

Development of a Management Model for Promotion of Health Care Behavior in Diabetic and High Blood Pressure Patients at Risk of Cardiovascular Disease in Nakhon Sawan

การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ
และหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

Gowit Payakwichian*

โกวิท พยัทธิเชียร*

Nakhonsawan Provincial Public Health Office

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

*Corresponding Author, E-mail: pkkowit@gmail.com

Article Info

- Received: February 13, 2023
- Revised: November 23, 2023
- Accepted: November 29, 2023
- Available online: December 21, 2023

Abstract

This research aimed to develop a management model designed to encourage health - promoting behavior in diabetic and high blood pressure patients at risk of cardiovascular disease in Nakhon Sawan and to investigate the outcomes of the model. A purposive sample of 40 participants was selected. The research tools included a Health Behavior Promotion Activity Manual and four measurement sets; knowledge assessment of health care behavior, perception of conditions at risk of disease, attitude toward health care behavior, and health care behavior. Data analysis involved descriptive statistics and *t* test analysis for the difference comparison. The research findings revealed a model to promote healthy behavior, consisting of the seven following activities: 1) provision of knowledge of diabetes, high blood pressure, and cardiovascular disease, 2) learning activities regarding the impact of the risk factors associated with diabetes and high blood pressure on the development of cardiovascular disease, 3) health care promotion in alignment with nutritional principles, 4) exercises, 5) emotion management, 6) follow - up home visits, and 7) knowledge exchange to promote proper health care behavior. The average values before and after the health behavior promotion activities differed. Improvements were found in 1) knowledge of health care, 2) perception of conditions at risk of disease, 3) attitude toward health behavior, and 4) health care behavior. Furthermore, the average scores after the experiment were significantly higher than those of prior experiment, with a significance level of .05. Regarding the average health outcomes post - experiment, there was a statistically significant

decrease in both waist circumference ($\bar{X} = 93.70$, S.D. = 8.83, $\bar{X} = 90.63$, S.D. = 8.93) and blood sugar values ($\bar{X} = 128.18$, S.D. = 58.03, $\bar{X} = 111.85$, S.D. = 39.39) at the 0.05 significance level. Satisfaction with the overall health behavior promotion management model was rated at a high level ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.56). When considering all items individually, each received a high rating ($\bar{X}$ between 3.64 - 4.38, S.D. between 0.48 - 0.66).

Keywords: Diabetes and Hypertension, Health Promotion Self - Management Model, Risk of cardiovascular disease

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ในจังหวัดนครสวรรค์ และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบดังกล่าว โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ คู่มือกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัด 4 ชุดคือ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบความแตกต่าง t test ผลการวิจัยพบรูปแบบการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วยกิจกรรม 7 ประเภท ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) การเรียนรู้ผลกระทบโอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) การดูแลสุขภาพตามหลักโภชนาการ 4) การออกกำลังกาย 5) การจัดการอารมณ์ 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ 7) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสม ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ได้แก่ 1) ความรู้ในการดูแลสุขภาพ 2) การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) พฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยผลภาวะสุขภาพหลังการทดลอง พบว่าความยาวรอบเอว ($\bar{X} = 93.70$, S.D. = 8.83, $\bar{X} = 90.63$, S.D. = 8.93) และค่าน้ำตาลในเลือด ($\bar{X} = 128.18$, S.D. = 58.03, $\bar{X} = 111.85$, S.D. = 39.39) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.56) และเมื่อพิจารณารายข้ออยู่ในระดับมากทุกข้อ ($\bar{X}$ ระหว่าง 3.64 - 4.38, S.D. ระหว่าง 0.48 - 0.66)

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด, รูปแบบการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นกลุ่มโรคสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเรียกว่ากลุ่มโรค Non - communicable diseases (NCDs) เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อจากคนสู่คนได้โดยการสัมผัสหรือการหายใจ แต่เป็นโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม ประกอบไปด้วย 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มโรคนี้เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและอันดับหนึ่งในประเทศไทย (Chulalongkornhospital, 2021) ทั้งในด้านของจำนวนผู้เสียชีวิตและเกิดภาวะโรคโดยรวม ทั้งนี้ การใช้ชีวิตประจำวันของคนในปัจจุบันมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากมาย ทำให้คนมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง รวมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด และอาหารที่มีไขมันสูง พฤติกรรมเหล่านี้จะทำให้เกิดภาวะอ้วน เกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือด นอกจากนี้ การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง รวมทั้งโรคมะเร็งบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย ประกอบกับความเครียดและการพักผ่อนไม่เพียงพอรวมกันสะสมเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน นำไปสู่การเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูง รวมทั้งบางโรคยังรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Division of Health Education, Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University, 2020)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทยทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโดยรวม จากการรวบรวมสถิติภายในประเทศไทยพบว่า มีจำนวนประชากรถึง 14 ล้านคนที่เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีแนวโน้มสถานการณ์ของการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังถือเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ (Bureau of Non - communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) ทั้งนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคหลอดเลือด รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งสถิติการเสียชีวิตดังกล่าวยังแสดงว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคตจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral Risk Factors Surveillance System: BRFSS) (Bureau of Non - communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016) แนวโน้มปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2559 - 2562 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนในกลุ่มประชากรทั่วไปอายุ 15 - 79 ปี ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น โดยระดับความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เสี่ยง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนของโรคที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นภัยเงียบที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของประชาชนมากขึ้น อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้วนั้น แพทย์มีวิธีการรักษาที่จำเพาะต่อโรคที่แตกต่างกันไป อาทิ ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินจะแนะนำให้ลดน้ำหนัก โดยการลดน้ำหนักให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวตั้งต้น จะมีผลในการลดระดับน้ำตาลและควบคุมความดันโลหิตได้ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานแนะนำให้หลีกเลี่ยงของเชื่อมและอาหารในกลุ่มน้ำตาลต่าง ๆ สำหรับผู้ที่มีปัญหาในเรื่องของความดันโลหิตสูงควรลดการรับประทานอาหารเค็ม นอกจากนี้ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน รวมให้ได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์ รวมทั้งรับประทานยาเป็นประจำพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (Division of Health Education, Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University, 2020)

การส่งเสริมให้ผู้มีความเสี่ยงป่วยและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรง จากการศึกษาของ Payakwichian (2021) เรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน

โลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคือทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผลการวิจัยสอดคล้องกันว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพปกติ กลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพเสี่ยงหรือกลุ่มบุคคลที่ป่วยแล้วก็ตาม มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพมาก จะเป็นผู้ที่มีการดูแลสุขภาพมากตามไปด้วย เช่น พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก (Nimsuwan, Nimsuwan, Sripornngam, & Choosanook, 2017)

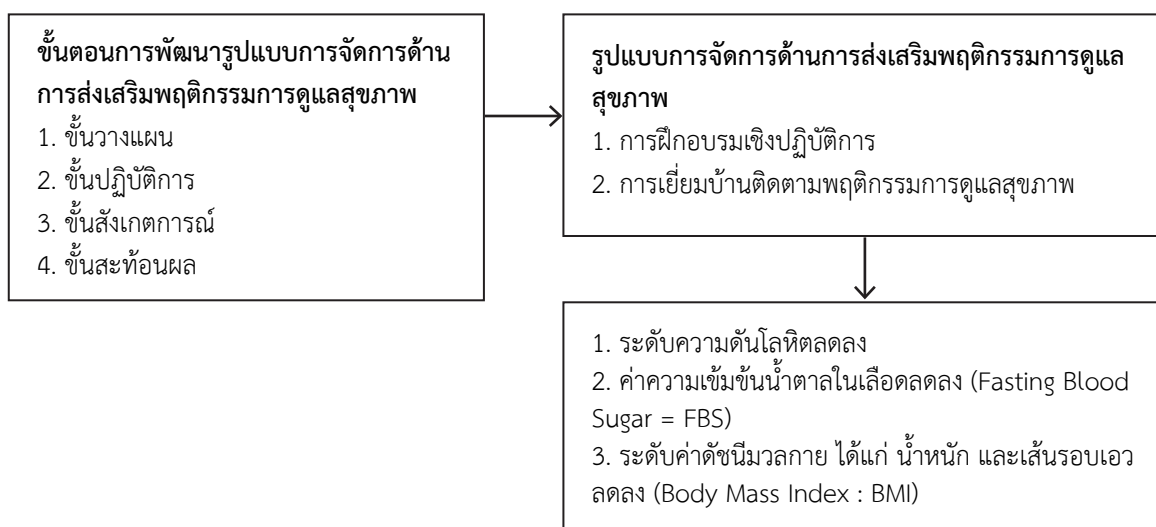
สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดของจังหวัดนครสวรรค์นั้น ในปี พ.ศ. 2563 และ ปี พ.ศ. 2564 โรคเบาหวานพบอัตราป่วย ร้อยละ 8.15 และ ร้อยละ 8.48 โรคความดันโลหิตสูง พบอัตราป่วยร้อยละ 20.26 และ ร้อยละ 20.87 และพบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ ร้อยละ 2.83 และ ร้อยละ 6.05 ต่อแสนประชากร เห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (Ministry of Public Health, 2021)

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็น 1 ใน 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาผลความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรม

รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นำแนวคิด Pender (1987) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1987 โดยอธิบายเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่าเกิดจาก 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) และทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy - value Theory) กล่าวคือ การที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวันได้เป็นผลมาจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสติปัญญา - การรับรู้ (Cognitive - perceptual Factors) ปัจจัยด้านการปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) และปัจจัยที่เป็นตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) ปัจจัยด้านสติปัญญา - การรับรู้เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ขณะที่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 7 ปัจจัย คือ การให้ความสำคัญของคุณค่าของการรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยการปรับเปลี่ยนมีผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญา - การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านประชากร อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมและตัวชี้แนะการกระทำ กรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ได้นำมาใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ มากมาย และพบว่า มีบางปัจจัย ได้แก่ ให้ความสำคัญของคุณค่าของการรับรู้การควบคุมสุขภาพ และสิ่งชักนำให้เกิดการกระทำที่ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

ประเทศไทยได้มีการนำรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parsons (2006) มาศึกษาในประชากรหลายกลุ่ม เช่น งานวิจัยของ Lertsakornsiri and Khampunyo (2017) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลด้านชั้นปี เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน และสถานที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความสำเร็จในชีวิตและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .51, .47$ และ $.39$ ตามลำดับ)

งานวิจัยของ Loykaew, Vorapongsathorn, Vorapongsathorn, and Chooratna (2019) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ กิจกรรม อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อิทธิพลสถานการณ์ ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการประมวลเอกสารสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึงแบบแผนของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และ 2) การเยี่ยมบ้านติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1. แนวคิดการฝึกอบรม การฝึกอบรมเป็นกระบวนการจัดการกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ทักษะให้กับบุคคลปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการฝึกอบรมไว้มากมาย

หลายท่าน อาทิ Lamaisri (2019) ให้ความหมายของการฝึกอบรมว่าเป็นกระบวนการช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคคล เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลไปในทิศทางที่ต้องการ เป็นการเรียนการสอน เฉพาะเจาะจงและมีเป้าหมายที่ชัดเจน เช่นเดียวกับ Srisong (2016) ได้ให้ความหมายของการฝึกอบรมไว้ว่า เป็นการถ่ายทอดความรู้เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความชำนาญ ความสามารถ เป็นกระบวนการที่จะทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่กำหนด

สรุปได้ว่าการฝึกอบรมหมายถึงการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนให้บุคคลที่เข้ารับการอบรมได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ภาคทฤษฎีควบคู่กับภาคปฏิบัติ มุ่งพัฒนาศักยภาพด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อสามารถปฏิบัติงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ที่เข้ารับการฝึกอบรมได้เรียนรู้ภาคทฤษฎีควบคู่กับภาคปฏิบัติ หรือเรียนรู้ตามสภาพจริง โดยนำตัวแปรจากการศึกษาวิจัยของ Payakwichian (2021) มาใช้ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคือ ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกิจกรรมและนำขั้นตอนการเรียนรู้เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

2. แนวคิดการเยี่ยมบ้าน สำหรับแนวคิดการเยี่ยมบ้านนี้ Thongbunjong and Hathirat (2015) ได้กล่าวไว้ว่า การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หมายถึงรูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะ ๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ และเป็นเครื่องมือในการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ทำให้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในระยะยาว โดยมีวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน ดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ 2) เพื่อให้ญาติรู้วิธีการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน และร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย 3) เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินทั้งโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม 4) เพื่อให้ทีมสุขภาพทำความรู้จักและสานต่อความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว 5) เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถทราบถึงภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพ ของครอบครัวนั้น ๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยและญาติมีความศรัทธาต่อทีมสุขภาพมานานพอ

ดังนั้น การเยี่ยมบ้านและการให้บริการสุขภาพที่บ้านมีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพ และความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่เป็นหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านจะต้องมีกระบวนการหรือแนวทางในการเยี่ยมบ้าน โดยมีการประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการดูแล และการประเมินผล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้หลัก INHOMESSS และหลัก 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้เครื่องมือของหมอครอบครัวที่เรียกว่า INHOMESS (Hathirat, 2013 as cited in Thavornwattanayong, 2016) มีรายละเอียดดังนี้

I: Immobility เป็นการประเมินผู้ป่วยว่าสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่ ในด้านการเคลื่อนไหว หรือต้องอาศัยผู้อื่นดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้โทรศัพท์ การจัดการกินเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

N: Nutrition เป็นการประเมินผู้ป่วยในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง ใช้คำถามกินอะไรแต่ละมื้อ ปริมาณเท่าไร วันละกี่ครั้ง รู้สึกว่ามีปัญหาหรือไม่ เพื่อดูภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในส่วนที่สัมพันธ์กับภาวะโรค การเตรียมและการปรุงอาหาร วิธีเก็บอาหาร นิสัยการกินและอาหารโปรด ถ้าเป็นผู้ป่วยเบาหวานควรมีการประเมินว่าควบคุมอาหารอย่างไร

H: Home Environment เป็นการประเมินผู้ป่วยในด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และบริเวณ รอบ ๆ บ้าน เป็นอย่างไร ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว ตัวบ้านอยู่ในชุมชนหรือไม่ เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ช่วยเหลือพึ่งพากันได้หรือไม่ และความเสี่ยงทางสุขภาพจากสภาพแวดล้อมรอบบ้านเป็นอย่างไร เช่น สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน การถ่ายเทอากาศ

O: Other People เป็นการประเมินผู้ป่วยในด้านใครเป็นผู้ดูแลหลัก ใครคือคนสำคัญของครอบครัว ผังเครือญาติ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แต่ละคนภายในบ้านทำหน้าที่อะไร มีปฏิสัมพันธ์กันดีหรือไม่ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

M: Medication เป็นการประเมินผู้ป่วยในด้านการบริหารยาถูกต้องตามหลัก 6 R (ถูกคน ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกทาง ถูกเวลา และถูกเทคนิค) การเก็บรักษา ยา ผลข้างเคียงของยา ปัญหาจากการใช้ยา ใครจัดเตรียม รวมถึงการใช้ยาสมุนไพร ยาพื้นบ้าน รวมถึงการแสวงหาแหล่งพึ่งพิงทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย การตระเวนรักษาทำให้ได้ยาซ้ำซ้อน ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงความสามารถการจัดยากินเอง

E: Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ น้ำหนักตัว ผิวหนัง การมองเห็น การหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทส่วนปลาย การดูแลแผลเพื่อเป็นการประเมินผู้ป่วยในขณะนั้นและนำมาปรับแผนการดูแล

S: Safety เป็นการประเมินผู้ป่วยในด้านความปลอดภัย ลักษณะภายในบ้าน ตั้งแต่โครงสร้าง เช่น พื้นบ้าน ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนอน ตู้เย็นที่เก็บยา อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ รองเท้าที่ผู้ป่วยใช้ ไม้เท้า อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ว่ามีความปลอดภัยเพียงพอหรือไม่

S: Spiritual Healing การประเมินผู้ป่วยในด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ความเคารพ การให้คุณค่าในสิ่งที่มองไม่เห็น หรืออิทธิพลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม ทศนคติ ค่านิยมต่าง ๆ และการจัดการความเครียด รวมถึงการค้นหาลู่ทางทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ คุณค่าของการใช้สิ่งที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ทศนคติ และการปฏิบัติ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม Charoenphan and Promarak (2003) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่าเป็นกิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึงลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เช่น การกิน การเดิน การนั่ง หรือการแสดงอาการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เป็นต้น และ 2) พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึงลักษณะของการกระทำ หรือกิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้น โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถที่จะรู้หรือทราบได้ว่ามีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นโดยอาศัยเครื่องมือต่าง ๆ เช่น ความคิด ความฝัน ทศนคติ ค่านิยม หรือความเชื่อ เป็นต้น

ทั้งนี้ นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (Charoenphan & Promarak, 2003)

แนวคิดที่ 1 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดจากการตัดสินใจของตนเอง (ปัจจัยภายในตัวบุคคล) รากฐานแนวความคิดที่ตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม

ดังนั้น นักพฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจแนวคิดนี้จึงมุ่งสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ ทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นต้น

แนวคิดที่ 2 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล นักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มนี้จึงมุ่งสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ระบบสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์กรประกอบด้านประชากร ลักษณะภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรม

แนวคิดที่ 3 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคล

จากแนวคิดทั้ง 3 ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หรือเกิดจากทั้งสองสาเหตุ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมจึงต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญจากหลายวิชาชีพพร้อมกัน เนื่องจากการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต้องพัฒนาทั้งในลักษณะของการปลูกฝัง การสร้างเสริมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัย จำเป็นต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญจากหลายวิชาชีพพร้อมกันเพื่อแก้ปัญหา

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ (Knowledge and Attitude) Nanthasukhon (2012) ได้สรุปไว้ว่าการจัดการเรียนการสอนมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ ต้องการให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ปรารถนา ซึ่งแบ่งเป็นจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังจำแนกจุดมุ่งหมายตามแนวคิดของบลูม (Benjamin S. Bloom) ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) Chukampang (2007) ได้กล่าวว่า การประเมินการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยเป็นกระบวนการประเมินเพื่อวัดระดับความรู้ ความสามารถของผู้เรียนต้องอาศัยความสามารถทางสมอง การคิดวิเคราะห์ การจำ ซึ่งพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย หรือกระบวนการทางปัญญาใหม่ของบลูม ถือว่าเป็นจุดมุ่งหมายที่มีความสำคัญสำหรับลำดับขั้นของกระบวนการทางปัญญา มี 6 ลำดับขั้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.1 จำ (Remembering) หมายถึง ความสามารถในการระลึกได้ แสดงรายการ บอกได้ ระบุดู ชี้อ้าง

1.2 เข้าใจ (Understanding) หมายถึง ความสามารถในการแปลความหมาย ยกตัวอย่าง สรุป อ้างอิง

1.3 ประยุกต์ใช้ (Applying) หมายถึง ความสามารถในการนำไปใช้ประยุกต์ใช้แก้ปัญหา

1.4 วิเคราะห์ (Analyzing) หมายถึง ความสามารถในการเปรียบเทียบ อธิบายลักษณะการจัดการ

1.5 ประเมินค่า (Evaluating) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบ วิวิจารณ์ ตัดสิน เช่น นักเรียนสามารถตัดสินคุณค่าของทฤษฎีได้

1.6 คิดสร้างสรรค์ (Creating) หมายถึง ความสามารถในการออกแบบ (Design) วางแผนผลิต

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective Domain) จิตพิสัยเป็นคุณลักษณะแฝงภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกและจิตใจ ได้แก่ ความสนใจ เจตคติ ค่านิยม จริยธรรม และบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สังเกตได้ยาก ดังนั้นการวัดจิตพิสัยให้ใกล้เคียงกับคุณลักษณะภายในของบุคคลมากที่สุดที่ต้องอาศัยข้อมูลอ้างอิงหลาย ๆ ด้าน ร่วมกับเกณฑ์ที่ชัดเจนและเชื่อถือได้

ระดับพัฒนาการด้านจิตพิสัย Nanthasukhon (2012) ได้อธิบายแนวคิดของ Krathwoh, Bloom, and Masia (1964) ซึ่งได้จำแนกพฤติกรรมด้านความรู้สึกโดยการลำดับมโนภาพของการเกิดความรู้สึก โดยเริ่มจากความสนใจ (Interest) มาเป็นอันดับแรก ตามด้วยความซาบซึ้ง (Appreciation) เจตคติ (Attitude) ค่านิยม (Value) และการปรับตัว (Adjustment) แต่เมื่อพิจารณาลำดับความรู้สึกเป็นขั้น ๆ จะเริ่มจากการรับรู้ (Receiving) การตอบสนอง (Responding) การเห็นคุณค่า (Valuing) การจัดระบบ (Organization) และการสร้างลักษณะนิสัยตามค่านิยม (Characterization)

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) หมายถึงพฤติกรรมที่ปรากฏออกมาให้เห็นจากการลงมือกระทำหรือลงมือปฏิบัติ (Practice) กิจกรรม สามารถสรุปเป็นขั้นได้ ดังนี้

3.1 ขั้นรับรู้ เป็นการรับรู้หรือเกิดความรู้ในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

3.1.1 การรู้สึก เป็นการรับรู้ที่เกิดจากการรู้สึกทางหู ตา มือ ลิ้น จมูก และกล้ามเนื้อ

3.1.2 การรู้สิ่งเร้า

3.1.3 การแปลความหมาย

3.2 การเตรียมพร้อม เป็นพฤติกรรมที่จะตอบสนองโดยการเตรียมความพร้อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยการเตรียมความพร้อมทางสมอง ทางร่างกาย และทางอารมณ์

3.3 การตอบสนองตามแนวคิดที่กำหนด เป็นการตอบสนองโดยกระทำการเลียนแบบหรือการปฏิบัติตาม และการลองผิดลองถูก

3.4 การปรับกลไกของร่างกาย เป็นการเริ่มปรับกลไกของร่างกายให้ปฏิบัติได้

3.5 การตอบสนองตามแนวทางของตน เป็นการพัฒนาขั้นตอนการปฏิบัติ แทนที่จะปฏิบัติตามอย่างเดียว เริ่มมีความชำนาญจนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แบ่งออกเป็นกระทำอย่างมั่นใจและการกระทำโดยอัตโนมัติ

3.6 การดัดแปลง เริ่มการปฏิบัติ โดยการเริ่มดัดแปลงสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

3.7 การริเริ่มสร้างใหม่ เป็นทักษะพิสัยขั้นสูงสุดที่เป็นการปฏิบัติสิ่งใหม่ ๆ โดยไม่ลอกเลียนแบบคนอื่น

จากข้อความข้างต้น สามารถจำแนกจุดมุ่งหมายทางการศึกษาตามแนวของ Bloom แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านพุทธิพิสัยหรือด้านสติปัญญา ด้านจิตพิสัยหรือด้านความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม และด้านทักษะพิสัยหรือด้านการปฏิบัติ มาพัฒนารูปแบบการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพราะการเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดีไม่ใช่สิ่งที่จะปรับเปลี่ยนได้ง่าย ซึ่งบุคคลมักจะเคยชินกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน บางคนถึงแม้จะมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีก็อาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น คนมีความรู้ว่าการออกกำลังกายดีต่อสุขภาพ ควรทำ แต่มีคนจำนวนมากไม่ออกกำลังกายเนื่องจากมีเหตุผลอื่น เช่น เวลา ข้อจำกัดของสถานที่ หรือไม่พร้อม จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนความรู้และทัศนคตินั้นไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องนำทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Nitirat, Pisaipan, Rongmuang, & Lekwong, 2018) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีของ Bloom 3 ด้านคือ ด้านพุทธิพิสัยหรือด้านสติปัญญา ด้านจิตพิสัยหรือด้านความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม และด้านทักษะพิสัยหรือด้านการปฏิบัติทัศนคติ มาแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างเครื่องมือในการประเมิน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีนักวิชาการชาวไทยและชาวต่างชาติให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เช่น Johnson (2008) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษา เพื่อทำความเข้าใจและพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกันกับ Pamulila (2018) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติโดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างความรู้ความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการ และสร้างเป็นทฤษฎีได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1990) ได้จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ซึ่งแต่ละขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนเริ่มต้นการศึกษาบริบทและปัญหาของชุมชนทั้งที่ผ่านมาและปัจจุบัน ถ้าต้องการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งใดต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 1 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ที่ทำวิจัย (ผู้ร่วมวิจัย) และกลุ่มทฤษฎีจากการศึกษาวรรณกรรม (ผู้วิจัย)

ได้มีการนำความรู้ทั้งสองกลุ่มแลกเปลี่ยนกันหรือที่เรียกว่า การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เพื่อกำหนดสิ่งที่คาดหวัง กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่จะบรรลุผลสำเร็จ กำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) และอาจมีการกำหนดแผนพัฒนาส่วนบุคคลด้วย (Individual Development Plan)

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นขั้นตอนที่นำแผนปฏิบัติการหรือแผนพัฒนาส่วนบุคคลมาปฏิบัติร่วมกัน ผู้วิจัยควรเน้นบทบาทการมีส่วนร่วม และเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการและแผนพัฒนาส่วนบุคคลด้วย (Individual Development Plan) ที่กำหนดไว้ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ตามหลักการ “มุ่งการเปลี่ยนแปลงและมุ่งให้เกิดการกระทำเพื่อบรรลุผล” การปฏิบัติต้องใช้การวิเคราะห์ วิจารณ์ รับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อได้ข้อมูลย้อนกลับว่าการปฏิบัติงานนั้นเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้หรือไม่ มีอุปสรรคอย่างไรบ้าง ดังนั้นแผนงานที่กำหนดไว้ว่าจะมีการยืดหยุ่น โดยผู้วิจัยต้องใช้วิจารณญาณ และการตัดสินใจที่เหมาะสมและมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

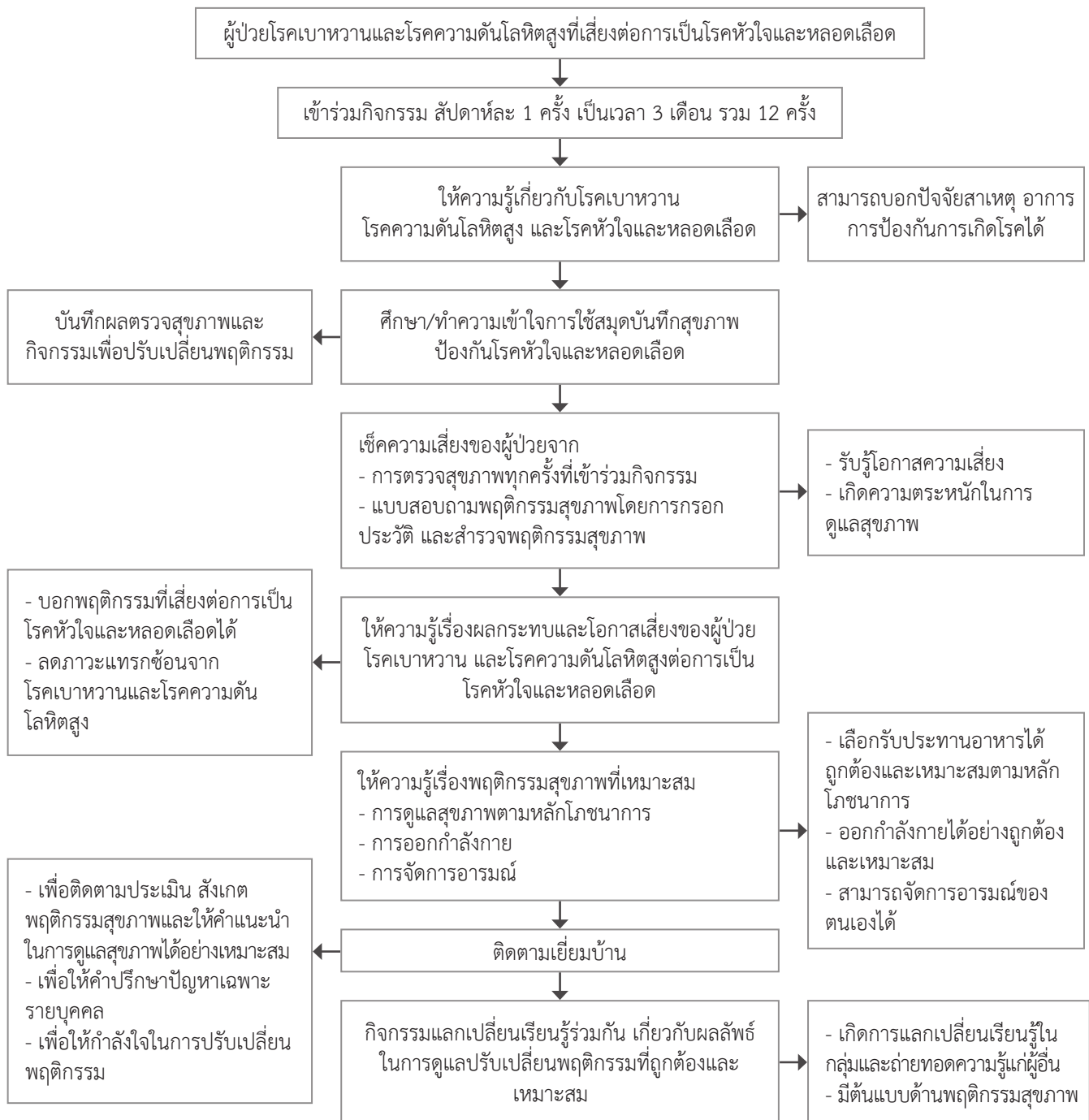
3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ใช้เวลามากกว่าขั้นตอนอื่น การสังเกตผลเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ พร้อมจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด ตามที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยสิ่งที่สังเกตคือ กระบวนการปฏิบัติการ และผลการปฏิบัติการ การสังเกตนี้จะรวมถึงการที่เห็นด้วยตา การได้ฟัง การได้ใช้เครื่องมือ เช่น แบบประเมินแบบทดสอบ การสัมภาษณ์ เป็นต้น บางครั้งอาจจะใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่เหมาะสม มาช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การถ่ายภาพ การบันทึกวีดีโอ

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ การนำข้อมูลจากการสังเกตมาอภิปรายร่วมกัน ซึ่งอาจมีทั้งความเห็นที่สนับสนุนสอดคล้อง หรือขัดแย้งกัน มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาบทสรุปว่าการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการนั้นบรรลุตามสิ่งที่คาดหวังหรือไม่

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จันขึ้นระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2564 ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนวางแผน (Planning) เป็นการศึกษาริบทและสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการระดมสมองกลุ่มย่อยกับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางม่วง ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมแกนนำผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมไปถึงการนำผลจากการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในการวิจัยของ Payakwichian (2021) เพื่อนำตัวทำนายที่สำคัญคือ ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแผนปฏิบัติการหรือแผนพัฒนาส่วนบุคคลมาปฏิบัติร่วมกัน การดำเนินการวิจัยจัดขึ้นระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2564 โดยมีผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางม่วงเป็นผู้ให้ความรู้ และมีการตรวจสุขภาพ บันทึกผลตรวจสุขภาพ ความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนักตัว รอบเอว ค่า BMI และค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้วในสมุดบันทึกสุขภาพทุกครั้งเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีรายละเอียดการให้ความรู้ด้านต่าง ๆ 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม การใช้แบบวัดด้านต่าง ๆ สมุดบันทึกป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การถ่ายภาพ และการสังเกต โดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมาย โดยดำเนินการตามแผนการวิจัย (ภาพ 1) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดกิจกรรมเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน รวมทั้ง

ติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ



ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์
ที่มา: Payakwichian (2021)

การประเมินประสิทธิผลของกระบวนการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการดำเนินการวิจัย One - group Pretest - posttest Design (Ferguson, G, 1989) ดังรายละเอียดตาราง 1

ตาราง 1 แบบแผนการดำเนินการวิจัย One - group pretest - posttest design

		Pretest	Treatment	Posttest
	กลุ่มตัวอย่าง	T1	X	T2
T1	หมายถึง	ก่อนการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย		
X	หมายถึง	การได้รับกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ		
T2	หมายถึง	หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย		

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 52,993 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) สนใจเข้าร่วมโครงการ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบางม่วงตลอดระยะเวลาของการวิจัย และ 4) รับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) เจ็บป่วยจริง ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ 2) เสียชีวิต และ 3) ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรม และแบบวัดความรู้ ทักษะ ทศนคติ ประกอบไปด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยแบบวัดดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นแบบ Checklist แบบบันทึก การถ่ายภาพ การสังเกต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น สิทธิการรักษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และช่องทางการได้รับข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 แบบวัดที่ใช้ในขั้นตอนการพัฒนาแบบแผนการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรม แบบวัดความรู้ ทศนคติ ที่ลักษณะเป็นแบบ Checklist แบบบันทึก การถ่ายภาพ และการสังเกต มีรายละเอียดคือ แผนที่ 1 การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แผนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สำหรับการสร้างและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษา เนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาแบบวัดเพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์
3. ดำเนินการสร้างข้อคำถามของแบบวัดความรู้ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
4. นำแบบวัดความรู้ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงโครงสร้างและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

5.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้อง ด้วยวิธี IOC (Index of Item Objective Congruence) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน จิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จากนั้นเลือกข้อคำถามที่ดีขึ้น ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

5.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบวัดไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ โดยใช้สัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายในด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson Formular 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ส่วนแบบวัดวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สภาพที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรค แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.78, 0.82, 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครสวรรค์ เลขที่ NSWPHOEC-004/64 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิ ก่อนดำเนินการ เก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถสอบถาม ผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ให้ลงนามด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ใน การวิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อ การเกิดโรค ทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test ในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า

1. ขั้นตอนวางแผน (Planning) จากการระดมสมองกลุ่มย่อยของสหวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านบางม่วง ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ทีมแกนนำผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และ ผลจากการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในการวิจัยของ Payakwichian (2021) เรื่อง “ปัจจัยทางจิตสังคมที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและ หลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์” ได้ข้อสรุปกิจกรรมรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัด นครสวรรค์ ดังนี้ 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ CVD 2) กิจกรรมการเรียนรู้ ผลกระทบและโอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักโภชนาการ 4) กิจกรรมการออกกำลังกาย 5) กิจกรรมการจัดการอารมณ์
6) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และ 7) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) นำแผนปฏิบัติการหรือแผนพัฒนาส่วนบุคคลมาปฏิบัติร่วมกัน การดำเนินการวิจัยจัดขึ้นระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2564 โดยมีผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางม่วงเป็นผู้ให้ความรู้ และมีการตรวจสุขภาพ บันทึกผลตรวจสุขภาพ ความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนักตัว รอบเอว ค่า BMI และค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้วในสมุดบันทึกสุขภาพทุกครั้งที่เกี่ยวข้องกิจกรรม

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ประกอบไปด้วย แผนการจัดกิจกรรม การใช้แบบวัดด้านต่าง ๆ สมุดบันทึกป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การถ่ายภาพ และการสังเกต โดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายพบว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ระดับความรู้	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ	3	7.50	12	30.00	25	62.50
หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ	35	87.50	5	12.50	0	0.00

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีระดับความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาคือระดับปานกลางจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และระดับสูงจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50 ตามลำดับ ส่วนหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 และระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50

ตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ	40	17.63	4.59	-12.22	39	< .01*
หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ	40	30.13	2.78			

*p-value < .05

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 30.13, S.D. = 2.78) สูงวก่อนพัฒนา ($\bar{X}$ = 17.63, S.D. = 4.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค จำแนกเป็นระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ระดับการรับรู้สภาพ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ	7	17.50	28	70.00	5	12.50
หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ	37	92.50	3	7.50	0	0.00

จากตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละระดับการรับรู้สภาพความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำแนกเป็นระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้ดังนี้

1) การรับรู้สภาพความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ก่อนการพัฒนาฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50

2) การรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หลังการพัฒนาฯ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 92.50 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50

ตาราง 5 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ	40	31.23	5.62	-11.55	39	.01*
หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ	40	44.42	4.38			

*p-value < .05

จากตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สภาพความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลังการพัฒนาฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ($\bar{X}$ = 44.42, S.D. = 4.38) สูงกว่าก่อนพัฒนาฯ ($\bar{X}$ = 31.23, S.D. = 5.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ระดับทัศนคติ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ	5	12.50	29	72.50	6	15.00
หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ	32	80.00	8	20.00	0	0.00

จากตาราง 6 พบว่า 1) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 และอยู่ในระดับระดับต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 2) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ มีระดับทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

ตาราง 7 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะคิด	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ	40	33.40	5.62	-10.55	39	< .01*
หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ	40	46.08	4.39			

*p-value < .05

จากตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังการพัฒนาฯ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 46.08, S.D = 4.39) สูงกว่าก่อนพัฒนาฯ ($\bar{X}$ = 33.40, S.D. = 5.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ระดับพฤติกรรมฯ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ	8	20.00	27	67.50	5	12.50
หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ	37	92.50	3	7.50	0	0.00

จากตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ก่อนและหลังการพัฒนาในรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้ดังนี้

1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และอยู่ในระดับระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 92.50 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50

ตาราง 9 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการฯ	40	35.40	6.52	-12.64	39	< .01*
หลังการใช้รูปแบบการจัดการฯ	40	48.02	4.27			

*p-value < .05

จากตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 48.02, S.D. = 4.27) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X}$ = 35.40, S.D. = 6.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตาราง 10 แสดงผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ค่าความดันโลหิตตัวบน	40	141.30	18.41	143.95	20.08	-1.73	39	.14
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	40	72.00	11.18	75.00	12.55	-1.66	39	.06
ค่าชีพจร	40	85.40	17.28	84.10	13.03	0.71	39	.24
น้ำหนัก	40	65.18	11.11	64.85	11.03	0.92	39	.18
ความยาวรอบเอว	40	93.70	8.83	90.63	8.93	3.53	39	< .01*
ค่าดัชนีมวลกาย	40	26.06	4.25	25.95	4.38	0.78	39	.22
ค่าน้ำตาลในเลือด	40	128.18	58.03	111.85	39.39	2.35	39	< .01*

*p-value < .05

จากตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้ดังนี้

1) ค่าความดันโลหิตตัวบน กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตตัวบน หลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 143.95, S.D. = 20.08) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ ($\bar{X}$ = 141.30, S.D. = 18.41) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ค่าความดันโลหิตตัวล่าง กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตตัวล่าง หลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 75.00, S.D. = 12.55) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ($\bar{X}$ = 72.00, S.D. = 11.18) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ค่าชีพจร กลุ่มตัวอย่างมีค่าชีพจร หลังการใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 84.10, S.D. = 13.03) ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ($\bar{X}$ = 85.40, S.D. = 17.28) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4) น้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนัก หลังการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 64.85$, S.D. = 11.03) น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ($\bar{X} = 65.18$, S.D. = 11.11) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5) ความยาวรอบเอว กลุ่มตัวอย่างมีความยาวรอบเอว หลังการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 90.63$, S.D. = 8.93) น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ($\bar{X} = 93.70$, S.D. = 8.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6) ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย หลังการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 25.95$, S.D. = 4.38) น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ($\bar{X} = 26.06$, S.D. = 4.25) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7) ค่าน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลในเลือด หลังการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 111.85$, S.D. = 39.39) น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ($\bar{X} = 128.18$, S.D. = 58.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) เป็นการติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ นำผลลัพธ์ที่ได้มาทบทวน นำข้อมูลต่าง ๆ จากการสังเกตได้ รวมไปถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ระหว่างดำเนินงานตามแผนกิจกรรมที่วางไว้ มาอภิปรายร่วมกัน โดยจัดเวทีให้กลุ่มผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางม่วงและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยในขั้นตอนของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่าง ๆ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ฯลฯ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดการตื่นตัวและมีความเข้าใจในโรคที่ตนเองป่วยมากขึ้น มีการซักถาม แลกเปลี่ยนเสนอแนะการปฏิบัติตัวต่าง ๆ รวมไปถึงการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และเมื่อมีการบันทึกผลตรวจสุขภาพลงสมุดบันทึกประจำตัว ทำให้ได้รับความสนใจจากกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น มีการเปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพกับครั้งที่ผ่านๆ มา เกิดข้อคำถามและทบทวนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ในส่วนของการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างรู้สึกยินดีมีสื่อน้ำยืมยืม เมื่อมีทีมติดตามเยี่ยมบ้านไปสอบถามพูดคุย พร้อมกับให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นรายบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกำลังใจ กินยาได้ถูกต้อง เป็นต้น

ผลการประเมินรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

หลังจากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้มีการประเมินเพื่อคุณภาพของรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ โดยการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยต่อรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ปรากฏผลดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกรายข้อ

ข้อ	ประเด็นพิจารณา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1	การให้ความรู้โดยวิธีการบรรยายพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดประกอบภาพ ทำให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากขึ้น	4.06	0.48	มาก
2	การให้ความรู้แบบหมู่คณะ/กลุ่ม ทำให้ท่านเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในหมู่คณะ/กลุ่มได้	3.64	0.51	มาก
3	การให้ท่านได้ลงมือฝึกปฏิบัติจริงทำให้ท่านได้รับความรู้เพิ่มทักษะ และนำไปปฏิบัติได้จริง	3.92	0.63	มาก
4	กิจกรรมที่จัดขึ้นในแต่ละกิจกรรมให้ความรู้มีความเหมาะสมต่อความต้องการของท่าน	4.20	0.62	มาก
5	การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย	4.28	0.50	มาก
6	ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งมีความเหมาะสม	4.04	0.58	มาก
7	เอกสารประกอบการจัดกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมมีเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ และมีความทันสมัย	4.22	0.63	มาก
8	เอกสารประกอบการจัดกิจกรรมมีเพียงพอต่อความต้องการ	4.17	0.48	มาก
9	สถานที่จัดกิจกรรมมีความสะดวกและเหมาะสม	3.89	0.60	มาก
10	วิทยากรที่ให้ความรู้มีท่าทีที่เป็นมิตร ให้ความเป็นกันเอง	4.12	0.57	มาก
11	วิทยากรมีทักษะและเทคนิคในการให้ความรู้ที่เหมาะสม น่าเชื่อถือ	4.38	0.51	มาก
12	รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมตรงกับความต้องการของท่าน	4.04	0.66	มาก
13	การเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ท่านได้รับความรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเองต่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น	3.92	0.54	มาก
14	ท่านมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้	4.04	0.49	มาก
รวม		4.06	0.56	มาก

จากตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ภาพรวม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.56) และเมื่อพิจารณารายข้อ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกข้อ ($\bar{X}$ อยู่ระหว่าง 3.64 - 4.38, S.D. อยู่ระหว่าง 0.48 - 0.66)

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลตัวแปรจากการศึกษาในระยะที่ 1 ที่เป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคือ ทักษะติดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบแผนการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้นำตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค มาเป็นตัวกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาแบบแผนการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความรู้ การรับรู้ ทักษะที่ดี และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม 1 ครั้ง

สำหรับคุณภาพของแบบแผนการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า

1) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังการใช้รูปแบบฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 30.13$, S.D. = 2.78) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 17.63$, S.D. = 4.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้และเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองสูงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rungsang, Chanthamolee, Suwan, and Srisuphanunt (2018) พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 7.73$, S.D. = 0.70) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 0.64) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2) เปรียบเทียบการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลังการพัฒนาฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ($\bar{X} = 44.42$, S.D. = 4.38) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 31.23$, S.D. = 5.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคมกขึ้น ทำให้เข้าใจและรับรู้ถึงอาการของโรคมกขึ้นส่งผลต่อการกระทำที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้องและมีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sirikaensine (2019) พบว่า หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแบบแผนกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

3) เปรียบเทียบทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังการพัฒนาฯ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 46.08$, S.D. = 4.38) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X} = 33.40$, S.D. = 5.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการประเมินค่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพนั้นว่า เป็นสิ่งดีมีประโยชน์ต่อตัวเอง มีความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเกิดความพร้อมที่จะลงมือกระทำในพฤติกรรมดูแลสุขภาพนั้นมากขึ้น ส่งผลต่อการกระทำที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้องและมีความเหมาะสมมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Uthaiyankul (2018) พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นก็จะมีผลต่อสุขสมรรถนะของตนเองมากขึ้นตามไปด้วย เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ Onsri (2016) ยังมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นก็จะมีผลต่อสุขภาพสมรรถนะของตนเองมากขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน

4) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์พิจารณาที่ระดับความพึงพอใจมากของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเมื่อทำการประเมินความพึงพอใจหลังจากการทำกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแล้วพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาวิจัยมีระดับความพึงพอใจมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.56) และเมื่อพิจารณารายข้อ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกข้อ ($\bar{X}$ อยู่ระหว่าง 3.64 - 4.38, S.D. อยู่ระหว่าง 0.48 - 0.66) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดการกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต กิจกรรมกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวตรงกับความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด สอดคล้องกับของ Namwong, Klinchad, Rajchaniyom, Khapol, and Thongpakdee (2519) ทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อการพัฒนา

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถกำหนดหัวข้อในการเสนอแนะหรือการพัฒนาในกลุ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด กล่าวคือการพัฒนาแบบการจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพควรมีการจัดการเรียนรู้ที่เป็นระบบ และควรคำนึงถึงความต้องการของกลุ่มผู้ป่วย โดยมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยอย่างเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึว่าตนเองถูกยอมรับและไม่เป็นภาระในสังคม ยังมีคนให้ความสนใจและใส่ใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในตนเองมากขึ้นและมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามอย่างเหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น ทำให้มีสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาที่พบ และจากวิธีการวิจัยที่น่าจะมีการพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การวิจัยที่ควรทำต่อไป 3 ประการดังนี้

1) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในโรคอื่น ๆ เช่น โรคไต โรคหัวใจ เพื่อให้ได้รูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละโรค

2) ควรมีการขยายเวลาในการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้น เพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง

3) การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (การทดลอง) ที่ทำการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้รูปแบบการทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการทดลอง

References

- Bureau of Non - communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016). *Evaluation of risk factors for cardiovascular disease in patients with diabetes and hypertension*. Nonthaburi: Office of Veterans Affairs Printing Affairs.
- Bureau of Non - Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). *Situation on NCDs prevention and control in Thailand*. Nonthaburi: Office of Veterans Affairs Printing Affairs.

- Charoenphan, C., & Promarak, T., (2003). *Health behavior* (5th ed.). Khon Kaen: Klang Nana Wittaya Printing House.
- Chukampang, C. (2007). *Learning assessment*. Mahasarakham: Mahasarakham University.
- Chulalongkornhospital. (2021). *NCDs*. Retrieved March 20, 2022, from <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/ncds/>
- Division of Health Education, Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. (2020). *Non-communicable diseases (NCDs)*. Retrieved May 21, 2021, from [http:// healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=908](http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=908) from www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/.../54723515_home_visit.pdf
- Ferguson, G. (1989). *Statistical analysis in psychology & education*. Tokyo: McGraw - Hill.
- Johnson, A. (2008). *A short guide to action research*. Boston: Pearson.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1990). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
- Krathwohl, D.R., Bloom, B.S., & Masia, B.B. (1964). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook II: The affective domain*. New York: David McKay.
- Lamaisri, T. (2019). *The development of training curriculum to enhance the competency of the administrative officer school under the buengkhan primary educational service area* (Master of Educational in Administrative Innovation). Sakon Nakhon Rajabhat University.
- Lertsakornsiri, M., & Khampunyo, C. (2017). Factors associated with health - promoting behaviors of nursing students at Saint Louis College during practice in the health care service. *Naresuan University Journal: Science and Technology*, 25(3), 67 - 76.
- Loykaew, K., Vorapongsathorn, S., Vorapongsathorn, T., & Chooratna K. (2019). The effectiveness of a health education program applying Pender's health promotion model on self health-care behavioral modification of patients with type 2 diabetes mellitus in sub-district health promoting hospital, Bankha District, Ratchaburi Province. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 63(4), 283 - 296.
- Ministry of Public Health. (2021). *Diabetic rate high blood pressure coronary heart disease and cerebrovascular disease in the 3rd health service area Nakhon Sawan Province 2021*. Retrieved December 1, 2021, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Namwong, T., Klinchad, R., Rajchaniyom, S., Khapol, P., & Thongpakdee, N. (2519). Development of promoting self - management model among uncontrolled diabetic patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(3), 179 - 193.
- Nanthasukhon, R. (2012). *Principles of educational measurement and evaluation* (4th ed.). Bangkok: Golden Point.
- Nimsuwan, P., Nimsuwan, K., Sripornngam, T., & Choosanook, A. (2017). Influencing factors of dengue hemorrhagic fever prevention behavior of villagers in the community area Nakhon Sawan West District, Amphoe Mueang, Nakhon Sawan Province. *Journal of Dhonburi Rajabhat Research for Community Service*, 3(2), 146 - 166.

- Nitirat, P., Pisaipan, P., Rongmuang, D., & Lekwong, S. (2018). Effects of mixed-theory based model for behavioral modification on the perception toward self-efficacy in self - management and the reduction of chronic disease risks among professional and non - professional staffs in Phrapokklao College of Nursing Chanthaburi Thailand. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 35(1), 18 - 29.
- Onsri, P. (2016). Knowledge attitude and health - promoting behaviors among army nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(3), 158 - 167.
- Pamulila, S. (2018). *Action research*. Retrieved May 21, 2021, from <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>
- Payakwichian, G. (2021). Psycho - social factors correlated health care behaviors in diabetic and high blood pressure patients at risk of cardiovascular disease in the area of Nakhon Sawan Province. *Journal of Social Science and Humanities Research in Asia*, 27(3), 3 - 42.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton Century Crofts.
- Rungsang, T., Chanthamolee, S., Suwan, P., & Srisuphanunt, M. (2018). Participatory health program for older adults in Angthong Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 30 - 45.
- Sirikaensine, S. (2019). Health belief related to blood glucose control among patients with diabetes mellitus type ii in Kut Chik Subdistrict, Mueang District, Nongbua Lamphu Province. *Southeast Bangkok Journal*, 5(1), 55 - 68.
- Srisong, A. (2016). *Development of blended training packages on information systems program for teachers of assumption college sriracha* (Educational Technology). Burapha University.
- Thavornwattanayong, W., (2016). Fundamental knowledge and skills for family pharmacy. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*. 3(4), 44 - 61.
- Thongbunjob, K., & Hathirat, S. (2015). *Home visit in primary care*. Retrieved May 21, 2021, from http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/pdf/331505/54723515_home_visit.pdf
- Uthaiviankul, K. (2018). Self-promoting attitudes affecting the health performance of students in the Institute Physical Education of Bangkok. *Journal of the Association of Researchers (Humanities and Social Sciences)*, 23(2), 178 - 190.

