

ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

สมควร พรหมคุณ¹

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3 Self ด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน และจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group) แลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย 21 คน เพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนำแนวทางที่ได้มาปรับใช้ในชุมชน เป็นระยะเวลา 1 เดือน ติดตามประเมินผล เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired samples t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ เท่ากับ 11.2 และ 14.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-20.100$, $p<0.05$) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ เท่ากับ 41.4 และ 45.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.999$, $p<0.05$) ดังนั้น ควรมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการติดตามดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างชุมชนน้อย E-mail:

The Effectiveness of Health Behavior Modification for Patients with Noncommunicable Diseases with the Mechanism of the Yang Chum Noi District Quality of Life Development Committee, Sisaket Province

Somkuan Promakun ¹

Abstract

This quasi-experimental study aims to study the effectiveness of changing health behaviors in patients with noncommunicable diseases with the Mechanism of the Yang Chum Noi District Quality of Life Development Committee, Sisaket Province. Collect data, information, and knowledge about noncommunicable diseases and the transformation of health behaviors according to the 3 self-concepts using questionnaires from a sample of 191 people and a focus group discussion forum to exchange and learn knowledge with the 21 Yang Chum Noi District Quality of Life Development Committee to find the transformation of health behaviors for patients with noncommunicable diseases. and apply the acquired guidelines in the community for 1 month to monitor, evaluate, and compare knowledge about noncommunicable diseases and the transformation of health behaviors before and after participating in the behavior exchange process. We analyzed quantitative data using number, percentage, mean, and standard deviation; comparative analysis was performed using paired simple t-test statistics; and qualitative data analysis was performed with content analysis.

The results of this study found that before and after participating in the process, the sample group had an average knowledge score of 11.2 and 14.4, respectively. testing statistical differences, it was found that the average knowledge score before and after participating in the process. There was a statistically significant difference ($t=-20.100$, $p<0.05$) in terms of health behavior modification. It was found that the sample groups There were average scores for behavior modification before and after participating in the process 41.4 and 45.6, respectively. Testing for statistical differences, it was found that the average scores for behavior modification before and after participating in the process is a statistically significant difference ($t = -17.999$, $p<0.05$). Therefore, there should be holistic integration between government agencies and the private and public sectors. Including focusing on the participation of all sectors, Monitoring the health of patients with chronic diseases and high-risk groups in the community continuously to reduce the risk of complications reduce the rate of chronic disease, and be able to be self-sufficient in sustainable health.

Keywords: Chronic disease, Health behavior, District Health Board

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Yangchumnoi Public Health Center, Email:

บทนำ

จากการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เป็นผลจากบริบททางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ส่งผลให้คนไทยเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไม่พอเพียงท่ามกลางค่านิยม วัฒนธรรมและสังคมแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงและเป็นภัยคุกคามสุขภาพ เกิดการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคน มีประชากรประมาณ 19 ล้านคนหรือร้อยละ 80 จะเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและยากจน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรวัยแรงงาน ซึ่งจะเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะหรือภาระทางสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year: DALY) จากโรคเรื้อรัง 6 ใน 10 อันดับแรก (World Health Organization, 2021)

อำเภอยางชุมน้อย มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปและมีกำลังในการซื้อสูง จากเดิมวิถีชีวิตเป็นระบบการเกษตร คือ ปลูกทุกอย่างที่กินได้ เปลี่ยนเป็นปลูกทุกอย่างที่ขายได้ นิยมรับประทานผลไม้ภายหลังรับประทานอาหาร หรือรับประทานผลไม้รสหวานในระหว่างมื้ออาหาร เช่น มะม่วงสุก มะขาม สับปะรด เป็นต้น ส่งผลให้แนวโน้มเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้น จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป จากเดิมจะเป็นการประกอบอาหารโดยใช้วัตถุดิบในพื้นที่หรือครัวเรือนประกอบอาหารรับประทานเองในครัวเรือน ก็เปลี่ยนมาเป็นการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน การกินอาหารจากตามสภาพท้องถิ่น เปลี่ยนมาซื้อหาอาหารตามร้านสะดวกซื้อหรือรถเร่ แผงลอย การรับประทานเกินความจำเป็นหรือมากกว่า 3 มื้อต่อวัน การใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการทำงานกลางแจ้งต้องใช้แรงงาน เปลี่ยนเป็นเจ้าของกิจการหรือทำงานนั่งโต๊ะ การขาดการออกกำลังกาย

กาย การใช้ชีวิตประจำวันที่มีแต่ความเครียด เหล่านี้เป็นสาเหตุที่นำไปสู่โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยพบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันและเบาหวานร้อยละ 8.2 และ 4.6 ตามลำดับ (เสรี ราชโรจน์, 2537)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถลดปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งการขาดออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น จึงจำเป็นต้องบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่ชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย “การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561 (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางชุมน้อย, 2564) เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการดำเนินการบนพื้นฐานของ “การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทุกองค์ประกอบจากภาคประชาชน กับทุกภาคส่วนในภาครัฐ (ประชารัฐ)”

ขับเคลื่อนให้ระบบสุขภาพ มีคุณลักษณะของ “การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อ “สุขภาวะ (Well-being: อยู่กับปัจจุบันได้ดี)” ของประชาชนทุกคน ดังนั้น การกำหนดแนวทางร่วมกันด้วยกลไก พชอ. โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เครือข่ายและนำแนวทางดังกล่าวมาปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งการให้ความรู้ เพื่อส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมร่วมกันสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการจัดการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงให้สามารถดูแลตนเองได้ ช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และมีการพัฒนาระบบบริการด้วยระบบเครือข่ายให้ต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

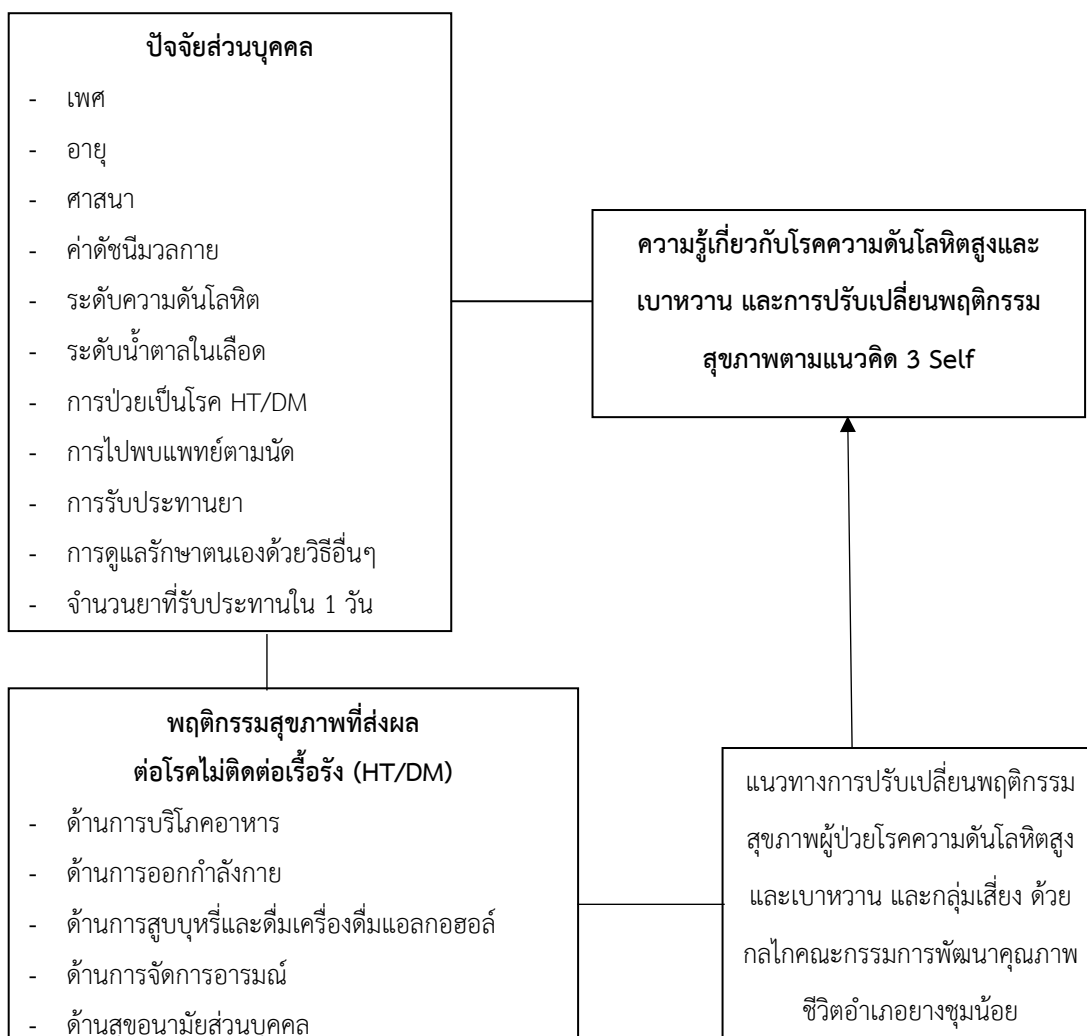
1.เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย

2.เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถอธิบายถึงประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework of Study) แสดงได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นรับการรักษาโรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้นจำนวน 3,823 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน โดยคุณลักษณะของตัวอย่างเป็นดังนี้

- 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
 - 2) เป็นบุคคลที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ.2563
 - 3) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก (Risk >30%) เมื่อคัดกรองและประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการศึกษา
 - 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย ที่ได้รับการแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 รวม 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาโครงการ เอกสาร ตำราต่างๆ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3 Self ได้แก่

- 1) การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้

- 2) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ

- 3) การดูแลสุขภาพตนเอง โดยวัดระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งพิจารณาระดับความรู้และระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเกณฑ์การแบ่งระดับของเกณฑ์มาก ปานกลาง และน้อย (จินตนา พรหมลาย, 2541) ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และตรวจสอบความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรู้ เท่ากับ 0.87 และแนวคำถามปลายเปิด เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสอบถามโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการอบรมเป็นผู้ช่วยวิจัย ที่ผู้วิจัยได้อธิบายข้อคำถามและวิธีการสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 191 คน และจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย 21 คน เพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอยางชุมน้อย และให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางที่ได้จากการสนทนากลุ่มและเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เมื่อครบ 1 เดือน ประเมินผลหลังดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ Paired samples t-test และวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPBH 2023-022 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนย่อย จังหวัดศรีสะเกษ ตามแนวทางที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างชุมชนย่อย โดยการจัดอบรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 3 Self สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งโซนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง (HT/DM) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ออกติดตามเชิงรุก สังเกตพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ในด้านต่างๆ ได้แก่ พัฒนาระบบนัดลดระยะเวลาการรอคอย เป็นต้น พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 โดยหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 92.1 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่าง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 โดยหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับมาก ร้อยละ 85.9

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ เท่ากับ 11.2 และ 14.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-20.100, p<0.05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ เท่ากับ 41.4 และ 45.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.999, p<0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=191)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	129	67.5
ชาย	62	32.5
อายุ		
27-36 ปี	6	3.1
37-46 ปี	16	8.4
47-56 ปี	68	35.6
57 ปีขึ้นไป	101	52.9
Mean (S.D)	57.1	(10.1)
Median (Min-Max)	58.0	(27-77)
ศาสนา		
พุทธ	180	94.2
คริสต์	11	5.8
ค่าดัชนีมวลกาย		
ต่ำ (<18.5 kg/m ²)	52	27.2
ปกติ (=18.5-23.4 kg/m ²)	42	22.0
อ้วน (≥23.5 kg/m ²)	97	50.8
ระดับความดันโลหิต		
ปกติ (<120/80 mmHg)	35	18.3
เสี่ยง (=120/80-139/89 mmHg)	126	66.0
ป่วย (≥140/90 mmHg)	30	15.7
ระดับน้ำตาลในเลือด		
ปกติ (<100mg/dl)	51	26.7
เสี่ยง (=100-125 mg/dl)	55	28.8
ป่วย (≥126 mg/dl)	85	44.5

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การไปพบแพทย์ตามนัด		
ทุกครั้ง	174	91.1
บางครั้ง	17	8.9
การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง		
ทุกครั้ง	162	84.8
บางครั้ง	26	13.6
ไม่เคย	3	1.6
การดูแลรักษาตนเองด้วยวิธีอื่นๆ		
ทุกครั้ง	40	20.9
บางครั้ง	94	49.2
ไม่เคย	57	29.8
จำนวนยาที่รับประทานใน 1 วัน (n=105)		
0-1 เม็ด	21	11.0
2-3 เม็ด	84	44.0
4 เม็ดขึ้นไป	86	45.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ (n=191)

ปัจจัย	Mean	S.D	t	p
ความรู้				
ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ	11.2	2.7	-20.100	.000
หลังเข้าร่วมกระบวนการฯ	14.4	1.2		
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ				
ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ	41.4	6.3	-17.999	.000
หลังเข้าร่วมกระบวนการฯ	45.6	3.9		

สรุป และอภิปรายผล

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.2) โดยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องในประเด็น “อาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง” (ร้อยละ 89.5) ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง คือ “อาการบ่งชี้ของโรคความดันโลหิตสูง” (ร้อยละ 41.4) หลังการอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ฯ เพิ่มขึ้น ในประเด็น “อาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง” (ร้อยละ 96.9) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างน้อย “คนยางขมน้อย ไม่ทอดทิ้งกัน” ทั้งการให้ความรู้และการออกติดตามดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-20.100, p<0.05$) จะเห็นได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกระบวนการฯ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อาและคณะ, 2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ป่วยหลังทดลองรูปแบบฯ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ (มยุรี เทียงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ, 2562) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่าง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.7) โดยมีความมั่นใจว่า “สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของวิทยากรและบุคลากรการแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด” (ร้อยละ 49.2) โดยพบว่า หลังเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในระดับมาก (ร้อยละ 85.9) ซึ่งมีความมั่นใจว่า “สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของวิทยากรและบุคลากรการแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด” (ร้อยละ 79.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.999, p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (พรพิมล พงษ์สุวรรณ, 2553) ศึกษาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิต ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ครอบครัวยุคใหม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการติดตามดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง ในชุมชนอย่างต่อเนื่องทั้งในการออกติดตามเชิงรุกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในการให้ความรู้ เรื่องโรคเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และเสริมสร้างทักษะในการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง สถานบริการและเครือข่าย
บริการสุขภาพทุกแห่ง ควรพิจารณานำแนวทางเหล่านี้เป็น
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการปรับ
กิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและบริบทของ
แต่ละชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ.(2560). การพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุม
ไม่ได้. วารสารกองการพยาบาล,
2560;44(2),141-158.
- มยุรี เทียงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ.(2562).
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.
วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข,
2562;28(4),696-710.
- พรพิมล พงษ์สุวรรณ.(2553). การพัฒนาการดูแลโรค
เรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ
ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย.(2564).
สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2564 สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย. ศรีสะเกษ:
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย.
- สำนักนายกรัฐมนตรี.(2564). ระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรี ว่าด้วย “การพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. Retrieved เมษายน 20,
2564, from สำนักนายกรัฐมนตรี:
[https://multi.dopa.go.th/legal/
news/cate1/view43](https://multi.dopa.go.th/legal/news/cate1/view43). 2561.

เสรี ราชโรจน์. (2537).หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและ
ประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสารการ
สอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและ
ประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3.
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช: นนทบุรี.

World Health Organization.(2021). The global
burden of disease 2021 update. Retrieved
April 3, 2021, from [http://www.who.int/
healthinfo/global_burden_disease/
GBD_report_2021_update_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2021_update_full.pdf).