



การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษา : ตำบลจอมทอง จังหวัดพิษณุโลก

พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ พย.ม.¹ ปภาดา ชมภูนิษฐ์ ปร.ด.¹

สายทอง นวลจัน พย.บ.² รัชดาภรณ์ แม้นศิริ พย.ม.^{1,5}

ปริมประภา ก้อนแก้ว สด.³ วุฒิชัย เกียนตะ พย.ม.⁴

(วันรับบทความ: 26 มีนาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 29 เมษายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 7 พฤษภาคม พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในการป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลจอมทอง จังหวัดพิษณุโลก วิจัยดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง รวมระยะเวลาดำเนินงานวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 นอกจากนั้นยังมีแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.7 และแบบทดสอบความรู้ตรวจสอบความตรงโดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 มีค่าเท่ากับ 0.7 ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยชุดความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและความรู้ประจำวัน โดยเครื่องมือดังกล่าวมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signs test. ในการวิเคราะห์คะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลการตรวจร่างกาย

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก รอบเอว น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยภาพรวมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านเกี่ยวกับอารมณ์มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านจอมทอง จังหวัดพิษณุโลก

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก

⁴อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

⁵ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Rachadaporn.m@psru.ac.th Tel 064-3564329



Development of a Self-management Support System to Prevent the Risk of Cerebrovascular Disease Among Village Health Volunteers with Non-communicable Diseases Case study: Chom Thong Sub-District, Phitsanulok Province.

Phimnipha Boonprasert M.N.S¹ Paphada Chompunit Ph.D¹

Saithong Nuanjeen B.N.S² Ratchadaporn Mansiri M.N.S^{1,5}

Primprapha Konkaew P.H³ Watchara Kianta M.N.S⁴

(Received Date: March 26, 2024, Revised Date: April 29, 2024, Accepted Date: May 7, 2024)

Abstract

This developmental design research aimed to improve self-management support systems (SMSS) for preventing the risk of stroke among village health volunteers (VHVs) working for community health centers. A group of 30 VHVs diagnosed with non-communicable diseases in the Chom Thong sub-district, Phitsanulok province was recruited into the study. The research methodology consisted of three phases: Phase one: investigated the problem situation, Phase two concentrated on developing the SMSS, and Phase three evaluated the effectiveness of the SMSS. The total duration of this research project was eight weeks. The tools utilized in this research are divided into 2 parts as follows: Part one consisted of data collection tools, semi-structured interviews, general data recording forms, and physical examination record forms consisted of blood pressure levels, blood sugar levels, weight, waist circumference and body mass index. All the addfforementioned tools have a reliability coefficient of 0.8. In addition, there was also a health care behavior questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.7 and a knowledge test using the Kuder-Richardson 20 method with a coefficient of 0.7. Part two consisted of experimental tools, a knowledge set delivered through a mobile application, daily health and knowledge recording forms. The afforementioned tools have a reliability coefficient of 0.8. The data obtained from this research was analyzed using descriptive statistics and statistical analysis techniques including paired t-tests and Wilcoxon Signed Rank tests for health knowledge, health care behaviors and physical exam results.

After the self-management support system (SMSS) was implemented, the study results showed that: results revealed statistically significant decreases in diastolic blood pressure, waist circumference, weight, body mass index (BMI), and Hemoglobin A1C at $p < .05$. On the other hand, there were no notable differences in systolic blood pressure, blood sugar levels, health knowledge, and behaviors overall before and after the experiment. However, there was a statistically significant increase in scores for emotional behavior aspects at a significance level of .05.

Keywords: dependency older adults, individuals with disabilities, health care model, community participation

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Pitsanulok province

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Baan Jomthong Health Promoting Hospital, Pitsanulok province

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Mae Ramat Hospital, Tak province

⁴Lecturer, Faculty of Nurse, Phetchabun Rajabhat University, Petchabun province

⁵Corresponding Author, Email: Ratchadaporn.m@psru.ac.th Tel 064-3564329



บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คร่าชีวิตผู้คน 41 ล้านคนในแต่ละปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก¹ จากรายงานของสมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกัน (American Heart Association: AHA)² พบว่าในปี 2021 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 7.44 ล้านคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) 3.71 ล้านคน มีเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) 3.38 ล้านคน และ 0.36 ล้านคนจากการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากโรคมะเร็งคิดเป็น 58 ต่อแสนประชากร³ ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้บ่อยที่สุดคือ สมองบวม โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากการใส่สายสวนปัสสาวะ อาการชักเกิดจากกิจกรรมทางไฟฟ้าที่ผิดปกติในสมองอาการซึมเศร้าทางคลินิก ซึ่งอาจปรากฏเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์และร่างกายที่ไม่พึงประสงค์ต่อการเปลี่ยนแปลงและความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบเกิดจากการไม่สามารถขยับร่างกายได้อย่างอิสระ ทำให้เกิดการกดทับบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย การหลุดตัวของแขนขา เกิดขึ้นเมื่อกกล้ามเนื้อแขนหรือขาสั้นลง หรือหลุด เนื่องจากไม่ได้ใช้งานหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อาการเกร็งหรือการหลุดตัวของกล้ามเนื้อ ที่สร้างความตึงและตึง ทำให้กล้ามเนื้อยึดออกได้ยากมาก หากไม่มีการรักษา กล้ามเนื้ออาจแข็งตัวจนกลายเป็นตำแหน่งที่ผิดปกติ และเจ็บปวดได้ อาการปวดไหล่เกิดจากการขาดการรองรับแขนเนื่องจากความอ่อนแอหรืออัมพาต ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis: DVT) หรือลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดดำที่ขาเนื่องจากขาดการเคลื่อนไหว จากโรคหลอดเลือดสมอง⁴ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดของโรคหลอดเลือดสมอง⁵ การป้องกันเป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด และควรป้องกันก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้หลอดเลือดเกิดการตีบ อุดตัน หรือแตก ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง การควบคุมระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย อาหารและการลดความเครียด มีส่วนช่วยในการควบคุมการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้⁶

จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC)⁷ ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 7,218,824 คน ควบคุมความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ 3,712,686 คน คิดเป็นร้อยละ 55.99 โรคเบาหวาน 4,065,144 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ 925,012 คน คิดเป็นร้อยละ 29.15 จากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2,102,140 คน พบความเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยงสูงอันตราย 2,105 คน คิดเป็นร้อยละ 0.10 เสี่ยงสูงมาก 5,436 คน คิดเป็นร้อยละ 0.26 และเสี่ยงสูง 33,353 คน คิดเป็นร้อยละ 1.59 ทั้งนี้ในปี 2566 ยังพบการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมประเทศอยู่ที่ 350,934 คน คิดเป็นร้อยละ 0.78 ในขณะที่จังหวัดพิษณุโลกพบผู้ป่วย 7,399 คนคิดเป็นร้อยละ 1.18 ซึ่งมากกว่าระดับประเทศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ดูแลรับผิดชอบทั้งหมด 5 หมู่บ้าน 771 ครัวเรือน จำนวนประชากร 2,237 คน ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 425 คน โรคเบาหวาน 167 คน มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการช่วยดูแลคนในชุมชน 94 คน ในจำนวนกลุ่มอาสาสมัครนี้ มีการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง 35 คน โรคเบาหวาน 13 คน และโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 37.23, 13.83 และ 2.13 ตามลำดับ จากการศึกษาของสุรรัตน์ บุญยีน⁸ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่า 130 mg/dl ความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.71 (OR 1.708, $p < .01$), 3.54 (OR 3.537, $p < .001$) และ 2.62 (OR 2.621, $p = .008$) เท่าตามลำดับ⁸ และจากการศึกษาของ วุฒิชัย แป้นทองและรัตนสา ยายศ⁹ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ (OR=1.89; 95% CI=1.16-3.09) ประวัติการดื่มสุรา (OR=2.52; 95% CI=1.51-4.22) ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (OR=2.681; 95% CI=1.384-5.193) ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน (OR=1.821; 95% CI=1.038-3.193)



ประวัติการเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ($OR=1.905$; 95% $CI=1.180-3.074$) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ($HbA1c>7\%$ ($OR=1.738$, 95% $CI=1.033-2.923$) และระดับไขมันเอชดีแอล ($HDL<40$ mg/dl ($OR=1.682$, 95% CI 1.017-2.783) ทั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านซึ่งถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขมูลฐานเป็นอย่างยิ่ง และเป็นตัวอย่างให้กับประชาชนจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะตามมาในอนาคต

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้จะมียารักษาโรคแต่การปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะก่อนเป็นโรคอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับป้องกันโรคเพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้อย่างยั่งยืน¹⁰ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)¹¹ ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรคมีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม¹² ซึ่งในการศึกษาของ เสาวภา เล็กวงษ์ และคณะ¹³ พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.592$, $p < .01$) และหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.072$, $p < .05$) ทางคณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเพื่อดูแลป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ตามแนวคิดของเครียร์¹⁴ ในการกำหนดเป้าหมาย (Goal Selection) การตัดสินใจ (Decision Making) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสะท้อนตนเอง (Self-reflection) ร่วมกับการให้ความรู้และการกระตุ้นผู้ป่วยมีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ระยะ 1 การศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัคร
ประจำหมู่บ้าน ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก



ระยะ 2 ระยะสร้างระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

- ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในการกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพ จัดบันทึกข้อมูลประจำวัน การสะท้อนตนเองถึงปัญหาและอุปสรรค
- การให้ความรู้การดูแลตนเองตามหลักการ 3อ2ส.
- การสร้างชุดความรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติและสนับสนุนการจัดการตนเอง



ระยะ 3 ทดลองใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาประสิทธิผลของการใช้
ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง
ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development study) มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะ 1 การศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัคร
ประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก** ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 เดือน ตั้งแต่
23 ธันวาคม พ.ศ. 2565 – 22 มกราคม พ.ศ. 2566

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ
เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มาอย่างน้อย 1 ปี และเต็มใจให้ข้อมูลการวิจัยจำนวน 2 คน
กลุ่มที่สองคืออาสาสมัครสาธารณสุขที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลจอมทอง จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก
(Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับ
โรคเบาหวาน 2) สมัครใจและยินดียินยอมในการวิจัย 3) สามารถพูดคุย มองเห็นและการได้ยินชัดเจน และมีเกณฑ์คัดออก คือ
1) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) เกี่ยวกับ
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตำบลจอมทอง ระบบการจัดการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)
โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่
ปฏิบัติงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน มีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และการสนทนากลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านใช้การสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที ทั้งนี้มีการขออนุญาตใช้การบันทึกเสียงการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้
ข้อมูล รวมทั้งการถ่ายภาพขณะสนทนา ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นเป็นช่วงๆ เพื่อให้มีการเชื่อมั่นในการตีความของผู้วิจัยตรงกับ
ความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนาและเมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยจะสรุปผลการทำสนทนากลุ่มและกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน



การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการถอดเทปเป็นภาษาเขียน นำมาจัดระบบความหมายของข้อความไปพร้อม ๆ กัน และจัดระบบความหมายของข้อความจัดกลุ่มข้อความเป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรอง และวิเคราะห์สรุปประเด็น¹⁵

ระยะที่ 2 ระยะสร้างระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ตั้งแต่ 23 มกราคม 2566 – 24 มีนาคม 2566

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง มาวิเคราะห์สรุปประเด็น ร่วมกับศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและตัวอย่างรูปแบบระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง มาจัดทำเป็นร่างระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ในการกำหนดเป้าหมาย (Goal selection) การตัดสินใจ (Decision making) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) โดยกิจกรรมที่ดำเนินการตามแนวคิดจะกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพ จัดบันทึกข้อมูลประจำวัน การสะท้อนตนเองถึงปัญหาและอุปสรรคในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประกอบกับการให้ความรู้การดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลักการของ 3อ.2ส.ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา¹⁴ โดยการพัฒนาชุดข้อมูลเพื่อใช้ในการส่งข้อมูลความรู้และเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัวผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม

2. นำระบบที่สร้างขึ้นไปให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่านและตัวแทนจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 6 ท่านร่วมกันพิจารณาถึงความเป็นไปได้ความง่าย และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อนำไปใช้ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านอนามัยชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน ร่วมพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จัดทำระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และร่วมกันพิจารณาวางแผนในการดำเนินการทดลองใช้ในระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

การวิจัยในระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลสองครั้ง ก่อนและหลัง (Quasi-experiment one group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการวิจัยระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ตั้งแต่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2566 – 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 รายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านจอมทอง จากการสำรวจมีผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 48 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบ Mean: Difference from Constant (One sample case) การทดสอบทางเดียว กำหนดค่ากำลังการทดสอบ (Power) .80 ค่าความคลาดเคลื่อน (Error) .05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อชดเชยการสูญหายในขณะดำเนินการทดลองและเพิ่มความน่าเชื่อถือในการทดลอง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 30 คน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านจอมทองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน
- 2) ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) สมัครใจยินดีร่วมมือในการศึกษาวิจัย
- 4) สามารถพูดคุย มองเห็นและการได้ยินชัดเจน
- 5) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งานระบบแอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์คัดออก คือ

- 1) เข้าร่วมโครงการไม่ครบ
- 2) ขอลอนตัวออกจากการศึกษา

ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ไม่มีคำตอบแทนให้กับกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัย เนื่องจากพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัยอยู่ในชุมชนและไม่เป็นอุปสรรคในการเดินทาง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 ชุดความรู้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งให้กลุ่มตัวอย่างผ่านทางระบบแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ประจำวัน วันละ 1 หัวข้อ ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน 3) ความรู้เรื่อง 3อ.2ส. ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา¹⁶

1.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและความรู้ประจำวัน โดยการบันทึกข้อมูลความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอวที่ตรวจวัดได้ และค่าน้ำตาลในเลือดตามการตรวจรักษาตามปกติ (จากเวชระเบียน +/- ไม่เกิน 1 เดือน) และบันทึกความรู้ที่ได้รับประจำวันผ่านทางระบบแอปพลิเคชันไลน์ (Line application) เป็นการบันทึกแบบสั้น ๆ เพื่อสรุปความรู้ที่ได้รับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม มี 4 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ข้อมูลความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอวที่ตรวจวัดได้ และค่าน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (จากเวชระเบียน +/- ไม่เกิน 1 เดือน)

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยผู้วิจัยประยุกต์จากงานของปภาดา ชมพินิตย์และ รุติพร แสงพลอย¹⁷ จำนวน 15 ข้อ เลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม ระหว่าง 0- 15 คะแนนโดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 10.1-15 คะแนน หมายถึง ระดับสูง คะแนน 5.1-10 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพโดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย ในข้อคำถามเชิงบวก ให้ 1 คะแนน ในข้อคำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ในข้อคำถามเชิงบวกและลบให้ 2 คะแนน และสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์ในข้อคำถามเชิงบวก ให้ 3 คะแนน และในข้อคำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย อาหาร 12 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ การจัดการอารมณ์ 3 ข้อ และพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ 2 ข้อ คิดคะแนนรวมระหว่าง 20-60 คะแนนโดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 40.1-60 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับสูง คะแนน 20.1-40 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับปานกลาง และคะแนน 1-20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับต่ำ

2.4 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองในช่วงของการทดลองและหลังการทดลอง ในวันที่ 30 และ 60 ของการศึกษาวิจัยโดยใช้แบบสอบถามจากระยะที่ 1 โดยแจกแบบสัมภาษณ์ร่วมกับการสนทนากลุ่มในกลุ่มของอาสาสมัคร ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในวันที่ 30 และ 60 ของการศึกษาวิจัย

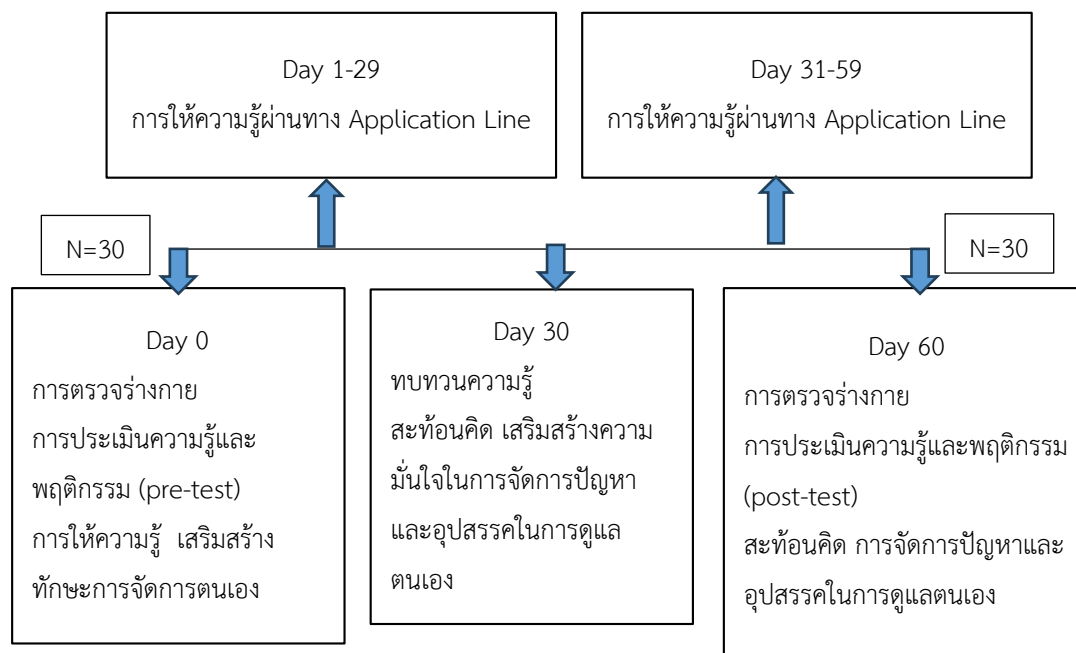
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ชุดความรู้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและความรู้ประจำวัน ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้พิจารณาเพื่อความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและประเด็นที่ทำการวิจัย มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.80 แล้วนำแบบสอบถาม ไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใกล้เคียง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 30 ราย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.70 ในส่วนของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตรวจสอบความตรงโดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.70



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับทราบรายละเอียดโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือให้คำยินยอม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมในการทดลองใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะเข้าร่วมโครงการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยในวันแรกผู้วิจัย จะทำการตรวจร่างกาย ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมการทดลอง โดยเมื่อเสร็จสิ้นการประเมินก่อนการทดลองจะดำเนินการให้ความรู้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 3) ความรู้เรื่อง 3อ.2ส. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา แจกแบบบันทึกความรู้ จัดตั้งกลุ่มในระบบแอปพลิเคชันไลน์ 4) กำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ 5) เสริมสร้างทักษะในการดูแลจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และสามารถขอรับการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในวันที่ 1-29 จะมีการส่งข้อมูลความรู้วันละ 1 เรื่อง ผ่านทางระบบแอปพลิเคชันไลน์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและบันทึกความรู้ลงในแบบบันทึก เป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัว ในวันที่ 30 จะมีการนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค สะท้อนคิดในการปฏิบัติและทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองโดยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure Interview) เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและในวันที่ 31-59 จะส่งความรู้ผ่านทางระบบแอปพลิเคชันไลน์วันละ 1 เรื่อง จากนั้นเมื่อครบระยะเวลาการทดลองในวันที่ 60 ได้ทำการตรวจร่างกาย ประเมินความรู้และพฤติกรรมหลังจากการทดลอง พร้อมทั้งสะท้อนคิดการประเมินปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการดำเนินงานวิจัยในระยะที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Wilcoxon t-test
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จัดกลุ่มข้อความที่เป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรอง และวิเคราะห์สรุปประเด็น



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองเลขที่ 2022/045 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2565 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม และผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการศึกษา โดยผลการศึกษายกย่องในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และได้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเพิ่มมากขึ้นและยังควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย พบปัญหาอุปสรรคโดยเฉพาะในด้านของความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อ.ส.ม.) ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงขาดแรงสนับสนุนและความต่อเนื่องในการดำเนินการ

พยาบาล ก. “อ.ส.ม.ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังขาดความตระหนัก จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี”

พยาบาล ข. “มีความตระหนักต่อสถานการณ์โรคเรื้อรังแค่บางหมู่ ผู้นำชุมชนมีผลต่อการสร้างความตระหนักและต้องร่วมมือกันกับอ.ส.ม.”

ในด้านของนโยบายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรที่จะปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานเชิงลึก เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

พยาบาล ก. “ควรมีนโยบายการแก้ปัญหาเชิงลึก โดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่าย กำหนดนโยบายและร่วมกันขับเคลื่อนโดยผู้นำชุมชน จะได้แก้ปัญหาได้ตรงจุดและยั่งยืน”

พยาบาล ก. “น่าจะมีอุปกรณ์การติดตามความรุนแรงของโรค การเข้าถึงอุปกรณ์ในการดูแลตนเอง ให้กำลังใจทีมสุขภาพในการติดตามกลุ่มเสี่ยง-กลุ่มป่วย”

พยาบาล ข. “ใช้สื่อต่าง ๆ มาช่วยให้ความรู้ ทำให้เกิดความน่าสนใจ หรือใช้คนต้นแบบ มาเปิดให้ดูเพื่อสร้างแรงจูงใจ”

ในด้านของกลุ่มตัวอย่างอ.ส.ม.ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีปัญหาในด้านของปวดตามข้อ ปวดขา ปวดหัว เวียนหัวในบางครั้ง พยายามที่จะดูแลสุขภาพของตนเองโดยพยายามเลือกทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกาย ทำจิตใจให้สงบ และมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพให้ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

อสม. 5 “เดินทำงานทำสวนทำไร่ เพื่อออกกำลังกาย ถ้าทำงานจะได้ไม่ติดเตียง”

อสม. 7 “ต้องออกกำลังกาย ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน”

อสม. 13 “เราจะไม่ติดเตียง ต้องเป็นคนแก่ดีดีสังคม”

ปัญหาอุปสรรคสำหรับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคโดยหลักมาจากตนเองเป็นหลัก ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มาจากครอบครัว ภาระงาน สถานที

อสม. 4 “รู้ว่าต้องออกกำลังกาย แต่ขี้เกียจ”

อสม. 8 “เห็นเค้ากินก็อยาก อดไม่ได้”

อสม. 6 “เค้าซื้ออะไรมาให้ก็ต้องทาน เลือกไม่ค่อยได้”

อสม. 10 “ไม่อยากออกไปออกกำลังกาย รถเยอะ กลัวอุบัติเหตุ”

อสม. 12 “งานเยอะ ไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย”

เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางการระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ทางกลุ่มได้เสนอให้มีการเพิ่มสื่อความรู้หรือการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัวอยู่เป็นระยะ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

อสม. 5 “อยากให้มาเพิ่มความรู้”



อสม. 15 “อยากได้ข้อมูลเรื่องการออกกำลังกาย”

จากการศึกษาพบว่าในด้านของนโยบายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรที่จะปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานเชิงลึก เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างพบอุปสรรคการปฏิบัติตัวในด้านของการขาดความตระหนักและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยที่พบ ได้แก่ ความตระหนักของตนเองเป็นหลัก ปัจจัยอื่น ๆ มาจากครอบครัว ภาระงาน สถานที่ ทั้งนี้ทางกลุ่มได้เสนอให้มีการเพิ่มสื่อความรู้หรือการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัวอยู่เป็นระยะ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

ระยะที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.33 สถานภาพสมรสร้อยละ 70 โดยส่วนมากอาศัยอยู่กับคู่สมรส จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 73.33 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 46.67 และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 53.33, 36.67 และ 10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

หลังการทดลอง พบว่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure: DBP) (Mean = 70.03, S.D. = 10.54) รอบเอว (Mean = 91.03, S.D. = 14.58) น้ำหนัก (Mean = 70.92, S.D. = 18.52) ดัชนีมวลกาย (Mean = 28.52, S.D. = 7.21) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (n=9) (Mean = 7.41, S.D. = 0.96) หลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) (Mean = 135.27, S.D. = 15.71) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Glucose: FBS) (Mean = 110, S.D. = 36.9) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (n = 30) โดยใช้สถิติทีและ Wilcoxon sign test

ผลการตรวจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		สถิติทดสอบ	p-Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)	140.33	17.06	135.27	15.71	1.747***	0.091
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)	79.07	13.15	70.03	10.54	5.204***	<0.001**
รอบเอว	92.00	15.24	91.03	14.58	-3.581	<0.001**
น้ำหนัก	71.96	19.40	70.92	18.58	-3.308	<0.001**
ดัชนีมวลกาย	28.93	7.58	28.52	7.21	-3.376	0.001*
ระดับน้ำตาลในเลือด	113.00	46.33	110.00	36.90	-1.067	0.286
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (n=9)	8.37	2.08	7.41	0.96	-2.380	0.017*

ในด้านการประเมินความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังการทดลองพบว่า คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพ (Mean = 13.97, S.D. = 0.67) อยู่ในระดับสูง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean = 45.27, S.D. = 2.99) โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง 44.53 หลังการทดลอง 45.27 พบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($Z = -0.484, p > .05$) แต่เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านเกี่ยวกับอารมณ์ (Mean = 7.47, S.D. = 0.90) พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.112, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30) โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign test

คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนความรู้การดูแลสุขภาพ	13.87	1.17	13.97	0.67	-0.484	0.628
คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
ภาพรวม	44.53	2.83	45.27	2.99	-1.340	0.180
ด้านอาหาร	25.33	1.65	25.63	2.04	-0.637	0.524
ด้านอารมณ์	6.97	1.07	7.47	0.90	-2.112	0.035*
ด้านการออกกำลังกาย	6.57	1.01	6.60	0.97	-0.120	0.904
ด้านสุขบุหรืและการดื่มแอลกอฮอล์	5.67	0.48	5.57	0.51	-1.342	0.180

จากการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาอุปสรรคเรื่อง ขาดความตระหนักถึงความสำคัญในปฏิบัติพฤติกรรม ขาดความตั้งใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และขาดการวางแผนและแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เช่น การจัดตั้งกลุ่มในการออกกำลังกายร่วมกัน เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่ได้จากการวิจัยดังนี้

1. การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้จัดให้มีการอบรมให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ตามหลัก 3อ2ส. การส่งข้อความทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มวันละ 1 ข้อความเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน รวมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามแนวทางผลการวิจัยระยะที่ 1 ทั้งนี้การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความรุนแรงได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในที่สุด⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการค่าความดันโลหิต ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมีต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชาลีสา สาและ และคณะ¹⁹ ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุน จากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่ามีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผลการศึกษาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการทดลองพบว่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) รอบเอว น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (n=9) หลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน



ในด้านการประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังการทดลองพบว่า คะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ โดยภาพรวมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมรายด้านเกี่ยวกับอารมณ์ มีคะแนนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ ทั้งทอง และ สุมลรัตน์ ขนอม²⁰ ที่ได้ทำการศึกษามูลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นระยะเวลา 3 เดือน ห่างกันครั้งละ 1 เดือน พบว่าการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดัน โลหิตค่าบนลดลง ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอวและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ²¹ ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริม สุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระยะเวลาใน การศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อน การทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องจะช่วยให้ผลลัพธ์ การดูแลตนเองและทางคลินิกดีขึ้นชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญบางประเด็น ทั้งนี้คะแนนในด้านของความรู้ พฤติกรรมภาพรวมเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องของโรคและการปฏิบัติตัวที่ดี ขาดแต่เพียง ความต่อเนื่องและความตระหนัก เมื่อเพิ่มระบบในการสนับสนุนติดตาม กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวจึงส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ซึ่งอาจจะต้องเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและติดตามประเมินผลในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ กัตติกา วังทะพันธ์ และคณะ²² ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ หลังได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีสัดส่วนของผู้ที่ควบคุม ความดันโลหิตได้สูงกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในการวัดกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เป็นเบาหวาน เพื่อเพิ่มคุณภาพของงานวิจัย และควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อติดตามความคงอยู่ของ พฤติกรรมในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก
2. ควรทำวิจัยถอดบทเรียนความสำเร็จเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาระบบสนับสนุนให้สอดคล้องกับบริบท โดยออกแบบการวิจัยให้กลุ่มควบคุมเพิ่มเติมในการศึกษา และมีความชัดเจนในผลการศึกษาเพิ่มขึ้น
3. ควรแยกกลุ่มในการศึกษาระหว่างกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากปัจจัยทางด้านยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาจมีผลต่อการแปลผลการศึกษาในภาพรวม
4. งานวิจัยยังมีข้อจำกัดในการศึกษาเนื่องจากทำในกลุ่มเดียวและไม่ได้มีการสุ่ม ผลการวิจัยจึงยังไม่สามารถอ้างอิงไปยัง กลุ่มอื่น ๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลจอมทอง ที่ให้การสนับสนุนทุนในการจัดทำโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่ช่วย ประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้



References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. American Heart Association. Heart Disease and Stroke statistics - 2024 update. [Internet]. 2024. [cited Apr 03]. Available from: <https://professional.heart.org/en/science-news/heart-disease-and-stroke-statistics-2024-update>.
3. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2022. [Internet]. 2022. [cited 2024 Apr 03]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>. (in Thai)
4. American Stroke Association. Let's Talk About Complications After Stroke. [Internet]. 2023. [cited 2024 Apr 25]. Available from: <https://www.stroke.org/en/help-and-support/resource-library/lets-talk-about-stroke/complications-after-stroke>
5. Siriraj Stroke Center. Risk factor for Stroke. [Internet]. 2020. [cited 2022 May 18]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sistroke/knowledge_detail.asp?id=5. (in Thai)
6. Siriraj Stroke Center. Preventions of cerebrovascular disease. [Internet]. 2019. [cited 2022 May18]. Available from: <https://www.sirirajstrokecenter.org/2019/2910.html>. (in Thai)
7. Health Data Center (HDC). Information to respond to the service plan. (NCD : DM, HT, CVD) [Internet]. 2014 [cited 2022 May 15]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
8. Bunyun S. Related factors of coronary artery disease and stroke in diabetes speciality clinic in Phaisali Hospital Phaisali District Nakhon Sawan Province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2016;6(3): 256-66. (in Thai)
9. Panthong W, Saiyot R. Factors associated with cerebrovascular disease in patients with diabetes and hypertension at Srinarong Hospital. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2024;18(1):193-208. (in Thai)
10. Sattayasomboon T, Sattayasomboon Y. Hypertension and type 2 diabetes mellitus patients: a systematic review on the chronic care model (CCM) and self-management Support (SMS). The Southern College network Journal of Nursing and Public Health. 2020;7(2):232-43. (in Thai)
11. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt Comm J Qual Improv. 2001;27(2):63-80.
12. Wattana C. Self-management support: strategies for promoting disease control. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2015;26(1):117-27. (in Thai)
13. Lekwong S, Boonlue O, Ruamwong N, Roganatum N. The development of a self-management model for stroke prevention in stroke risk group patients. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2022;33(2):175-89. (in Thai)
14. Creer TL. Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation: Handbook of self-regulation. New York: Elsevier; 2000.
15. Panawong C. The qualitative research methodology: from theory to practice. Phitsanulok: Naresuan University Publishing House; 2019. (in Thai)



16. Department of Health. 3 A. 2 S. Disease prevention code. [Internet]. 2020. [cited 2023 Feb 16]. Available from: https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info_190-protect/. (in Thai)
17. Chomphunit P, Seangploy T. Development of the health promotion knowledge package for older people during COVID-19 pandemic, Tambon Chom Thong, Amphoe Mueang, Phitsanulok Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022;5(1):26-41. (in Thai)
18. Tiparat W, Suwanweala S, Singhasem P, Mengaied S. The effects of a self-management supporting program on management of blood pressure among patients at-risk for stroke in Muang district, Trang province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(2):70-85. (in Thai)
19. Salaeh S, Thaniwattananon P, Kritpracha C. The effects of self-management promoting with family support program on recurrence-prevention behaviors and blood pressure for muslim elderly with Ischemic Stroke. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022;42(2):48-61. (in Thai)
20. Thungtong S, Khanom S. The effectiveness of a health behavior modification program on risk factor reduction in patients with chronic non-communicable diseases attending at tambon health promotion hospital in the southern Thailand. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2021;1(2):1-15. (in Thai)
21. Sarakshetrin A, Tongpeth J, Daungchan C. The effectiveness of health promotion and self-management support program on self-management behavior and clinical outcomes among uncontrolled type 2 diabetes and hypertension patients. Journal of Health Science. 2023;32(2):299-311. (in Thai)
22. Wangtapan K, Komphayak J, Seekao O. Stroke prevention self-management programme in patient with uncontrolled hypertension. Research and Development Health System Journal. 2020;13(1) 422-30. (in Thai)