจาก https://medinfo.dms.go.th/publichealth/kpi.php?kpi_year=2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566].
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี
- กองสุกศึกษา. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ยี่สิบห้า มิถุนายน จำกัด; 2565.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- จรรยา สันตยากร. (2554). การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน : แนวคิดและประสบการณ์พยาบาลในชุมชน. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- จารุวรรณ จันทาหงส์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, วินัส ลิ้นหกุล และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2562). The effects of recurrent prevention program for stroke patients at a tertiary level hospital in Nakhon Pathom Province. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 17(1), 5-18.
- ณัฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 51-57.

- ณิรณัฐ วรโธสง, อนุวัฒน์ สุรินราช, จิราภรณ์ จำปาจันทร์, ศิริลักษณ์ วงศ์เครือสอน, ลัดดาวรรณ บุระเนตร, ดวงมล พลวงค์ษา และลัดดาวรรณ เคี่ยมก้อม. (2566). ผลของโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 1(10), 1-13.
- ณัฐนันท์ คำพิริยพงศ์ และศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2560). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 67-83.
- นิพนธ์ พวงวรรณทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และสทิต จินดาวงศ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ โรงพยาบาลกระแสน้ำ จังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 70-82.
- ปนวัตร สันประโคน, อรุณ ชูศรี และศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(3),
- ปิยะนุช จิตตพันธุ์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, พิมพ์ศา ศักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุณิทย วงศ์ยงค์ศิลป์ และณัท วอลเตอร์. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(2), 13-25.
- ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออุ้มผาง จังหวัดอุตรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 109-119.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา และวราณี สัมฤทธิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ตระหนักถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 44(2), 94-107.
- วิไลเลิศ คำตัน. (2562). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(1), 25-41.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป 2562*. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สุวิดา ลิ่มเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และปริญญ์ บุรณะทรัพย์ขจร. (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(1), 84-98.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานประจำปี2562 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- Becker, M.H. & Maiman, L. A. (1975). "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical care Recommendation," *Medical care*. 13 : 10-24.
- Charoensupakit, N. (2020). Relationships between the Health Belief Model, Warning Sign Perception and Preventive Behavior of Stroke in Patients with Hypertension. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 3(3), 46-58.
- Compichai, P., Khungtumneam, K. & Kompayak, J. (2022). The relationship between health beliefs and stroke preventive behaviors in Diabetes Mellitus patients with hypertension. *Thai Journal of Nursing*, 71(3), 1-9.

- Klinsakorn, C., & Saetan, S. (2020). Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang District. *Journal of Council of Community Public Health*, 2(2), 62-77.
- Khumros, W., & Ekprechakul, T. (2019). Cerebrovascular disease, risk factors, and quality of life: A systematic review. *Journal Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(5), 473-487.
- Lalun, A., & Vutiso, P. (2021). Factors predicting stroke behavior of hypertensive patients at NaFai Sub-District Health Promoting Hospital in Chang Wat Chaiyaphum. *Thai Journal of Nursing*, 70(2), 27-36.
- Ponchaimat, C. & Sangkeang, S. (2020). Factors associated with health care behavior of hypertensive patients in the elderly club in Bang Nok Khwaek sub-district, Bang Khonthi, Samut Songkhra. *Interdisciplinary Management Journal Faculty of Management Science, Buriram Rajabhat University*, 3(1), 65-70.
- Sodaprom, D. (2020). Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group in the Aranyik to municipality Mueang Phitsanulok District, Phisanulok Province. M.P.H. *Thesis in Public Health Program*, Naresuan University.
- World Stroke Organization. (2021). *Learn about stroke*. Retrieved from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/learn-about-stroke>
- World Health Organization: WHO. (2022). World Stroke Day 2022. Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>.

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ
โดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
Development of a screening model to prevent the elderly from becoming dependent
by applying the 7-color traffic ping-pong, Health Promotion Hospital, Regional Health
Promotion Center 5 Ratchaburi

ชฎารัตน์ เหลืองอร่าม

Chadarat Luang-Araam

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Hospital, Health Promotion Center Region 5 Ratchaburi

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Chadarat Luang-Araam, E-mail: Chadarat3411@gmail.com)

(Received : April 8, 2025; Revised: August 1, 2025; Accepted: August 10, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development : R&D) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี การพัฒนาแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และประเมินการรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบการคัดกรองและรับรู้ตนเองเกี่ยวกับดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การหาค่า Paired simple t-test และการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเห็นว่าการคัดกรองสุขภาพแบบเดิมมีลักษณะเป็นเพียงการสอบถามแล้วนำมาประมวลผลเป็นตัวเลข ซึ่งยากต่อการสื่อสารและทำความเข้าใจในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องอธิบายผลการคัดกรองให้ผู้สูงอายุเข้าใจ จึงเสนอให้มีการพัฒนาแบบการคัดกรองให้มีลักษณะที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และสะดวกต่อการสื่อสาร จากการเปรียบเทียบผลระหว่างรูปแบบการคัดกรองแบบเดิมกับรูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี พบว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้รูปแบบเดิม $M = 3.93$ ขณะที่ค่าเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบใหม่ $M = 4.56$ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระดับ 0.05 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบใหม่ในการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผลการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุต่อรูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก และผลการประเมินการรับรู้ตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 4.41$, $SD = 0.68$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก

คำสำคัญ: รูปแบบการคัดกรองการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ, ประยุกต์ใช้ปิงปองจราจร 7 สี

Abstract

This research and development (R & D) study aims to Study the current situation, problems, and needs regarding a screening model to prevent dependency among the elderly in Mueang District, Ratchaburi Province. Develop a screening model to prevent dependency among the elderly by applying the "7-color Traffic Ping Pong" approach in Mueang District, Ratchaburi Province. And Evaluate perceptions of the screening model and self-perceived health care for preventing dependency among the elderly by applying the "7-color Traffic Ping Pong" approach in Mueang District, Ratchaburi Province. The tools used for data collection. Data were analyzed using content analysis, paired sample t-tests, and calculations of percentages, means, and standard deviations.

The research findings revealed that experts and those responsible for elderly care agreed that the conventional health screening model mainly involved data collection through questionnaires, which were then processed into numerical results. This approach was found to be difficult to communicate and understand among the elderly, especially when explaining the screening results to them. Therefore, it was recommended that the screening model be improved to be more understandable, clear, and easy to communicate. A comparison between the traditional screening model and the newly developed model applying the "7-Color Traffic Light Ping-Pong" approach showed improvements in these aspects. The results showed that the mean perception score of the traditional screening model was $M = 3.93$, while the mean score after implementing the new model was $M = 4.56$. This difference was statistically significant at the 0.05 level, indicating the effectiveness of the new model in enhancing understanding of health screening among the elderly. Furthermore, the satisfaction assessment results revealed that both staff and elderly participants reported a high level of satisfaction with the newly developed screening model.

The results of the assessment of elderly individuals' self-perception in health care showed a high level ($M = 4.41$, $SD = 0.68$). When considering individual items, it was found that most aspects of self-perceived health care were at a very high level.

Keywords Screening model for the elderly entering dependency status, applying 7-color traffic ping-pong

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ (Aging Population) ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ตลอดจนผลกระทบและแนวทางการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ข้อมูลจากธนาคารโลก (World Bank; 2022.) ระบุว่าประชากรโลกมีจำนวนประมาณ 7.95 พันล้านคน โดยมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ประมาณ 779.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.8 ของประชากรทั้งหมด แนวโน้มนี้ชี้ให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations. (2023) คาดการณ์ว่าภายในปี 2050 ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป อาจสูงถึง 1.5 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรโลก ประเทศญี่ปุ่นยังคงเป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด ขณะที่ยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือมีสัดส่วนประชากรสูงอายุก่อนหน้าร้อยละ 20-25 ส่วนประเทศกำลังพัฒนาในเอเชียและแอฟริกากำลังเผชิญกับอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วเช่นกัน (World Bank; 2022.)

แบบประเมิน ADL Score เป็นเครื่องมือสำคัญในการคัดกรองความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และประเมินแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ การประเมิน ADL จะมีคะแนนที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พิชิต ไชยฤทธิ์. (2567) ผู้วิจัยจึงนำเอาปิ๊งปอง 7 สี มาใช้กับการประเมินดังกล่าว เพื่อนำมาจัดกลุ่มผู้ป่วยและให้ความรู้กับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ พบว่าแนวคิดปิ๊งปองจรรยา 7 สี ได้ถูกนำมาใช้เป็นต้นแบบในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพระยะยาวได้อย่างเหมาะสม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561) โดยแนวคิดนี้เคยถูกประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และได้รับการพิสูจน์ถึงประสิทธิผลในหลายงานวิจัย ตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเครื่องมือปิ๊งปองจรรยา 7 สี" ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองไร่ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้และพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563) นอกจากนี้ งานวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือปิ๊งปองจรรยาชีวิต 7 สี" ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ดำเนินการในจังหวัดพะเยา พบว่าผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (8) เช่นกัน อีกหนึ่งงานศึกษาที่น่าสนใจคือ "ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปิ๊งปองจรรยาชีวิต 7 สี วิจัยโมเดลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน" ในเขตตำบลบ้านแซว อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม Health Data Center, กระทรวงสาธารณสุข. (2566) ผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปิ๊งปองจรรยา 7 สี เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำมาใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง จากผลการสำรวจข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบว่าจังหวัด

ราชบุรีมีประชากรสูงอายุ 184,544 คน ซึ่งอยู่ในอันดับที่ 29 ของประเทศ และอันดับที่ 7 ของภาคกลาง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีผู้สูงอายุ 32,484 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด โดยสามารถจำแนกออกเป็น กลุ่มติดสังคม 28,360 คน กลุ่มติดบ้าน 3,825 คน กลุ่มติดเตียง 299 คน กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567. (2567) แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่จำนวนกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสุขภาพและการดูแลที่ต้องเตรียมรับมือ

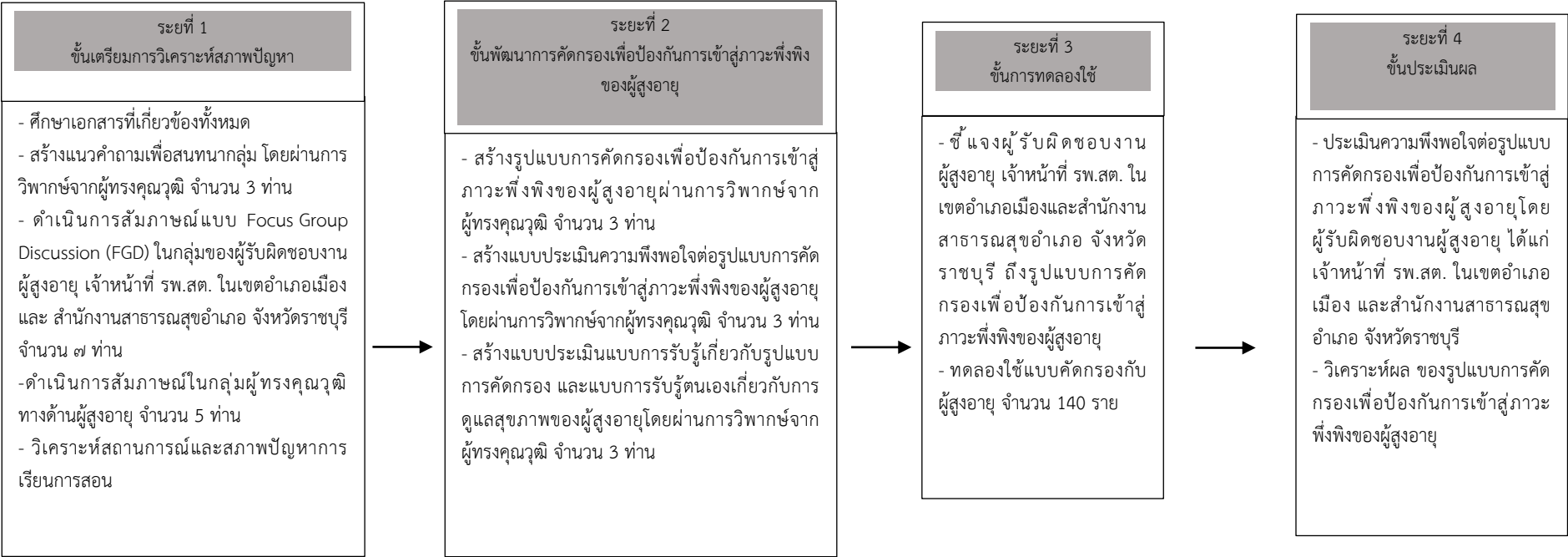
จากปัญหาดังกล่าว ซึ่งมีผลกระทบกับบุคลากรสาธารณสุขผู้ดูแลและผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิด “ป้องกันจรรยา 7 สี” นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแบบประเมิน ADL เพื่อให้การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนเข้าใจง่ายขึ้น โดยแบ่งระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุออกเป็น 7 กลุ่ม ตามรหัสสีโดยสีแดงแสดงถึงระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุ ตั้งแต่พึ่งพาตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ไปจนถึงภาวะพึ่งพิงอย่างรุนแรง ซึ่งช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ สามารถกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ป้องกันจรรยา 7 สี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบการคัดกรองและรับรู้ตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ป้องกันจรรยา 7 สี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแบบประเมินดัชนีกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL Score) มาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการคัดกรองระดับความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผลการประเมินสามารถใช้เป็นแนวทางในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567) การแปลผลของแบบประเมิน ADL อาจทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าใจได้ยาก ส่งผลให้การนำไปใช้ในชุมชนอาจยังไม่ทั่วถึงและมีข้อจำกัด กรอบแนวคิดในการวิจัยการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองของผู้สูงอายุก่อนนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ การคัดกรองโดยการประยุกต์ใช้ปิงปองจราจร 7 สี กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567. (2567), กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567) ใช้เป็นแนวคิดต้นแบบในการจัดการการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งแยกเป็นสี่ต่าง ๆ ตามรูปแบบปิงปองจราจร 7 สี



ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดราชบุรี มีขั้นตอนดังนี้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ

ผู้ให้ข้อมูล

1. กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และยินยอมให้สัมภาษณ์โดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

2. กลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 7 ท่าน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และยินยอมให้สัมภาษณ์โดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาแนวคิดและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวแทนผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีจำนวน 4 ข้อ 1) การคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุแบบเดิมเป็นอย่างไร 2) ท่านพบปัญหาในการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุรูปแบบเดิมหรือไม่อย่างไร 3) รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่ท่านต้องการมีลักษณะอย่างไร 4) ท่านต้องการรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุหรือไม่ และควรเป็นวิธีการปฏิบัติแบบใด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแนวคำถามการสนทนากลุ่ม รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณา หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC คือ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างผู้ร่วมสนทนาเป็นกลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 5 คน และ 7 คน โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยระหว่างสนทนาขออนุญาตในการใช้เครื่องบันทึกเสียงขณะสนทนา ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบจากการสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการ (methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ วิธี เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องของข้อมูล (member check) เช็กเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อีกตรงกับความรู้ของตนเอง ด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสนทนากลุ่ม โดยการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพ (Chunthawanich, 2010)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (Krippendorff, 2013) นำข้อมูลที่ได้อบรมคลุมตามวัตถุประสงค์ มาสรุปประเด็นที่สำคัญที่ได้แล้วจึงนำมาสรุปประเด็น (Theme) และนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาวิเคราะห์ตามประเด็นย่อย การตรวจสอบความถูกต้อง การสรุป และรายงานการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์เอกสาร จากงานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ
2. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ และ สังเคราะห์เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ
3. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์สาธารณสุข 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร มีความสอดคล้องกับปัญหาการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นข้อคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาแนวคิดและข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุ มีจำนวน 4 ข้อ 1) รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุแบบเดิมเป็นอย่างไร 2) ท่านพบปัญหาในการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุรูปแบบเดิมเป็นอย่างไร 3) รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุควรมีรูปแบบอย่างไร 4) แกไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้งโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ให้ความเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมและยอมรับในองค์ประกอบของรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 นำไปใช้ทดลองนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้

ในขั้นตอนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pre-test post-test design) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) กลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ คือ บุคลากรสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 25 แห่ง รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโดยตรงและปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) กลุ่มผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 32,484 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์ในการคัดออก โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1) กลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2568
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เปลี่ยนย้ายที่ทำงานหรือไม่ได้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการต่อ

2) กลุ่มผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) จำนวน 140 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ย้ายถิ่นที่อยู่ไปนอกพื้นที่ศึกษา
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม, แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก, รูปแบบการคัดกรอง, แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี ดังนี้

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาแนวคิดและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวแทนผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีจำนวน 4 ข้อ
2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นข้อคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาแนวคิดและข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุ มีจำนวน 3 ข้อ
3. รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ผลการคัดกรอง การประเมินผลการคัดกรอง การเฝ้าระวังและมาตรการหลังการคัดกรอง

4. แบบประเมินแบบการรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบการคัดกรอง และแบบการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบปลายปิด (Closed-end Question)

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบปลายปิด (Closed-end Question)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือรูปแบบคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณา หาค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.0

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามโดยการนำแบบสอบถาม แบบประเมินระดับอาการปวดก่อนและหลังใช้ผลิตภัณฑ์ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ ที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุ กลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และผู้สูงอายุ และขอความร่วมมือในการดำเนินการรูปแบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้น

2. เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ได้รับ

3. ประเมินระดับความพร้อมในการทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจรรยาจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ขั้นทดลอง

นำรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ปิงปองจรรยาจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ไปทดลองใช้แล้วนำกลับมาแก้ไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic Analysis) โดเน้นการหาความหมาย การตีความข้อมูลอย่างลึกซึ้งจากมุมมองคนในประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การฟังเสียงที่ได้จากการบันทึกมาซ้ำ ๆ 2) การถอดเสียงที่บันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) โดยพิมพ์ออกมาเป็นบทสนทนาแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปการสัมภาษณ์บทวนซ้ำที่ละบรรทัดจนบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วน 3) อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัดและอ่านซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลข้อมูลที่ถอดเสียง 4) การอธิบายข้อมูลให้เป็นรหัสโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Excel โดยจัดระบบความหมายจากบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันไว้ใน

หมวดหมู่เดียวกัน โดยนำรหัสที่ได้มาทำเป็นผัง Initial thematic map 5) การจำแนกรหัสออกเป็นประเด็นย่อยโดยทำเป็นผัง Developed thematic map โดยนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่จัดหมวดหมู่ใจความสำคัญเดียวกันทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกัน 6) การระบุประเด็นย่อยที่มีความคล้ายกันในประเด็นหลักโดยทำเป็นผัง Final thematic map โดยการนำผลการวิเคราะห์ร่วมกันมาสรุปเป็นใจความสำคัญหลักของมุมมองและประสบการณ์เกี่ยวกับรูปแบบคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรค 7) การทบทวนและปรับปรุงประเด็นย่อยและประเด็นหลัก โดยการเปรียบเทียบข้อมูลทุกประเภท

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้ความถี่ ร้อยละ
4. วิเคราะห์ความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์

จริยธรรมวิจัย

ดำเนินการขอจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ได้เลขจริยธรรม 7/2568 ลงวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2568 และดำเนินการขออนุมัติทำวิจัย จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรีก่อนการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป (กลุ่มเจ้าหน้าที่) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 เพศชายจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67

1. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ในการจัดสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน สรุปผลการดำเนินการสัมภาษณ์ได้ว่า การคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุรูปแบบเดิม มีลักษณะเป็นเพียงการสอบถามแล้วนำมาแปลเป็นตัวเลข จึงมีความต้องการที่จะให้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังต้องการให้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดย ประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ในการจัดสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 7 ท่าน สรุปผลการดำเนินการสัมภาษณ์ได้ว่า ปัญหาที่พบในการใช้การคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุรูปแบบเดิม รูปแบบคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในรูปแบบเดิม มีลักษณะเป็นเป็นตัวเลขเวลาจะสื่อสารให้ผู้สูงอายุจะพบว่าเป็นข้ออ้างเข้าใจยากต้องการให้พัฒนารูปแบบคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุให้อยู่ในลักษณะที่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ง่าย และสะดวกในการสื่อสาร จึงมีความต้องการที่จะให้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ จึงลงความเห็นว่าจะพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดย ประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

2. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจรรยาจร 7 สี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ในการพัฒนาการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จึงได้นำนโยบายการใช้ ปิงปองจรรยาจร 7 สี มาช่วยในการคัดกรองความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

- สีขาว ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผลรวมคะแนน ADL 20 คะแนน
- สีเขียวอ่อน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 16 - 19 คะแนน
- สีเขียวเข้ม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 12 - 15 คะแนน
- สีเหลือง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน
- สีส้ม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน
- สีแดง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่ม 3 แต่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
- สีดำ ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต

3. การทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองแบบเดิมกับรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจรรยาจร 7 สี แบบใหม่

การทดสอบ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P-value
คัดกรองแบบเดิม	30	3.93	0.94	15.277	.00*
คัดกรองแบบใหม่		4.56	1.04		

* P< .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองแบบเดิมกับรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจรรยาจร 7 สีแบบใหม่ ผลการทดสอบพบว่าค่าเฉลี่ยรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 และค่าเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบใหม่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจ ของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	ระดับ
		เบี่ยงเบน มาตรฐาน	
1. บริบท	4.11	0.72	มาก
2. ปัจจัยนำเข้า	4.13	0.78	มาก
3. กระบวนการ	4.42	0.61	มาก
4. ผลลัพธ์	4.52	0.71	มาก
รวม	4.29	0.70	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้รูปแบบการคัดกรองผลการประเมินรายด้านได้ดังนี้ บริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$) และกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$) และปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$) และกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.52$)

4. ข้อมูลส่วนบุคคล (กลุ่มผู้สูงอายุ) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวลักษณะครอบครัว

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 65.71 เพศชายจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 34.29 อยู่ช่วงอายุ 60-65 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 32.14 ช่วงอายุ 65-70 ปีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 27.14 ช่วงอายุ 71-75 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 33.57 ช่วงอายุ 75-80 ปีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.15 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.57 มัธยมศึกษาขึ้นไปจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 ประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 55.71 ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 11.43 ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	ระดับ
		เบี่ยงเบน มาตรฐาน	
1. บริบท	4.21	0.52	มาก
2. ปัจจัยนำเข้า	4.33	0.68	มาก
3. กระบวนการ	4.12	0.71	มาก
4. ผลลัพธ์	4.42	0.81	มาก
รวม	4.15	0.50	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าระดับความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุต่อการใช้รูปแบบการคัดกรอง ผลการประเมินรายด้านได้ดังนี้ บริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.21$) และกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$) และปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$) และกระบวนการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$)

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัจจุบัน เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จำนวน 12 ท่าน พบว่าการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุรูปแบบเดิม มีลักษณะเป็นใช้วิธีการสอบถามและแปลผลเป็นตัวเลข ซึ่งสะดวกต่อเจ้าหน้าที่ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่กลับพบข้อจำกัดในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดความสับสน และไม่เข้าใจสถานะสุขภาพของตนอย่างชัดเจน จึงเกิดความต้องการให้มีการพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ภาวะสุขภาพของตนได้อย่างถูกต้อง

“แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Activities of Daily Living: ADL” เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยอาศัยข้อมูลจากการสอบถามผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลโดยตรง ผลการประเมินสามารถสะท้อนถึงระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของแต่ละบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนไหวในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น ขึ้น ซึ่งสามารถสะท้อนถึงภาวะสุขภาพด้านการทำงานของร่างกาย (Functional Health) รวมถึงช่วยระบุความต้องการในการดูแลและบริการสนับสนุนที่ควรมีในสังคม อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, ภักดี โพธิ์สิงห์. (2560) ซึ่งสอดคล้องกับ วีรพล กิตติพิบูลย์, นิธิรัตน์ บุญตานนท์. (2563) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ผลการวิจัยพบว่าการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย การคัดกรอง 14 รายการ ผลการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 57.00) มีการเดินและการทรงตัวปกติ (ร้อยละ 67.40) มีการมองเห็นปกติ (ร้อยละ 68.60) การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 94.20) ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 68.60) การทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วย Mini-Mental State Examination-Thai Version (MMSE-Thai 2002) ปกติ (ร้อยละ 97.70) ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 93.00) ความดันโลหิตปกติ (ร้อยละ 77.90) และภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 79.10) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบความเข้มข้นเลือดน้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 77.90, 52.30 และ 60.5 ตามลำดับ) แต่พบว่าส่วนใหญ่มีความผิดปกติจากการทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้นด้วย Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) (ร้อยละ 59.30) ดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 68.60) รอบเอว (ร้อยละ 82.60) และสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 94.20) ซึ่งมีผลต่อการ “ไม่ล้ม” และ “กินข้าวอร่อย” แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองและการให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงได้จริง

เครื่องมือป้องกันจราจร 7 สี (Traffic Ping Pong Ball 7 Colors Tool) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนสามารถคัดกรองสถานะสุขภาพและสมรรถภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ รวมถึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยสื่อสารผลการประเมินผู้รับบริการและครอบครัวอย่างเข้าใจง่าย กรมอนามัย. เครื่องมือป้องกันจราจร 7 สี. (2563) จุดเด่นคือการใช้สัญลักษณ์สีที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ตั้งแต่สีเขียวซึ่งแสดงถึงสุขภาพดี ไม่มีความเสี่ยงไปจนถึงสีแดงเข้มซึ่งแสดงถึงความรุนแรงและภาวะพึ่งพิงสูง แนวคิดหลักของเครื่องมือนี้อาศัยหลักการสื่อสารด้วยสี (Color-Coding System) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้ในหลาย

สาขาวิชาเพื่อช่วยในการตัดสินใจและการสื่อสารข้อมูลอย่างรวดเร็วและชัดเจน Ware JE Jr. (2004) โดยสี่แต่ระดับในเครื่องมือป้องกันจราจร 7 สี ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และความต้องการดูแลในแต่ละช่วงวัยหรือกลุ่มโรค

จากการพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ป้องกันจราจร 7 สี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยนำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Theory) โดยเฉพาะโมเดลการเปลี่ยนแปลงแบบสเตจ (Transtheoretical Model) ของ Prochaska และ DiClemente Prochaska JO, DiClemente CC.(1984) ซึ่งมองว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเป็นขั้นตอน และการตระหนักรู้ในสถานะสุขภาพของตนเอง (awareness) เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ เครื่องมือป้องกันจราจร 7 สี ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับรู้สถานะสุขภาพและระดับความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจปรับพฤติกรรม หรือเข้ารับบริการฟื้นฟูและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับรวิวรรณ คำเงิน และคณะ. (2566) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดสภ.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือ ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สภ.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี นำไปใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลและวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินต่อไป

หลังการนำรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ทำให้การคัดกรองสะดวกขึ้นในเชิงสัญลักษณ์ที่เข้าใจ และสื่อสารกันได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอมรรัตน์ แก้วสุวรรณ และกมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน. (2567) ศึกษาแบบป้องกันภาวะสมองเสื่อมการออกกำลังสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาสถานการณ์และบริบทการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนนทบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบป้องกันภาวะสมองเสื่อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อฟื้นฟูการรู้คิดและการทรงตัวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อทดสอบรูปแบบป้องกันภาวะสมองเสื่อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อฟื้นฟูการรู้คิดและการทรงตัวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการใช้รูปแบบการฝึกสมองกลุ่มทดลองมีระดับการรู้คิดสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การทรงตัวไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจง่าย สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุโดยตรง

การศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการประเมินระดับความพึงพอใจ พบว่าระดับความพึงพอใจมากทั้งในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ นฤมล ปิ่นพรม และคณะ. (2567) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 104 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.77 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 65-70 ปี ร้อยละ 45.19 สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 49.04 ประถมศึกษาร้อยละ 54.81 ว่างานร้อยละ 91.35 ผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตรร้อยละ 80.77 โรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 68.27 อ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้น้อยร้อยละ 34.62 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 1) พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้สูงอายุ 2) พัฒนาระบบผู้จัดการรายกรณี (CM) 3) ทำการลงบันทึกการเยี่ยมบ้านส่ง CM ทุกเดือน 4) บูรณาการส่งข้อมูลผ่านกลุ่ม line ในภาคีเครือข่าย 5) กำชับให้ CM ลงประเมินเยี่ยมบ้าน 6) ส่งเสริมการเยี่ยมบ้าน

ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย 7) กรณีมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาเร่งด่วนจะมีการประสานเร่งด่วนทันที 8) พัฒนาเกณฑ์ในการเข้ารับสมัครอบรม CG เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้จริง 9) พัฒนาระบบการจัดอบรม CG ตามหลักสูตร 10) จัดทำกลุ่มกับญาติผู้ดูแลเพื่อแจ้ง วัน เวลา ตามแผนการดูแล 11) CG ลงเยี่ยมตามแผนการดูแลเพิ่มขึ้นสอนและสาธิตการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97$ ตามลำดับ

และเมื่อมาวิเคราะห์ในส่วนของภาพรวมการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 4.41$, $SD = 0.68$) เมื่อแยกรายละเอียดรายข้อ พบว่าการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมากนั้น แสดงถึงการพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ปิงปองจราจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี นั้นตรงกับทฤษฎีการเข้ารหัสด้วยสี (Color-Coding Theory) ของ Ware JE Jr. (2004) เน้นว่าสีเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้มนุษย์สามารถประมวลผลข้อมูลทางสายตาได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่ต้องการแยกแยะข้อมูลหลายชุด หรือเมื่อต้องสื่อสารสาระสำคัญจำนวนมากในเวลาอันสั้น ซึ่งสอดคล้องกับมินธดา อุ่นน้อย. (2561) ศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี วิจัยโมเดลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลบ้านแซว อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมแตกต่างจากระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำปิงปองจราจร 7 สี เป็นเครื่องมือในการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นแบบองค์รวม การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวตนที่ถูกต้องเพื่อลดการเกิดโรค ชะลอการเกิดโรค หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ป่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ควรมีการนำรูปแบบที่ได้พัฒนานี้ไปทดลองใช้ให้หลากหลายสถานที่ ตามบริบทของสถานที่นั้น ๆ เพื่อที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมให้สามารถใช้งานได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการดำเนินการพัฒนาพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ปิงปองจราจร 7 สี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรนำข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองที่ทันสมัยและทันยุคทันเหตุการณ์ที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการต่อไป

References

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน [PDF]*. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2567, จาก http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_5.pdf
- กรมอนามัย. (2563). *เครื่องมือป้องกันโรค 7 สี: แนวทางการคัดกรองสุขภาพประชาชนในชุมชน*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2567). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567*. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ความรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy (HL) [อินเทอร์เน็ต]*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2568, จาก <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwi-hl/download/?did=198252>
- Health Data Center, กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ข้อมูลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]*. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2567, จาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- นฤมล ปิ่นพรม, และคณะ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(4), 588–593.
- พิชิต ไชยฤทธิ์. (2567). *ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเครื่องมือป้องกันโรค 7 สี ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองไร่ ตำบลทุ่งหมอ อำเภอสะเตกา จังหวัดสงขลา*. ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (บ.ก.), *เผยแพร่ผลงานวิชาการ*. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
- มินตรา อุ่นน้อย. (2561). *ศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามป้องกันโรค 7 สี วิจัยโมเดลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลบ้านแซว อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยพะเยา]*.
- รวีวรรณ คำเงิน และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือป้องกันโรค 7 สี ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารวิจัยทางสุขภาพ*, 6(2).
- วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิริรัตน์ บุญตานนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพะเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 14(34), 158–171.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 17(3), 235–243.
- อมรรัตน์ แก้วสุวรรณ, & กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน. (2567). การพัฒนารูปแบบป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนนทบุรี. *J Roi Kaensarn Acad*, 9(7).
- Chunthawanich, S. (2010). *Qualitative research methodology (17th ed.)*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: An introduction to its methodology (3rd ed.)*. Los Angeles, CA: SAGE Publications.

- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Ware, J. E., Jr. (2004). SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*, 29(21), 2188–2196.
- World Bank. (2022). *Global aging trends*. Washington, DC: World Bank.
- United Nations. (2023). *World population prospects 2023*. New York: United Nations.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงหนคร

Factors Associated with Delayed Access to Treatment for Stroke Patients in Singhanakhon Hospital

จรีรัตน์ ทรงเดชะ

Jareerat Songdecha

โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา

Singhanakhon Hospital, Songkhla Province

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Jareerat Songdecha, E-mail Emergent_@hotmail)

(Received: October 25, 2024; Revised: January 28, 2025; Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงหนคร จำนวน 154 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยที่ใช้วิจัยคือแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล วิธีการมาโรงพยาบาล อาการเตือนของโรค ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .909, .803, และ .903, ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีตัวแปรใดมีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงหนคร แต่เมื่อพิจารณาโดยใช้ค่าร้อยละพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในเวลาราชการมีร้อยละของการล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่มารับนอกเวลาราชการและการมารับการรักษาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นโรงพยาบาลสิงหนคร ควรปรับปรุงแบบและขั้นตอนการบริการในเวลาราชการให้มีความรวดเร็ว เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การเข้ารับการรักษาล่าช้า

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to determine factors affecting delayed access to treatment for patients with stroke, Singhanakhon hospital. Sample were 154, recruited using stratified sampling method. Research instruments consisted of demographic factor questionnaire, access to hospital questionnaire and warning sign questionnaire which had IOC ranging from .67-1.00 and Cronbach alpha coefficient reliability of .909, .803 and .903 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic multiple regression analysis. Research results revealed that there were no factors affecting delayed access to treatment for patients with stroke, Singhanakhon hospital. However, when considering by percentage, it was found that patients using service in office hours having more percentage of delayed access than those who had service in after office hours by emergency medical system. The reasons were that in office hours, relatives needed to work out of home and there was no time taking patients to hospital, thereby using private car in after office hours. Most emergency people as well as relatives or paramedic team brought patients from scenes to hospital without using emergency medical system in pre-hospital. Patients went to hospital by themselves due to understanding of hotline 1669 only for accidents. Most emergency patients going to hospital were accompanied by relatives which caused inconvenience of service of emergency medical system. From this situation, Thai emergency patients had mortality risk and complications because transferring patients to hospital by themselves in pre-hospital period resulted in lack of suggestion for practice, assistance, transfer and treatment in emergency stage.

Keywords: Stroke, Delayed Access to Treatment

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ในทางการแพทย์เรียกว่า CVD (Cerebro Vascular Disease) หรือ “Stroke” เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย มีอัตราการตายร้อยละ 10 มีแนวโน้มสูงขึ้นถึงร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2558 และพิการร้อยละ 50 (เขตบริการสุขภาพที่ 8, 2558) มักพบในผู้มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป และเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (ญนิต วอลเตอร์ และคณะ, 2559) เมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ ทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการทันทีทันใด และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเสียชีวิต ส่วนผู้ที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ก็มักต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยดังกล่าว มีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต โดยร้อยละ 70 พบว่า มีปัญหาในด้านการสื่อสารกับผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วย และครอบครัว อย่างไรก็ตามโรคนี

สามารถป้องกันได้ และถ้ารีบรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ก็อาจช่วยให้รอดชีวิต และมีความพิการน้อยลงหรือกลับไปทำงานได้ตามปกติ (ญันท วอลเตอร์ และคณะ, 2559)

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่า ทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก มี 5 ล้านคนพิการ และ 5 ล้านคนเสียชีวิต โดย 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หากประมาณการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา , 2554) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (2) โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกสูงขึ้นจาก 690 คนเป็น 2,460 คนต่อประชากร 100,000 คน และโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการพิการที่สูงอันดับต้นของประเทศไทยการสูญเสียสุขภาพโดยผู้ที่รอดชีวิตมักหลงเหลือความพิการอยู่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว ชุมชนรวมทั้งความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและเวลาในการรักษา

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก สามารถเปลี่ยนการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด โดยฉีดยา Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) เข้าหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-50 จะกลับมามีอาการเป็นปกติ (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้อย่างทันทั่วถึง จึงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการได้ (มาลี คำคง, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของยังชัย นิละนนท์และคณะ ซึ่งพบว่า การเตรียมพร้อมของสถานพยาบาลและทีมดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ให้สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ที่มักมีการสูญเสียหน้าที่ทางร่างกายอันส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย (ทิพย์รัตน์ วงศ์ลารัตน์, 2559)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่พบ ได้แก่ อาการเริ่มต้น เวลาที่เกิดอาการ ความรุนแรงของโรค บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการและสถานที่ขณะเกิดอาการ จากการศึกษาพบว่า อาการเริ่มต้นมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาโดยผู้ป่วยที่มีอาการเริ่มต้นแบบทันทีทันใดจะมารับการรักษาเร็ว ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือมีอาการแบบเป็น ๆ หาย ๆ จะมารับการรักษาที่ล่าช้า (Pandian et al., 2006; หัสยาพร มะโน, 2552; วารุณี อึ้งฮก, 2554 อ้างถึงใน พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) ส่วนเวลาที่เกิดอาการก็มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นในตอนกลางคืนมักจะรับรู้ถึงอาการผิดปกติในตอนเช้า จึงส่งผลให้เข้ารับการรักษาที่ล่าช้า (Pandian et al., 2006 อ้างถึงในพัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) ความรุนแรงของโรคก็มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อย (Jorgensen et al., 1996; Pandian et al., 2006 อ้างถึงในพัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) นอกจากนี้บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการและสถานที่ขณะเกิดอาการ ยังมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา กล่าวคือผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้เกิดความล่าช้าในการค้นหาการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มี

บุคคลอื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จะมารับการรักษาเร็ว ส่วนสถานที่ขณะเกิดอาการพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ที่ทำงานผู้ร่วมงานจะเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ที่บ้าน (Jorgensen et al., 1996 อ้างถึงในพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) การศึกษาเกี่ยวกับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งสามารถแบ่งเป็นปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังนี้ ปัจจัยด้านระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ได้แก่ โรงพยาบาลเครือข่าย ระบบการสื่อสารการส่งต่อและวิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลเครือข่ายอาจจะมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาพบว่าในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จะมีศักยภาพและความสามารถในการรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ได้มากกว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งอาจจะไม่มีแพทย์อายุรกรรมด้านระบบประสาท แต่เป็นการฝึกให้แพทย์ทั่วไปสามารถให้การรักษาดูแลผู้ป่วยให้ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วยพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองแล้วญาตินำส่งโรงพยาบาลที่ไม่สามารถให้ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ ทำให้ต้องเสียเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่สามารถให้ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ (Schroeder et al., 2000 อ้างถึงในพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) นอกจากนี้วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ซึ่งวิธีการเดินทางจัดเป็นวิธีการเคลื่อนย้ายหรือนำพาผู้ป่วยมารับการรักษา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) เริ่มตั้งแต่สถานที่เกิดอาการครั้งแรกจนมาถึงโรงพยาบาลลูกข่าย และระยะที่ 2 จากโรงพยาบาลลูกข่ายมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย ในประเทศไทยพบว่าการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะที่ 1 พบมีเพียงส่วนน้อยที่ผู้ป่วยจะใช้บริการรถพยาบาล ส่วนใหญ่จะเดินทางโดยรถส่วนตัวหรือรถโดยสาร ซึ่งจากการศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่เดินทางมาโรงพยาบาลโดยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีระยะเวลาในการเดินทางน้อยสุด (นิภาพร ภิญโญศรี, 2551) และในระยะที่ 2 ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่ายมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายพบว่าในทางปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรถพยาบาล แต่ยังไม่มีการศึกษาที่มีการบันทึกผลชัดเจน ทั้งนี้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะให้บริการดูแลรักษาขณะที่นำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้และมีศักยภาพในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (WHO, 2007; สงครามชัย ลีทองดี, 2556 อ้างถึงในพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) ด้านความเชื่อ ความตระหนักของบุคคลหรือผู้ช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดพื้นฐานในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อธิบายได้ว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับ และมีความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของบุคคลซึ่งการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อาการเตือนของโรคจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Rosenstock, 1974 อ้างถึงในพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการของโรคมีความรุนแรงมากจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการของโรคมีความรุนแรงน้อย นอกจากนี้การรับรู้การเกิดอาการเตือนของโรคจะเป็นสิ่งชักนำที่มีผลต่อการตอบสนองในการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคและจะเกิดความรุนแรง บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษา (Seeking treatment behavior) เกิดขึ้น จากการศึกษาของสมบัติ มุ่งทวีพงษา และคณะ (Muengtawepongsa, Hungkok &

Harnirattisai, 2013 อ้างถึงในพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จำนวน 181 คน พบว่าการรับรู้หรือการตระหนักถึงอาการเตือนที่ไม่ดี จะเป็นปัจจัยสำคัญของการมารับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของซีฟาร์ด (Shephard, 2004) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงมากจะมารักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงน้อย ส่วนการรับรู้การเกิดอาการเตือนของโรคจากการศึกษาของมีมิสและคณะ (Memis et al., 2008 อ้างถึงในพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วย จำนวน 98 คน การที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากเมื่อมีอาการผู้ป่วยจะรอให้อาการหายเองและไม่รับรู้ถึงการเกิดอาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของหัตยาพร มะโน (2552 อ้างถึงในพัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม, 2559) พบว่าเมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าตนเองมีความผิดปกติที่บ่งบอกอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะละเลยในการเข้ารับการรักษาส่งผลให้เกิดความล่าช้า อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาข้างต้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรแพทย์ระบบประสาท เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและเป็นการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

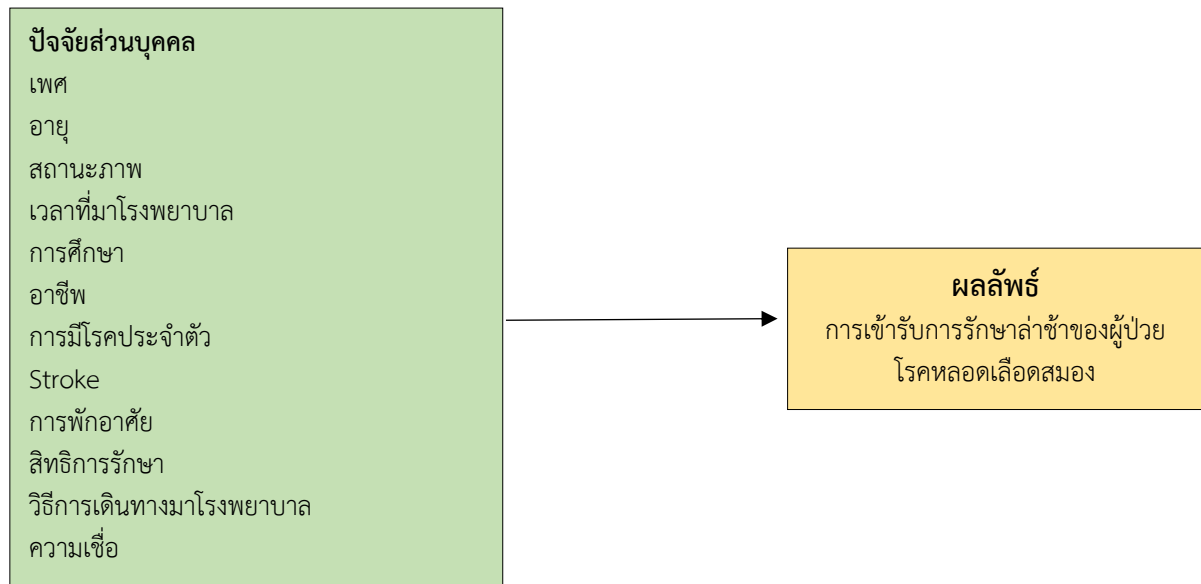
จากการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลสิงหนคร พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2566 มีจำนวน 154 ราย พบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการภายในเวลา 4.5 ชม. ตั้งแต่เริ่มมีอาการ จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.10 พบโอกาสพัฒนาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประเด็นการเข้ารับบริการ การให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยมี โรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.89 และมีผู้ป่วย 1 ราย ในปี 2566 ที่พบว่าเกิดอาการแขนขาอ่อนแรง ชักเกร็ง ขณะนอนในโรงพยาบาล โดยไม่ทราบระยะเวลาที่เกิดอาการแน่ชัด เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยในเรื่อง การประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังอาการ (โรงพยาบาลสิงหนคร, 2566)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงหนคร อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสิงหนคร ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงหนคร อาศัย ในเขตอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในช่วง เดือนตุลาคม – กันยายน 2566 จำนวนทั้งสิ้น 154 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคจิตกึ่งวล โรคซึมเศร้า จิตเภท โรคติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด ทั้งนี้อาสาสมัครที่ขอถอนตัวการเข้าร่วมโครงการวิจัยในทุกระยะ โดยที่ไม่ต้องชี้แจงเหตุผลการถอนตัวจากงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงหนคร อาศัย ในเขตอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในช่วง เดือนตุลาคม – กันยายน 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) โดย $n = 10k + 50$ จากตัวแปรอิสระ 12 ตัวแปร (รวมตัวแปรความต้องการและการยินยอมจากบุคคลในครอบครัว) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 (จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มารับบริการปี 2566 จำนวน 154 คน) ตามตำบล 10 ตำบล ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลาได้แก่ สทิงหม้อ หัวเขา ชิงโค วัดขุน ม่วงงาม ทานบ ป่าขาด ปากรอก บางเขียด รำแดง และ ชะแล้ จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายจากประชากรในแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบสอบถามของ Binthaisong (2013) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานะภาพ การศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษา การพักอาศัย วิธีการเดินทาง ความเชื่อ โดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการช่วยเหลือในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล รวม 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ถามเกี่ยวกับ การช่วยเหลือขณะผู้ป่วยมีอาการ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับระบบเครือข่ายการส่งต่อ จำนวน 2 ข้อเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ถามเกี่ยวกับวิธีการมา โรงพยาบาลของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน แพทย์ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน พบว่าแบบบันทึกสามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้บันทึกสามารถบันทึกข้อมูลตามหัวข้อที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำบันทึกขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากโปรแกรม Hos XP ของโรงพยาบาลสิงหนครจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจากนั้นประสานกับหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อดึงข้อมูลจนได้ข้อมูลครบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ก่อนตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลาด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่า .25 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value น้อยกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P -value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความเหนื่อยล่า และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำต่อมนุษย์โดยตรงแต่เป็นเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิโดยผู้วิจัยทำบันทึกขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากโปรแกรม Hos XP ของโรงพยาบาลสิงหนครจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

จากนั้นประสานกับหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อดึงข้อมูลจนได้ข้อมูลครบตามวัตถุประสงค์การวิจัยแล้วจึงทำลายข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.4 มีอายุเฉลี่ย 69.37 ปี (SD = 7.13) อายุต่ำสุด 30-50 ปี อายุสูงสุด 90 ปี โดยอายุอยู่ในช่วง 51-70 ปีร้อยละ 64.3 สถานภาพคู่ร้อยละ 63.6 เวลาที่มาโรงพยาบาลจะมาในเวลา ร้อยละ 64.8 การศึกษาเรียนหนังสือ ร้อยละ 65.8 อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 64.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 65.2 พักอาศัยอยู่กับลูกหลานญาติร้อยละ 71.4 ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 62.5 สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 63.4 มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 66.7 และ ไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับการปีนวดก่อนมา รพ. ร้อยละ 62.0

ตาราง 1 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงหนคร ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา แบบทีละปัจจัย

ตัวแปร	ล่าช้า		ไม่ล่าช้า		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	52	58.4	37	41.6	1		.331
หญิง	46	66.2	22	33.8	0.72	0.37-1.40	
อายุ (ปี)							
30 – 50 ปี	14	60.9	9	39.1	1		.823
51 – 70 ปี	45	64.3	25	35.7	0.86	0.33-2.28	(.768)
มากกว่า 71 ปี	36	50.9	25	41.0	1.08	0.40-2.88	(.877)
สถานภาพ							
คู่	77	63.6	44	36.4	1		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	18	54.5	15	45.5	1.46	0.67-3.18	.342
เวลาที่มา รพ.							
ในเวลา	70	64.8	38	35.2	1		
นอกเวลา	25	54.3	21	45.7	1.55	0.77-3.12	.223
การศึกษา							
เรียน	75	65.8	39	34.2	1		
ไม่เรียน	20	50.0	20	50.0	1.92	0.92-3.99	.079
อาชีพ							
งานบ้าน	54	64.3	30	35.7	1		
ข้าราชการบำนาญ/ลูกจ้าง	21	55.3	17	44.7	1.46	0.69-3.17	.635
บำนาญ							
ค้าขาย/รับจ้าง/ประกอบ	20	62.5	12	37.5	1.08	0.46-2.51	
อาชีพส่วนตัว							

ตัวแปร	ล่าช้า		ไม่ล่าช้า		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			

ตาราง 1 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงหนคร ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา แบบที่ละเอียด (ต่อ)

ตัวแปร	ล่าช้า		ไม่ล่าช้า		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง							
ไม่มี	35	56.5	27	43.5	1		
มี	60	65.2	32	34.8	0.69	0.36-1.33	.273
การพักอาศัยกับผู้อื่น							
อยู่คนเดียว	90	61.2	57	38.8	1		
อยู่กับลูกหลาน/ญาติ	5	71.4	2	28.6	1.58	0.30-8.44	.590
ประวัติเป็นstroke							
ไม่เป็น	90	61.6	56	38.4	1		
เป็น	56	62.5	3	37.5	0.96	0.22-4.19	.961
สิทธิการรักษา							
บัตรทอง	85	63.4	49	36.6	1		
เบิกได้/จ่ายตรง/ประกันสังคม	10	50.0	10	50.0	1.73	0.67-4.46	.253
วิธีการมา							
มาเอง	69	60.0	46	40.0	1		
การแพทย์ฉุกเฉิน	26	66.7	13	33.3	0.75	0.35-1.61	.460
ความเชื่อ							
ไม่เชื่อ	93	62.0	57	38.0	1		
เชื่อ	2	50.0	2	50.0	1.63	0.22-11.90	.339

จากตาราง 1 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงหนคร ในเขตอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่าเวลาที่มา รพ. และระดับการศึกษาของผู้ป่วย มีค่า p-value .025 จึงนำเข้าวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า ไม่มีตัวแปรใด มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงหนคร แต่เมื่อพิจารณาโดยใช้ค่าร้อยละพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในเวลาราชการมีร้อยละของการล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่มารับนอกเวลาราชการ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีตัวแปรใดมีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงหนคร แต่เมื่อพิจารณาโดยใช้ค่าร้อยละพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในเวลาราชการมีร้อยละของการล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่มารับนอกเวลาราชการและการมารับการรักษาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้เนื่องจากในเวลาราชการญาติหรือลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจึงต้องนำมารับการรักษานอกเวลาราชการโดยใช้รถส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลรายงานผลการ ดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี ระหว่างปี 2557-2559 อยู่ระหว่างร้อยละ

14.00 – 19.50 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2561) และจากการศึกษาของณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์, สุเทพ สีนกิตติยานนท์, นฤมล ปาเฉย, อรพรรณ มั่นตระกูล, และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์ (2558) พบว่า ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ รวมทั้งญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจากจุดเกิดเหตุไปที่โรงพยาบาลเอง โดยไม่มี การเรียกใช้หรือส่งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยเดินทางมาเอง เกิดจากความเข้าใจของผู้ใช้บริการคิดว่า บริการ 1669 ใช้กับการอุบัติเหตุเท่านั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ มาเดินทางมาโรงพยาบาลจะมีญาติติดตามมาด้วย จึงเกิดความไม่สะดวกในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hansuthiwetkul, Chenthanakij, & Chamnankul (2012) พบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามีรถส่วนตัวสามารถมาโรงพยาบาลเองได้และไม่เข้าใจบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรู้สึว่าการเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Phokham (2020) ที่พบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 1,907.3 นาที และต่างจากการศึกษาของ Srila, Baotun, Prakphon, & Chanpen (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 26.8 และต่างจากการศึกษาของ Khantichit, Saenchaisuriya, & Thepwan (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมาถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 180 นาที ร้อยละ 76.3 ค่าเฉลี่ยของการใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนเดินทางมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Pre-hospital time) เท่ากับ 1,117.7 นาที (S.D.=1,556.4) จากสถานการณ์ดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินของไทยยังคงมีภาวะเสี่ยงที่จะเสียชีวิตและเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ เพราะการนำส่งผู้ป่วยเอง หรือเดินทางมาเองในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ทำให้ ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ความช่วยเหลือ การเคลื่อนย้ายและการรักษาพยาบาล ในระยะฉุกเฉินที่เหมาะสมกับภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน (ธงชัย อามาตย์บัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, และบดินทร์ บุญจันทร์, 2560)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินหรือระบบรถพยาบาลฉุกเฉิน ให้ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีความสะดวกในการติดต่อเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงระบบบริการทั้งในเขต ชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในต่างจังหวัด และควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูล การเข้าถึงระบบบริการเป็นระยะ ๆ โดยผ่านเสียงตามสายของโรงพยาบาล แผ่นพับ
2. ด้านการพยาบาล ควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสร้าง ความตระหนักรู้ให้แก่ ประชาชนทั่วไปทั้งในและนอกโรงพยาบาล ด้วยการใช้สื่อต่าง ๆ อาทิเช่น เสียงตามสายของโรงพยาบาล แผ่นพับ โดยมีการประสานงานและขอความร่วมมือกับอาสาสมัครชุมชนเป็นระยะ ๆ ในการให้ความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดสมองแก่ประชาชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้รับความรู้และมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการรักษา ซึ่งการเข้าถึงการรักษาสามารถลดอัตรา การเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความพิการได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทบทวนปัจจัยหรือตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรศึกษารูปแบบการบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

References

- เขตบริการสุขภาพที่ 8. (2558). แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จิณัฐตา คาสารักษ์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ญัตติ วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 100-116.
- ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ และบวรวิทย์ ชานาญกุล. (2555). เหตุใดคนเชียงใหม่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(2), 268-277.
- ณัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์, สุเทพ สันกิตติยานนท์, นฤมล ปาเฉย, อรพรรณ มั่นตระกูล, และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์. (2558). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลรัฐเขตสุขภาพที่ 3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2557). การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 275 -282.
- ทิพย์รัตน์ วงศ์รัตน์. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถ ในการคัดกรอง การส่งต่อ และความพึงพอใจของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 149 -164.
- ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. (2562). คู่มือระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หจก คลังนานาวิทยา.
- ธงชัย อามตยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุ และบัณฑิต บุญจันทร์. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 37-46.
- นิภาพร ภิญโญศรี และสุพรรณ ธนศิลป์. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัทธวรรณ ปัญญาประชุม. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ , สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- มาลี คำคง. (2557). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บริบทโรงพยาบาลชุมชน. *วารสาร มฉก.วิชาการมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 18(35), 133-143.

- มรดก หมอกไชย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน: รายกรณีศึกษา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 2563; 5(3): 60-67.
- โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร. (2555). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องส่งไป สถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าและสามารถให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ตีบและอุดตัน ด้วยการฉีดยาสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ: กรุงเทพมหานคร.
- โรงพยาบาลสิงหนคร. (2566). รายงานอุบัติการณ์. สงขลา.
- วรุณี อึ้งฮก. (2554). ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล)มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. แนวทาง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1, (2560)
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2561). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2561. ราชบุรี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. เอกสารอัดสำเนา.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. (2565). การศึกษาสถานการณ์บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กลุ่มงานวิจัย สำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.).
- Binthaisong, T. (2013). Factors related to the time of arrival at the hospital after the onset of symptoms of acute strokepatients. *Kuakarun Journal*, 20(1), 15-29
- Hansuthiwetkul, N., Chenthanakij,B., & Chamnankul, B.(2012). Why do people in Chiang Maiso do not call for emergency medical services when an emergency or an accident. *Research Journal Public Health Systems*, 6(2), 268-277.
- Khantichit, P., Sanchaisuriya, P., & Thepwan, P. (2015). The period of treatment of ischemic strokepatients in Ubon Ratchathani province. *Journal of Health Systems Research*, 10(3), 227-228
- Srila, P., Baotun, R., Prakphon, P. & Chanpen, U. (2019). Factors related to the time to hospital arrival after the onset of acute stroke patients. *Phraphutthabat Hospital Journal of Clinical Medicine Education Center Phrapokklao Hospital*, 30(1), 7-15.

ผลของโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx)
ต่อการจัดการสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสีเหลืองและสีแดง

The Effect of the Primary Care Service Program towards a New Approach with
a Focus on People (NCDx) on Self-management of Health in Patients with
Type 2 Diabetes in the Yellow and Red groups

อนงค์ ยอดยิ่ง

Anong Yodying

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

Ban Samana Subdistrict Health Promotion Hospital, Muang Lamphun District, Lamphun Province

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Anong Yodying, E-mail yodying010213@gmail.com)

(Received: January 1, 2025; Revised: February 28, 2025; Accepted: April 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองวัดกลุ่มเดียวก่อนหลังในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความรู้ความ
ร่นแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ค่าดัชนีมวลกาย และค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่ม
สีเหลืองและสีแดง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 30- 65 ปี ที่มารับบริการ
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 – กรกฎาคม 2567 คำนวณ
กลุ่มตัวอย่างได้ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามและโปรแกรม
การจัดบริการปฐมภูมิโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตรวจสอบเครื่องมือด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC
ระหว่าง 0.67 – 1.00 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองโปรแกรมการจัดบริการ
ปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรู้ความ
รับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลอง ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่า
ก่อนทดลอง ($p\text{-value} < 0.001$) สำหรับค่าดัชนีมวลกายไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.066$) ดังนั้น
ทีมสหวิชาชีพควรนำหลักการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
โดยการประยุกต์การจัดการตนเองมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม

คำสำคัญ: การจัดบริการปฐมภูมิ, ประชาชนเป็นศูนย์กลาง, การจัดการสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental pre-post one-group study aimed to compare the perception of severity, perceived risk of developing diabetes, body mass index (BMI), and blood sugar levels of type 2 diabetes patients in the yellow and red groups. The study population consisted of diabetes patients aged 30-65 years who received services at Ban San Mana Subdistrict Health Promoting Hospital between February 2024 and July 2024. A sample size of 30 people was calculated, and the sample was selected through purposive sampling. The tools used consisted of two parts: a questionnaire and a primary care service program with a people-centered approach. The instruments were validated by three experts, with an IOC value between 0.67 and 1.00, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Ranks Test. The research findings showed that after the implementation of the primary care service program with a people-centered approach (NCDx), the experimental group had higher scores in the perception of severity and the perception of the risk of developing diabetes compared to before the intervention (p -value < 0.001). Blood sugar levels decreased after the intervention (p -value < 0.001). However, there was no significant difference in body mass index (BMI) (p -value = 0.066). Therefore, the interdisciplinary team should apply the principles of the people-centered primary care service approach by integrating self-management into their activities as a guideline for organizing programs.

Keywords: Primary care service, People-centered, Health management, Type 2 diabetes patients

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกพบว่า 1 ใน 10 ของผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน เสียชีวิต มากกว่า 4 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน หรือ 1 ใน 10 ของคนไทยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และในปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2567) ทั้งนี้ โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ ซึ่งทุกภาคส่วนมีความพยายามในการจัดระบบบริการให้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมาอย่างต่อเนื่องกว่า 20 ปี โดยให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการสมอภาคในผู้ป่วยทุกกลุ่ม เน้นการขยายการจัดบริการทางคลินิกด้วยมาตรฐานการบริการตามรูปแบบของศูนย์ความเป็นเลิศไปในทุกพื้นที่ของประเทศ เมื่อเกิดความแออัดภายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้มีการกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านด้วยกระบวนการจัดบริการแบบย่อส่วน (กรมการแพทย์, 2563)

การแพร่ระบาดของความเสี่ยงของโรคเบาหวานเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว ทั้งนี้ สาเหตุที่สำคัญอีกอย่าง คือ การขาดทักษะการจัดการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบท สังคมใหม่ ทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กรอีกด้วย (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และนิพา ศรีช้าง, 2561) ฉะนั้น การเฝ้าระวังโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา เปรียบเสมือนมิเตอร์นอกจากบอกจำนวนการป่วยและระดับความ

รุนแรงของโรคแล้วยังออกแบบให้เป็นเครื่องตรวจจับความผิดปกติทางสังคมอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการป่วยด้วย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ปัจจุบันประเทศไทยที่กำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และเป็นสัดส่วนภาระงานในระบบบริการสุขภาพที่สูง ฉะนั้น จึงมีการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อด้วยการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บดำเนินการสำรวจสุขภาพประชากรเพื่อประเมินความชุกด้านพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและความครอบคลุมการได้รับการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความสำคัญต้องทราบสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ การเฝ้าระวังโรคเป็นหนึ่งกลวิธีสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จากข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ในปีงบประมาณ 2566 พบ อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.62 ผู้ป่วยเบาหวานมารับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 70.79 อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.40 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 64.67 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 61.13 ผู้ป่วยเบาหวานภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 0.84 ผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 1.66 ผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 2.39 ผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ร้อยละ 1.79 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2566) ในขณะที่สถานการณ์โรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.38 อัตราผู้ป่วยเบาหวานมารับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 86.80 การตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.89 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 35.41 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 86.11 ผลการตรวจ HbA1c ที่มีค่ามากกว่า 7mg% ร้อยละ 10.41 ผู้ป่วยเบาหวานภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 0.69 ผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 1.4 ผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะไตเสื่อมระดับ 3 ร้อยละ 3.47 ผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ร้อยละ 0.69 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน, 2566)

สาเหตุการป่วยของโรคเบาหวานนอกจากเกิดจากพันธุกรรมแล้ว การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในวิถีชีวิตประจำวัน ตลอดจนลักษณะของสิ่งแวดล้อม ก็เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคเบาหวาน ซึ่งการที่ผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดการดูแลตัวเองได้นั้นจำเป็นที่จะต้องอาศัยการจัดการตนเองเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่ที่ไม่สามารถที่ประสบผลสำเร็จได้ เนื่องจากคนส่วนใหญ่มักไม่ได้ทำในสิ่งที่ตนเองรู้ว่าดี แต่ต้องอาศัยการเสริมพลังจากบุคลากรผู้ให้บริการให้ผู้ป่วยรับรู้ความเคยชินจนนำไปสู่การวางแผนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การนำโครงการอบรมปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) ต่อการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ ตำบลต้นธง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ครั้งนี้ ก็เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเอง สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของตนเองได้ตามความคาดหวังและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และเป็นไปตามตัวชี้วัดผลลัพธ์การให้บริการตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสีเหลืองและสีแดง หลังให้โปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx)
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสีเหลืองและสีแดง หลังให้โปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx)
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสีเหลืองและสีแดง หลังให้โปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx)

นิยามศัพท์เฉพาะ

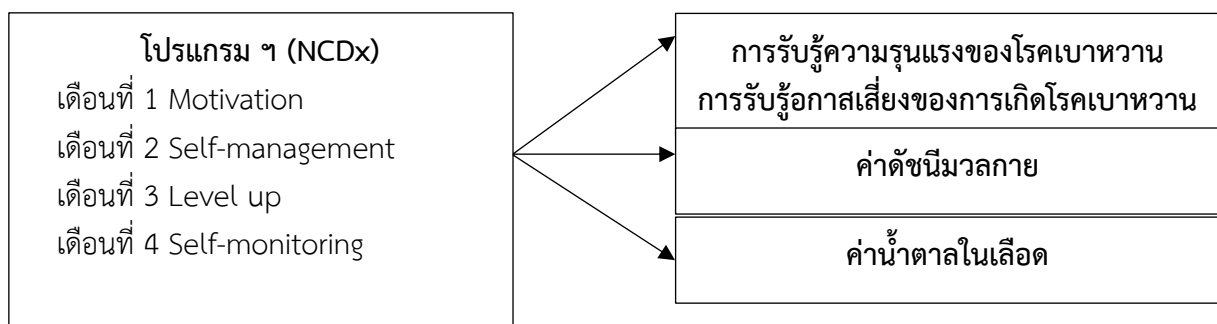
- สีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลก่อนอาหาร 125-155 mg% (เริ่มควบคุมไม่ได้)
สีแดง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลก่อนอาหารมากกว่า 155 mg% ขึ้นไป (ควบคุมไม่ได้)

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสีเหลืองและสีแดง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม
2. หลังการทดลองโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสีเหลืองและสีแดง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนให้โปรแกรม
3. หลังการทดลองโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มสีเหลืองและสีแดง กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนให้โปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 4 Reorienting the model of care เป็นการกำหนดกระบวนการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละกลุ่ม โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ดี (กลุ่มสีเหลืองและสีแดง) ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 1 กลุ่ม วัดก่อนหลัง (The one group pretest-posttest group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 30- 65 ปี ที่มารับบริการ ณ รพ.สต. บ้านสันมะนะ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 – กรกฎาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.25 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) อายุระหว่าง 30-65 ปี
- 2) เป็นเพศชายและเพศหญิง โดยเพศหญิงไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย 1 ตัว และไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี
- 4) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในกลุ่มสีเหลืองและสีแดง
- 5) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง Gout
- 6) สามารถพูด/สื่อสาร อ่านเขียนภาษาไทยได้ด้วยตนเองอย่างเข้าใจ
- 7) สามารถเดินทางมาอบรมด้วยตนเองได้
- 8) เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อด้วยความเต็มใจ

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria)

- 1) มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร เกิน 250 mg%
- 2) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ไตวายเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมอง ภาวะเบาหวานขึ้นตา
- 3) มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้มากกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มม.ปรอท
- 4) ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการอื่น
- 5) มีความประสงค์ยุติเข้าร่วมโครงการ

3. เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ดังนี้

- 1) มีความประสงค์ยุติเข้าร่วมโครงการ
- 2) ไม่สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) โรคประจำตัวอื่นที่ได้รับการรักษา 4) สิทธิการรักษาพยาบาล 5) อาชีพ 6) ระดับการศึกษา 7) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และ 8) ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

1.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

การแปลผล คะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวม มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

1.3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

การแปลผล คะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวม มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบไปด้วย

2.1 กล้องให้ความรู้ Healthy DM

2.2 คู่มือและวิดีโอโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx)

2.3 สมุดประจำตัวผู้พิชิตเบาหวานความดันโลหิตสูง การจัดการตัวเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.4 เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หลังจากการพัฒนาเครื่องมือเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน NCD งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาลลำพูน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่ม สีเหลืองและกลุ่มสีแดง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังได้รับการพิจารณาให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย
3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
5. ผู้วิจัยทำการซักประวัติ และตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อประเมินความพร้อมก่อนการทดสอบ และทดสอบ TUGT เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ขั้นทดลอง

1. ครั้งที่ 1 (เดือนกุมภาพันธ์ 2567) กิจกรรม Motivation สร้างการตระหนักรู้ ความหวัง และทางเลือกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้
 - ลงทะเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง และเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว
 - ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว และชี้แจงวิจัย วัตถุประสงค์ เชิญตัวยินยอมเข้าร่วมวิจัย สร้างสัมพันธภาพ กำหนดกติกากลุ่ม
 - กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนทดลอง
 - กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ
 - กิจกรรมคิด-เขียน ความฝัน ความหวัง
 - กิจกรรมวิดีโอ ลุงหนั้น “ควบคุมโรคอย่าให้โรคคุมเรา”
 - กิจกรรมชักชวนเข้าร่วมโปรแกรม ไม้บรรทัดวัดใจ
 - นัดหมายครั้งต่อไป
2. ครั้งที่ 2 (เดือนมีนาคม 2567) กิจกรรม Self-management การเสริมความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ในการจัดการอาหาร การเพิ่มการเคลื่อนไหว และการสร้างแผนสุขภาพส่วนบุคคล ใช้เวลาประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้
 - ลงทะเบียนชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว
 - กล่าวต้อนรับและการสร้างสัมพันธภาพ
 - กิจกรรม 4 อย่างที่ต้องรู้ในการออกแบบชีวิต
 - กิจกรรม วิดีโอ “การจัดการอาหาร” “ป่าแก้ว กับอาหารของเธอ”
 - นัดหมายครั้งต่อไป
3. ครั้งที่ 3 (เดือนเมษายน 2567) กิจกรรม Level up การจัดการอาหารอย่างเข้มข้น และเพิ่มการเคลื่อนไหวเพื่อนำไปสู่สมดุล ใช้เวลาประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้

- ลงทะเบียนชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว
- กล่าวต้อนรับและการสร้างสัมพันธภาพ
- กล่าวทักทายก่อนเริ่มบทเรียน
- กิจกรรม การจัดการอาหาร: สมดุลพลังงาน คำนวนการใช้พลังงาน
- กิจกรรม การจัดการอาหารวางแผนสุขภาพส่วนบุคคล
- กิจกรรม ทบทวนพันธสัญญา; ทำตามแผนได้หรือไม่
- กิจกรรม ไม่บรรทัดวัดใจ
- นัดหมายครั้งต่อไป

4. ครั้งที่ 4 (เดือนพฤษภาคม 2567) กิจกรรม Self-monitoring ทบทวนความรู้เรื่องการเลือกอาหาร เน้นการติดตามประเมินอาการตัวเอง ใช้เวลาประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้

- ลงทะเบียนชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว
- กล่าวทักทายก่อนเริ่มบทเรียน
- กิจกรรม ทบทวนพันธสัญญา; ทำตามแผนได้หรือไม่
- กิจกรรม ไม่บรรทัดวัดใจ การดอาหารทำนายอนาคต
- กิจกรรม การติดตามประเมินอาการตัวเอง
- กิจกรรม รู้จักสัญญาณอันตราย
- นัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นหลังการทดลอง

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้หลังการทดลอง (Post test)
2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ค่าดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังให้โปรแกรมการจัดการบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p\text{-value} < 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เลขที่รับรอง REC 2567-42 วันที่รับรอง 4 มกราคม พ.ศ. 2567 – 4 มกราคม 2568 และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการวิจัย และให้แบบสอบถามและเอกสารข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อใน Informed consent

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 3 ใน 5 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) ประมาณ 1 ใน 3 มีอายุระหว่าง 55 – 59 ปี (ร้อยละ 36.67) อายุเฉลี่ย 55.97 ปี (SD.= 6.17) อายุต่ำสุด 45 ปี อายุสูงสุด 65 ปี ประมาณ 3 ใน 5 ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 60.00) เกือบทั้งหมดมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 90.00) เกือบครึ่งมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.67) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 40.00) ครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท (ร้อยละ 50.00) และเกือบทั้งหมดมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 90.00)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกาย และค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า หลังการทดลองโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิวิถีใหม่ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลอง (p-value < 0.001) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง (p-value < 0.001) สำหรับค่าดัชนีมวลกายไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = 0.066) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกาย และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้ สถิติ Wilcoxon Signal Rank test (n= 30)

ปัจจัย	$\bar{x}$	SD	IQR	Z	p-value (1- tailed)
การรับรู้ความรุนแรง					
ก่อนการทดลอง	3.29	0.36	0.48	-4.294	< 0.001**
หลังการทดลอง	4.37	0.54	0.59		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ก่อนการทดลอง	3.05	0.80	0.75	-4.376	< 0.001**
หลังการทดลอง	4.63	0.62	0.75		
ค่าดัชนีมวลกาย					
ก่อนการทดลอง	22.73	2.86	2.40	-1.841	0.063
หลังการทดลอง	22.49	2.83	2.13		
ค่าน้ำตาลในเลือด					
ก่อนการทดลอง	147.47	10.84	22.25	-4.461	< 0.001**
หลังการทดลอง	134.50	15.04	29.25		

**p-value < 0.01

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการจัดบริการปฐมภูมิวิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานหลังการให้โปรแกรม ๑ สูงกว่าก่อนให้โปรแกรม ๑ อาจจะเป็นเพราะว่า โปรแกรมที่จัดขึ้นในครั้งนี้ มีกิจกรรมที่สร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน สร้างแรงจูงใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยได้ใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และมีการดึงผู้ป่วยเข้ามาเป็นผู้ตัดสินใจในเป้าหมายของตนเองและกิจกรรมของตนเอง โดยกิจกรรมแรกที่ผู้วิจัยได้ชักชวนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ คือ การทำตามความฝันที่จะใช้ชีวิตร่วมกับโรคเบาหวาน ฉะนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีความรอบรู้ ความรู้ และความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานเป็นอยู่ อีกทั้งในกิจกรรมจะมีทั้งแบบบรรยาย วีดีโอ และการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ,

ณิกานต์ วงษ์ประกอบ, ราไฟ หมั่นสะเกษ และสุกัญญา จุลละสุวรรณ (2563) ที่ได้กล่าวไว้ว่า วิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง ควรเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีการรับรู้ และยอมรับที่จะปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานหลังการให้โปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น

สำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า หลังการให้โปรแกรมการจัดการบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรม ฯ อาจจะเป็นเพราะว่าในการออกแบบการจัดการบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่นี้ได้ออกแบบกระบวนการดูแลให้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงทางคลินิกหรือความเสี่ยงสุขภาพแตกต่างกัน โดยที่ทุกกลุ่มจะมีบริการสร้างการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับความเข้มข้นที่เหมาะสมกับบุคคลและมีพี่เลี้ยงที่ช่วยดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยและแพทย์ร่วมกันวางแผนและช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามแผนที่วางไว้และสามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้ จนสามารถที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ยังมีกิจกรรมที่เสริมความรู้ทั้งในเรื่องของโรคเบาหวาน การจัดการอาหาร การเพิ่มการเคลื่อนไหว และมีการวางแผนสุขภาพของตนเอง กิจกรรมดังกล่าวจึงส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับดวงรัตน์ อินทรแสน (2566) ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เช่นเดียวกับบนพรัตน์ ศรีสุวิภา และจิรณัฐ งามยิ่งยศ (2567) ที่พบว่า หลังให้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลง และการศึกษาของปราณี ศรีสงคราม, สุภาณี วาจาดี และนพรัตน์ จันทรฉาย (2563) ที่พบว่า หลักการให้โปรแกรมการจัดการตนเอง ทำให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ส่วนค่าดัชนีมวลกาย พบว่า หลังการโปรแกรม ฯ การจัดการบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (NCDx) กับก่อนให้โปรแกรม ฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการนำโปรแกรม ฯ นี้ มาใช้ในการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ร่วมกันวางแผนให้น้ำหนักลดลง 10 -15 % ภายในระยะเวลา 6 เดือน – 1 ปี โดยคนไหนที่ไม่อ้วนลงพุงหรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ก็ไม่ต้องลดแต่จะต้องคงน้ำหนักให้คงเดิม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักลด 4 ราย (ร้อยละ 13.33) และมีค่าดัชนีมวลกายเท่าเดิม 24 ราย (ร้อยละ 86.67) และไม่มีผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเดิม จึงทำให้ผลค่าดัชนีมวลกายจะไม่มีมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนให้โปรแกรม ฯ และหลังให้โปรแกรม ฯ แต่ค่าดัชนีมวลกายมีค่าลดลง กล่าวคือ ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย 22.73 (SD.=2.86) และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 22.49 (SD= 2.83) แตกต่างกับการศึกษาของ สุภาพร ทิพย์กระโทก และธนิดา ผาติแสนะ (2563) ที่พบว่า หลังให้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน อาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษาดังกล่าวศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง แต่การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างไม่เฉพาะเจาะจงกลุ่มที่อ้วนลงพุง

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

ทีมสหวิชาชีพควรนำหลักการจัดการบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการประยุกต์การจัดการตนเองมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานจัดบริการปฐมภูมิสู่วิถีใหม่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางที่ต่อเนื่องและนำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่จะนำไปใช้ พร้อมศึกษากับผู้ป่วยในเชิงลึกกับผู้ป่วยเบาหวาน

References

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และนิพา ศรีช้าง. (2561). การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน: ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ ฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- กรมการแพทย์. (2563). คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). กรุงเทพฯ ฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถานการณ์โรคเบาหวาน. นนทบุรี.
- กฤตกร หมั่นสระเกษ, นิชกานต์ วงษ์ประกอบ, รำไพ หมั่นสระเกษ และสุกัญญา จุลละสุวรรณ. (2563). กลยุทธ์การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(2), 214-225.
- ดวงรัตน์ อินทรแสน. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 10(8), 277-288.
- นพรัตน์ ศรีสุวิภา และจิรณัฐ งามยิ่งยศ. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 30(1), 35-49.
- ปราณี ศรีสงคราม, สุภาณี วาจาดี และนพรัตน์ จันทน์ฉาย. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 5(1), 84-94.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. (2566). ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน. (2566). รายงานโรคไม่ติดต่อ ปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน.
- สุภาพร ทิพย์กระโทก และธนิดา ผาติเสนะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 210-223.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.



Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

Effect of the Food Literacy Promotion Program on Dietary Behaviors Among
at Risk Group of Hypertension in Kamphaengsaen Hospital

อังคณา แก้วมณี

Angkana Kaewmanee

โรงพยาบาลกำแพงแสน

Kamphaengsaen hospital

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Angkana Kaewmanee, E-mail Angkanaka.research@gmail.com)

(Received: February 25, 2025; Revised: April 8, 2025; Accepted: May 15, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัท ปิรม ร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired T-test

ผลการวิจัยในส่วนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($M=3.49$, $SD=0.9$) ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร ($M= 2.92$, $SD= 1.02$) ($p\text{-value} <0.001$) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดทักษะและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม จนนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี โรงพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร ไปปรับใช้เพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น ๆ ได้

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Abstract

This one group pre - post test quasi-experimental research aimed to compare the dietary behavior scores of individuals at risk of hypertension before and after participating in a food literacy promotion program. The sample consisted of 30 individuals aged between 35 and 59 years, identified as being at risk of hypertension, who attended the outpatient department at Kamphaengsaen Hospital, Nakhon Pathom Province. The participants were selected through purposive sampling.

The research instruments included the food literacy promotion program, developed based on Nutbeam's health literacy concept and adapted with the food literacy framework of Fingland et al. Data was collected using a dietary behavior questionnaire with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired T-test.

The results revealed that after participating in the food literacy promotion program, the participants' average dietary behavior score improved from a pre-program mean of 2.92 (SD = 1.02) to a post-program mean of 3.49 (SD = 0.9), with a statistically significant difference (p-value < 0.001). This indicates that the program effectively enhanced participants' skills and encouraged positive changes in their dietary behaviors, leading to improved health conditions.

This study suggests that nurses and other healthcare professionals can adapt the food literacy promotion program as a preventive strategy to reduce the incidence of hypertension and people at risk of high blood pressure in different areas.

Keywords: High-Risk group for Hypertension, Food Literacy Promotion Program, Dietary behaviors

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากทั่วโลกมีเพียง 1 ใน 5 หรือร้อยละ 21 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทยจากข้อมูล ณ 17 พฤษภาคม 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน และมากกว่า 7 ล้านคนที่ป่วยแต่ยังไม่เข้ารับการรักษ โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น และเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา (ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, 2566) ในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงมากถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2021)

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กลุ่มประชากรที่มีระดับความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวหรือค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัวหรือค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท (Thai Hypertension Society,

2019) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง และคณะ (Arahunget et al.,2018) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญที่จะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเกิดผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการปฏิบัติดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

ผลการดำเนินงานในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ในปี 2565 - 2567 พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการเป็นจำนวน 1,186, 1,361 และ 1,237 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกำแพงแสน, 2567) และจากการคัดกรองผู้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2565 – 2567 เป็นจำนวน 3,590, 3,970 และ 4,221 ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยองค์การอนามัยโลกให้นิยามความรู้ด้านสุขภาพว่า กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) แนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการวัดหรือประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักปฎิบัติ (Nutbeam, 2008) มีความชัดเจนขึ้นเมื่อจำแนกทักษะออกเป็น 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร 3) ทักษะการสื่อสารด้านการบริโภคอาหาร 4) ทักษะการตัดสินใจด้านการบริโภคอาหาร 5) ทักษะการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการบริโภคอาหารความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กล่าวคือ หากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและยังพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (Thongma,2020) หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะโดยรวม

พฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ด้านสุขภาพที่สะท้อนถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง (Visedkaew & Muktabhant, 2020) โดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านอาหารของฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) กล่าวว่าการพัฒนาความก้าวหน้าของความรู้ด้านอาหาร สามารถอธิบายความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่ใช้เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอาหารให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงองค์ประกอบเหล่านี้ เพื่อพยายามสะท้อนถึงอาหารและการรับประทานอาหารร่วมสมัยได้ดียิ่งขึ้นและสะท้อนถึงผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับ อาหารที่หลากหลายตั้งแต่ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปจนถึงทักษะการดำรงชีวิตแนวคิดเรื่องความรู้ด้านอาหาร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผนและการจัดการอาหาร 2) การเลือกอาหาร 3) การเตรียม อาหาร และ 4) การบริโภคอาหาร รวมถึงความสามารถในการอ่าน วิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลโภชนาการ อย่างเข้าใจ เพื่อตอบสนองความต้องการและการกำหนดการบริโภค โดยตัดสินใจจากข้อมูลด้านอาหารและบริบท สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมที่เป็นอยู่อย่าง

เหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการคือการนำมาใช้ในการดูแลบำรุงสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (Youngiam & Abdullakassim, 2021) การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าความรู้ด้านอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงมีประสิทธิภาพเพียงใด ในการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้เลือกสรร การวิเคราะห์ทางสถิติ ระบุว่าคะแนนหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และประยุกต์ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ ของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ทั้ง 6 ทักษะ ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมจนเกิดเป็นความรอบรู้ด้านอาหารและสามารถนำทักษะความรอบรู้ด้านอาหารนั้นไปประยุกต์ใช้กับตัวบุคคลได้อย่างเหมาะสมและนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ดังนั้นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารให้เกิดทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก มีบทบาทที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และดูแลสุขภาพในลักษณะบูรณาการเป็นบริการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการดูแลและป้องกันการเกิดโรค โดยนำรูปแบบความรู้ด้านอาหารประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและ เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ (Health Education Division, 2015)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร

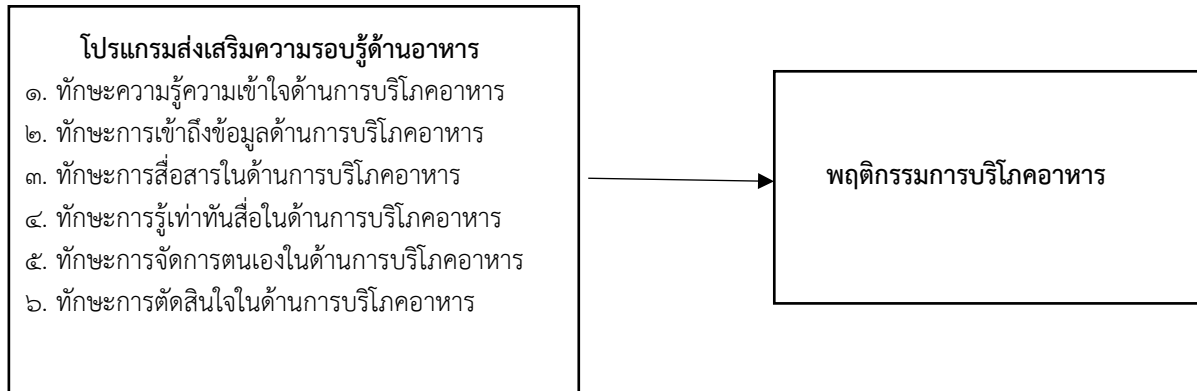
สมมุติฐานการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการวิจัยของสุทธาทิพย์ ไหมคำ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจเพื่อสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพื่อส่งเสริมการค้นหาสืบค้นข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้านการบริโภคอาหาร 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อส่งเสริมทักษะการเลือกใช้สื่อด้านการบริโภคอาหาร 5) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อกระตุ้นวิธีการแก้ไขปัญหาและการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและ 6) ทักษะการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมและการประเมินปัญหา รวมถึงกำหนดทางเลือกในด้านการ

บริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านอาหารของฟินแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนและการจัดการอาหาร 2) การเลือกอาหาร 3) การเตรียมอาหาร และ 4) การบริโภคอาหารที่มี ความเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลา ทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยแต่ละทักษะจะช่วยพัฒนาทำให้เกิดความรู้และทักษะที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการเกิดกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการวิจัย (One Group Pre - Post Test Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงแสน ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มารับบริการและมีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม (G*Power 3.1.9.2) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10 % เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติให้ครบตามที่กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่

1. วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งชายและหญิง
2. มีความสามารถในการสื่อสารได้เป็นปกติ เช่น ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. มีอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต ที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม (Withdrawal criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอนตามระยะเวลาโปรแกรมฯ และมีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วย หรือย้ายถิ่นฐานที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการวิจัยของ สุทธาทิพย์ ไหมคำ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ทั้ง 6 ทักษะ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหาร 3) ทักษะการสื่อสารด้านการบริโภคอาหาร 4) ทักษะการตัดสินใจด้านการบริโภคอาหาร 5) ทักษะการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านอาหารของฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบประกอบด้วย 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการตัดสินใจในด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระยะดำเนินการกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ใช้เวลากิจกรรมละ ประมาณ 45-60 นาที โดยสัปดาห์ที่ 1 ทำแบบสอบถาม Pre test ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 4 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 และ 6 ส่วนสัปดาห์ที่ 4-7 ติดตามสมาชิกเป็นรายกลุ่มโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการติดตามและการบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร ทั้งหมด 5 กลุ่มๆละ 6 คน (ใช้เวลาดำเนินการ 30-45 นาที) และสัปดาห์ที่ 8 ดำเนินกิจกรรมการทำแบบสอบถาม Post Test และสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้ กล่าวปิดกิจกรรมพร้อมยุติการวิจัย (ใช้เวลาดำเนินการ 1-1.30 ชั่วโมง) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ทักษะความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจึงอธิบายและบรรยายเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในด้านการวางแผนและการจัดการอาหาร, การเลือกอาหาร, การเตรียมอาหาร และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการวิเคราะห์ในด้านการวางแผนและการจัดการอาหาร, การเตรียมอาหารและการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันที่ผ่านมาเป็นอย่างไร โดยร่วมกันอภิปรายและนำเสนอ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัย จึงสรุปผล และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถามข้อสงสัย

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง แหล่งสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต รวมถึงวิธีการค้นหาและเข้าถึงรวมทั้งการตรวจสอบข้อมูลที่นำเสนอผ่านช่องทางต่าง ๆ ประกอบด้วย Google, YouTube, website หรือแหล่งสืบค้นอื่น ๆ เช่น สื่อศึกษา หรือคู่มือต่าง ๆ และฝึกการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตโดยผ่านระบบมือถือสำหรับผู้เข้าร่วมที่ใช้ Android, IOS และผ่านระบบ โน้ตบุ๊ก และคอมพิวเตอร์ หรือแหล่งสืบค้นอื่น ๆ เช่น สื่อศึกษา คู่มือต่าง ๆ ที่สามารถค้นหาได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือและฝึกการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้รับทราบถึงแหล่งข้อมูลการบริโภคอาหาร รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหาค้นหาข้อมูลที่ต้องการ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 3 ทักษะการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เรื่องเทคนิคการสื่อสารเกี่ยวข้องกับการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหารและใช้บุคคลต้นแบบเล่าสถานการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างและฝึกการสื่อสารและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมโดยให้สมาชิกฝึกวิเคราะห์ ผลดี-ผลเสีย ใช้สื่อจากรูปภาพด้านการบริโภคอาหารที่ให้ประโยชน์และโทษ มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และผู้อ่านนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกฝึกกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตามจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และดำเนินการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมายรวมถึงมีการบันทึกการบริโภคอาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 6 ทักษะการตัดสินใจในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกฝึกกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกการบริโภคอาหารและหลีกเลี่ยงเพื่อให้มีสุขภาพดี พร้อมบอกเหตุผลประกอบการตัดสินใจได้ หลังจากนั้นใช้สถานการณ์ตัวอย่างเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และบุคคลที่ทำอาหารให้รับประทาน ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ รวมจำนวน 51 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามที่พัฒนามาจากของธัญย์สีดา ยอดอ่อน และ มุกดา หนูยศรี (Yod-on & Nuysr, 2020) มีข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ โดยลักษณะคำถามมีความสอดคล้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมี 5 ตัวเลือก ในลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวกคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4 และ 5 ดังนี้ 1) ไม่ได้ปฏิบัติ 2) ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง 3) ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบางครั้ง 4) ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 5) ปฏิบัติ 7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติทุกครั้ง ตามลำดับและคะแนนพฤติกรรมด้านลบคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, 1 ดังนี้ 1) ไม่ได้ปฏิบัติ 2) ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง 3) ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบางครั้ง 4) ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 5) ปฏิบัติ 7 วัน ต่อสัปดาห์ปฏิบัติทุกครั้ง ตามลำดับ และการแปลผลระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังต่อไปนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ระดับพฤติกรรมมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ระดับพฤติกรรมมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับพฤติกรรมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับพฤติกรรมน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งปรับการใช้ภาษาและสื่อความหมายให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างประชากร ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยดำเนินการกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินการกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร สามารถดำเนิน

กิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด บางกิจกรรมมีใบงานความรู้ ได้มีการปรับให้กระชับ ชัดเจนขึ้น ใช้ภาษาที่ง่าย และมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พัฒนาเครื่องมือมาจากของ ธัญยีสิตา ยอดอ่อน (2562) โดยวิธีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.97 และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่35/2567 วันที่ 23 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งนี้ในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะยกเลิก หรือออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้ววิเคราะห์ค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.67 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ($\bar{x}$ = 41.03, SD = 7.48) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 73.33 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.67 บุคคลที่ทำอาหารให้ ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานหรือซื้อด้วยตัวเอง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 30)

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P- Value
	M	SD	M	SD	
กลุ่มตัวอย่าง	2.92	1.02	3.49	0.9	< 0.001

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ที่ค่าเฉลี่ย 2.92 (SD = 1.02) และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังได้รับโปรแกรมฯ ที่ค่าเฉลี่ย 3.49 (SD = 0.9)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานตามที่ได้ตั้งไว้ว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการศึกษาของสุทธาทิพย์ ไหมคำ ซึ่งพัฒนาแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 ทักษะและประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก โดยดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะไว้ในโปรแกรมฯ ดังนี้

1. ทักษะความรู้ความเข้าใจในด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งในขั้นตอนและเนื้อหาของกิจกรรมจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยฝึกการเรียนรู้จากกิจกรรมกลุ่ม และฝึกวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งฝึกการวิเคราะห์ด้านการวางแผนและการจัดการอาหาร การเลือกอาหาร การเตรียมอาหารและการบริโภคอาหาร และร่วมกันอภิปรายผลทำให้เกิดทักษะความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น มีความเข้าใจที่ชัดเจน เกิดความตระหนักและสนใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง (จุฑามาศ แก้วจันดีและคณะ, 2566)

2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลในด้านการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่อง แหล่งสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตรวมถึงวิธีการค้นหาและเข้าถึงผ่านช่องทางต่าง ๆ และผู้วิจัยสาธิตเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น หลังจากนั้นฝึกการสืบค้นข้อมูลจนสามารถเข้าถึงข้อมูล และสามารถตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น โดยมีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น (Chasuwan et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ หมั่นมี (2563) ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชันในการจำแนกอาหารประเภทอาหาร หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ด้านการจำแนกประเภทอาหารสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

3. ทักษะการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เรื่องเทคนิคการสื่อสารเกี่ยวข้องกับการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหารและใช้บุคคลต้นแบบเล่าสถานการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างและฝึกการสื่อสาร และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเรือน และคณะ (2567) พบว่า การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของในสตรีอายุ 30–60 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

4. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในด้านการบริโภคอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกวิเคราะห์ ผลดี-ผลเสีย ใช้สื่อจากรูปภาพด้านการบริโภคอาหารที่ให้ประโยชน์และโทษ มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ (ฉัตรสกุล แมบจันทิก และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภัสร์ บัวประดิษฐ์ และ สุรศักดิ์ เส่าแก้ว (Buapradit & Saokaew, 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาต่อ พฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในจังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่าความรู้เฉลี่ยเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพและการโฆษณาของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

5. ทักษะการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดำเนินการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมายรวมถึงมีการบันทึกการบริโภค อาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ถูกต้อง ซึ่งการเตือนตนเอง และวิธีการจัดการตนเองในด้านอาหารที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของตนเอง จะส่งผลทำให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ปกป้อง (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนลงพุง ที่ได้ให้กลุ่มทดลองการวิเคราะห์พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การตั้งเป้าหมายตนเองและฝึกทักษะการปรับอาหาร ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมี การตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$)

6. ทักษะการตัดสินใจในด้านการบริโภคอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกการบริโภคอาหารและหลีกเลี่ยงเพื่อให้มีสุขภาพดีพร้อมบอกเหตุผลประกอบการตัดสินใจได้ หลังจากนั้นใช้สถานการณ์ตัวอย่างเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Singtong, et al. (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งกิจกรรม เน้นการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง ภายหลังการเข้าโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ การเข้าใจข้อมูล โภชนาการ การวิเคราะห์ข้อมูลโภชนาการและการตัดสินใจบริโภคอาหาร หลังทดลองแตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ทางผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีการพูดคุย กระตุ้น และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 4-7 เพื่อเป็นการกระตุ้น ชักจูงหรือนำน้ำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี จนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ นระสนธิ์ และคณะ (2567) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารร่วมกับแอปพลิเคชันอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กริช เรืองไชย และ อภิญญา อุดระชัย (Ruangchai & Uttarachai, 2020) ที่ใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานพบว่า ปริมาณการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ทั้ง 6 ทักษะ ร่วมกับ ความรอบรู้ด้านอาหารของ ฟิงแลนด์ และคณะ (Fingland et al., 2021) ทั้ง 4 องค์ประกอบ ครอบคลุมตั้งแต่การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้กลุ่มทดลองเกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ จนเกิดองค์ความรู้ เกิดทักษะและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจนนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลและชุมชน
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาลในโรงพยาบาลและชุมชน ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่
3. ด้านบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นระยะๆ ต่อไป
2. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน เป็นต้น
3. ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด เป็นต้น

References

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2564). รายงานประจำปี 2563 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สรุปข้อมูลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี 2563-2565. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กฤติยา ชาสุวรรณ, เดชา ทาดี และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2564). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 46(2), 251-261.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กรมควบคุมโรค.
- ขวัญเรือน สุขเพ็ญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน ตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*; 5(2): 47-58.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกำแพงแสน (2567). รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลกำแพงแสน.
- จารุวรรณ หมั่นมี. (2564). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารกรมการแพทย์*, 46(1), 53-63.
- จินดารัตน์ สมใจนึก และ จอม สุวรรณโณ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนในกลุ่มวัยช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นตอนปลายสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น: การเปรียบเทียบความชุกในห้ากลุ่มอายุและสามกลุ่มอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด*. 31(1), 142-159.
- จุฑามาศ แก้วจันดี, พิชราภรณ์ ไกรนรา, วีระชน หวังสวัสดิ์ และนิชนันท์ บุญสุข. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 19(1), 11 - 25. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/261418>
- ฉัตรสกุล แมบจันทิก และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก*, 40(1) มกราคม-เมษายน 2565.
- ธัญสิดา ยอดอ่อน และ มุกดา หนูศรี. (2562). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 13(2), 388-399.
- ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์. (2566). กรมควบคุมโรคแนะประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ “รู้เลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ”. <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/182186>.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(3), 509-526.
- วิศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 152-165.

- สุทาทิพย์ ไหมคำ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธิดา แก้วทา, ภาณุวัฒน์ คาวังสง่า และอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- สุนันทา ปกป้อง, ปาหนัน พิชยภิญโญ, สุนีย์ละกา ปั่น และ กรภัทร มยุระสาคร. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารต่อรอบเอวและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนลงพุง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 213-224.
- อมรรัตน์ นระสนธิ์ และสมลักษณ์ เทพสุรียานนท์. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารร่วมกับแอปพลิเคชันอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 34(2), 97-110.
- อาภัสร์ บัวประดิษฐ์ และ สุรศักดิ์ เส่าแก้ว.(2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ จังหวัดนครนายก. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 12(4), 932-942.
- Arahung, R., Hoontrakul, S., & Roojanavech, S. (2018). The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(3), 509- 526. (in Thai)
- Chasuwan, K., Tongdee, J., Phanlek, N., & Dissara, W. (2022). *Self-management of older persons with hypertension. Journal of Health Research and Innovation*, 5(2), 14-27. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/259881>. (in Thai)
- Fingland, D., Thompson, C., & Vidgen, H. A. (2021). *Measuring food literacy: Progressing the development of an international food literacy survey using a content validity study. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1141. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031141>
- G*Power. <https://rid.psu.ac.th/animal/th/assets/document/GPower5-7.pdf>
- Health Education Division. (2015). *Guidelines for promoting health literacy and developing health behaviors in health management subdistrict*. <http://www.hed.go.th>
- Ministry of Public Health. (2019). *NCD annual_report2019*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine*, 67(12),2072-2078.
- Ruangchai, K., & Uttarachai, A. (2020). Physical activity and food consumption affect to health status in worker at Khlong Luang, Pathum Thani. *Research and Development Health System Journal*, 13(1), 354-359. (in Thai)

- Singtong, T. (2022). *Effects of a nutrition literacy promotion program on eating behavior of secondary school students*. Master's thesis, Thammasat university. TU Digital Collections. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:178272. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai Guidelines on the treatment of hypertension 2015 update 2019*. <http://www.thaihypertension.org>.
- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50-62. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/243809/165725>. (in Thai)
- Visedkaew, K., & Muktabhant, B. (2020). Association between nutrition literacy and the consumption of snacks and sweetened beverages among undergraduate students in the health sciences faculties of Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal*, 35(2), 183-192. (in Thai)
- World Health Organization. (1998). *Health Promoting Glossary*. www.who.org.
- World Health Organization. (2020). *Improving hypertension control in 3 million people: country experiences of program development and implementation*. Geneva : WHO.
- World Health Organization [WHO], 2021 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: Policy implications for the region of the Americas. [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00036-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00036-9/fulltext)
- World Health Organization. (2023). *Blood pressure/hypertension*. The Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3155>
- Yod-on, T., & Nuysr, M. (2020). The effects of behavioral modification in food consumption program in uncontrolled hypertension patients, Nongmamong District, Chainat Province. *Research and Development Health System Journal*, 13(2), 388 - 399 . <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/255099/173300>. (in Thai)
- Youngiam, W., & Abdullakasim, P. (2021). *Effects of the “I See Right Sodium” program on sodium consumption behavior among university students in Lower Northern Region, Thailand* [Doctoral dissertation, Burapha University]. https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/61810007.pdf