e 266295

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบทไทย: ประสบการณ์จากภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย

Factors Affecting Self-Care Behaviors People in Rural Thai Community: An Experience from Lower Northern Thailand

พนารัตน์ เจนจบ (Panarat Chenchob) [1*]
เกศราภรณ์ ชูพันธ์ (Kesaraporn Choopun) [2]
ศรินยา พลสิงห์ชาญ (Sarinya Polsingchan) [3]
นฤมล เอกธรรมสุทธิ์ (Narumon Ekthamasut) [4]
สมาภรณ์ เทียนขาว (Samaphorn Theinkaw) [1]
สมตระกูล ราศิริ (Somtrakul Rasiri) [5]

Corresponding author E-mail: panarat0923@gmail.com *
(Received: September 29, 2023; Revised: December 23, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบทไทย: ประสบการณ์จากภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยกลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนชนบท และ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และ PRECEDE Framework ของ Green ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ใช้วิธีการแบบผสมโดยผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 200 คน ซึ่งสุ่มโดยวิธีจับฉลาก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน สำหรับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพใช้กระบวนการสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน ตามกรอบแนวคิด PRECEDE Framework

1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
4 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
Faculty of Nursing, Northern College
5 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health,Phisanulok, Faculty of Public Health and AlliedHealth, Praboromarajchanok Institute

e 266295

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล มี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ 2) ระบบการป้องกันผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) การมีส่วนร่วมและการเพิ่มศักยภาพของเครือข่าย และ 4) การใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยนำ (ความรู้ ทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานพยาบาล) และปัจจัยเสริม (เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุน) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรังมากที่สุด คือ การเข้าถึงสถานพยาบาล รองลงมา คือ อายุ พฤติกรรม

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริมการพัฒนาทั้งความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรมีเป้าหมายงานเชิงรุกทำงานแบบสหวิชาชีพที่ชัดเจนในระยะเวลาที่เหมาะสม ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ควรพิจารณาตัวแปรอื่น ๆ ร่วมด้วย ตามบริบทของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อให้ก่อเกิดแรงสนับสนุนในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, คนชนบท, ประเทศไทย

ABSTRACT

The Predictive Correlational Research aimed 1) to study the situation and problems related to the system for promoting, preventing, treatment and rehabilitation for health-related behaviors of people in rural communities in BanTak District, Tak Province; 2) to study the self-care behaviors of people in rural communities in BanTak District, Tak Province. And 3) to study the predictive factors of self-care behaviors of people in rural communities in Tak District, Tak Province. Based on Orem self-care theory and Green's PRECEDE Framework were utilized for a conceptual framework. Mixed methodology was used combining quantitative method and qualitative method. A self-care behaviors questionnaire was developed with eating, exercising, medication adherence, and stress management. The qualitative sample consisted of 30 members of multidisciplinary teams working with non-communicable disease patients. Participants were selected using purposive sampling and interviewed in-depth. The quantitative sample consisted of 200 people aged 18 years and older, who were randomly selected. Data were collected using a self-care behavior questionnaire.

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

The qualitative findings revealed four main issues related to the system for promoting, preventing, treating, and rehabilitation health-related behaviors of people in rural communities in Tak District, Tak Province as follows; 1) Screening, identification, and management of at-risk and new patients, 2) Non-communicable disease prevention, treatment, and rehabilitation systems 3) Participation and capacity building of networks and 4) Use of digital health. The quantitative findings revealed that self-care behaviors, overall and in terms of diet, exercise, stress management, and medication-taking, were at a moderate level. The leading factors (knowledge and attitudes), enabling factors (access to health care), and reinforcing factors (social networks and support) were all significantly associated with self-care behaviors ($p < .05$). The factor that could best predict self-care behaviors related to chronic diseases was access to health care, followed by age, smoking behavior, and social networks ($p < .05$). The amount of variance explained was 35.19% ($R2 = .3219$, $p < .05$). The findings suggest that there should be a focus on promoting both knowledge and attitudes about self-care related to non-communicable diseases. This should be done through clear, targeted, and timely interprofessional work. The factors that were predictive of behavior in this study should be considered in conjunction with other variables, taking into account the context of both providers and recipients, in order to create effective support for self-care.

Keywords: Factors Affecting, Self-Care Behaviors, Self-Care Behaviors, Rural Thai Community, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable diseases: NCDs) คร่าชีวิตผู้คน 41 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 74% ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ในแต่ละปีมีประชากรราว 17 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนอายุ 70 ปี คิดเป็น 86% (WHO, 2022) ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็น 17.9 ล้านคนต่อปี ตามด้วยโรคมะเร็ง (9.3 ล้านคน) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (4.1 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (2.0 ล้านคน) รวมถึงการเสียชีวิตจากโรคไตที่เกิดจากโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อผู้คนในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางอย่างไม่เป็นสัดส่วน ทั้งนี้การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการไม่ออกกำลังกาย รวมทั้งมลพิษทางอากาศ (Solod, 2022; WHO, 2022)

แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรค NCDs ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและต้นทุนทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Division of Non-Communicable Disease, 2022) สถานการณ์นับวันจะทวีปัญหามากยิ่งขึ้นและจะเห็นได้ว่าอัตราความชุกของโรคเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น โรค NCDs คุกคามความก้าวหน้าสู่วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนปี 2030 ซึ่งรวมถึงเป้าหมายในการลดความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตจากโรค NCDs หลักทั้งสี่กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 70 ปี ลงหนึ่งในสามภายในปี 2030 (WHO, 2022) อายุเริ่มต้นของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าอายุเริ่มต้นการเป็นโรคเหล่านี้มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา อายุที่มากขึ้นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอัตราที่สูงขึ้น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี โดยเฉพาะการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่เหมาะสมตามสภาพของตนเอง การใช้เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียด และการใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการรับประทานยาไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง การขาดยาเป็นระยะเวลานาน หรือใช้ยาของบุคคลอื่นมารับประทานก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการออกกำลังกายและพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Lifestyle) เช่น การนั่ง ๆ นอน ๆ ในประเทศไทย พบว่าจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและวัยรุ่น (Liangruenrom, Suttikasem, Craike, Bennie, Biddlend & Pedisic, 2018)

ในจังหวัดตากพบอัตราการป่วยตายด้วยโรคเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565 เท่ากับ 2.65 และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มอายุ 15 – 39 ปี กลุ่มอายุ 40 – 49 ปี กลุ่มอายุ 50 – 59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรัง เท่ากับ .00, .64, .28, 1.69 และ 1.89 ตามลำดับ และที่โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก อัตราการป่วยตายด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ.2565 เท่ากับ 1.65 และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มอายุ 15 – 39 ปี กลุ่มอายุ 40 – 49 ปี กลุ่มอายุ 50 – 59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง เท่ากับ 0.00, 0.00, 0.00, 2.27 และ 1.60 ตามลำดับ (Medical Record BanTak Hospital, 2022)

การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560- 2564) มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเน้นการเร่งเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก มุ่งส่งเสริมให้บุคคล ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มีทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดโรคและไม่เสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ การสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง สำหรับประเทศไทยถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ อันได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555- 2559 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.2555-2559 และแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ.2556 เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญ คือ การจัดการโรคสำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง แต่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวในระดับปฏิบัติการยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องของรูปแบบโดยเฉพาะบริบทของการให้การบริการในแต่ละพื้นที่อาจมีจุดเด่นและจุดด้อย

แตกต่างกันไป การให้บริการในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขขั้นพื้นฐานควรมีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ในรายละเอียดของการดำเนินการอาจมีความแตกต่างกันได้ตามบริบทของพื้นที่ที่ให้บริการ ดังนั้นควรมีการปรับปรุงระบบการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ (DDC, Ministry of Public Health, 2020)

การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นผลจากการขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วของโลกาภิวัฒน์โดยไม่ได้วางแผน ประกอบกับวิถีการใช้ชีวิต การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและขาดการออกกำลังกายอาจทำให้คนมีความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน ซึ่งเรียกว่าปัจจัยเสี่ยงด้านเมตาบอลิซึม และอาจนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นผลสืบเนื่องที่เกิดมาเป็นเวลานาน และการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถพิจารณาแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non – modifiable) โดยปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้เป็นปัจจัยด้านพันธุกรรม เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ และ (2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor) หมายถึง พฤติกรรมที่เราสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การสูบบุหรี่ (tobacco use) การไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (unhealthy diet) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (the harmful use of alcohol) (WHO, 2022) สำหรับปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ไม่ว่าจะด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมหรือการใช้ยา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่าง ๆ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาคุมกำเนิด โรคอ้วน หรือการพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมหลายประการมีส่วนทำให้เกิดโรค NCDs ซึ่งมลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบมากที่สุด โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 6.7 ล้านคนทั่วโลก โดยประมาณ 5.7 ล้านคนเกิดจากโรค NCDs รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็งปอด (WHO, 2022) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตกว่า 8 ล้านคนต่อปี (รวมถึงผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การบริโภคเกลือ/โซเดียมมากเกินไปทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร 1.8 ล้านคนต่อปี มากกว่าครึ่งของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 3 ล้านคนต่อปีที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นโรค NCDs รวมถึงโรคมะเร็งและการขาดการออกกำลังกายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 830,000 คนต่อปี โรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่เพียงเป็นตัวขับเคลื่อนหลักสำหรับการขับเคลื่อนคุณภาพและการสูญเสียชีวิตเท่านั้น และค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพและระบบการกระจายภาษีภายในระบบ (Meier, Senftleben, Deumelandt, Christen, Riedel & Langer, 2015) ความสำคัญของพฤติกรรมดูแลสุขภาพในบริบทของชุมชนชนบท ลักษณะภูมิประเทศมีความแตกต่างกันพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเทือกเขาสูงสลับที่ราบหุบเขา มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์เชื่อมโยงสู่ประเทศเพื่อนบ้าน แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับคนไทยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งระดับพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อ.บ้านตาก เป็นชุมชนชนบทซึ่งผลการศึกษาใช้ใน

บริบทของชุมชนซึ่งค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นการรักษาพยาบาล มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ใช้ในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค น่าจะเป็นมาตรการที่สำคัญที่ควรให้ความสำคัญในการจัดสรรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น (Medical Record BanTak Hospital, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพตนเอง PRECEDE-PROCEED Framework Model (Green & Kreuter, 2005) มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีตัวกำหนดจากหลายปัจจัย ซึ่งแบ่งเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดหรืออารมณ์ และด้านการรับประทานยา และใช้แนวคิดขั้นตอนที่ 3 และ 4 ของ PRECED Framework ในการพิจารณาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ จึงได้เลือกตัวแปรที่สำคัญในแต่ละปัจจัยมาศึกษา ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร สังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว ประเภทโรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานพยาบาล และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ เครือข่ายสังคม ครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อน และชุมชน การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ/อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถสรุปเป็นเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ที่พัฒนามาจาก Green & Kreuter (2005) การจูงใจเสริมและเปิดโครงสร้างในนโยบายการวินิจฉัยและนโยบายการประเมินผล การศึกษากฎระเบียบและโครงสร้างองค์กรในรูปแบบการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (PRECEDE-PROCEED) ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีเพื่อเป็นแนวทางในกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Kim, Jang, Kim & Lee, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนในชุมชนบทจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูและสุขภาพของคนไทยในชนบท คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบทไทย: ประสบการณ์จากภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย ซึ่งสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบการส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูและคุ้มครอง พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพของคนในชุมชนชนบท และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนในชุมชนชนบท อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแนวทางการส่งเสริมและป้องกันเพื่อปรับพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สามารถนำมาช่วยในการพิจารณาต่อการทำงานต่อไปของบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อประชาขนในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องในระบบการส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูและคุ้มครองพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

3. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท อ.บ้านตาก จ.ตาก

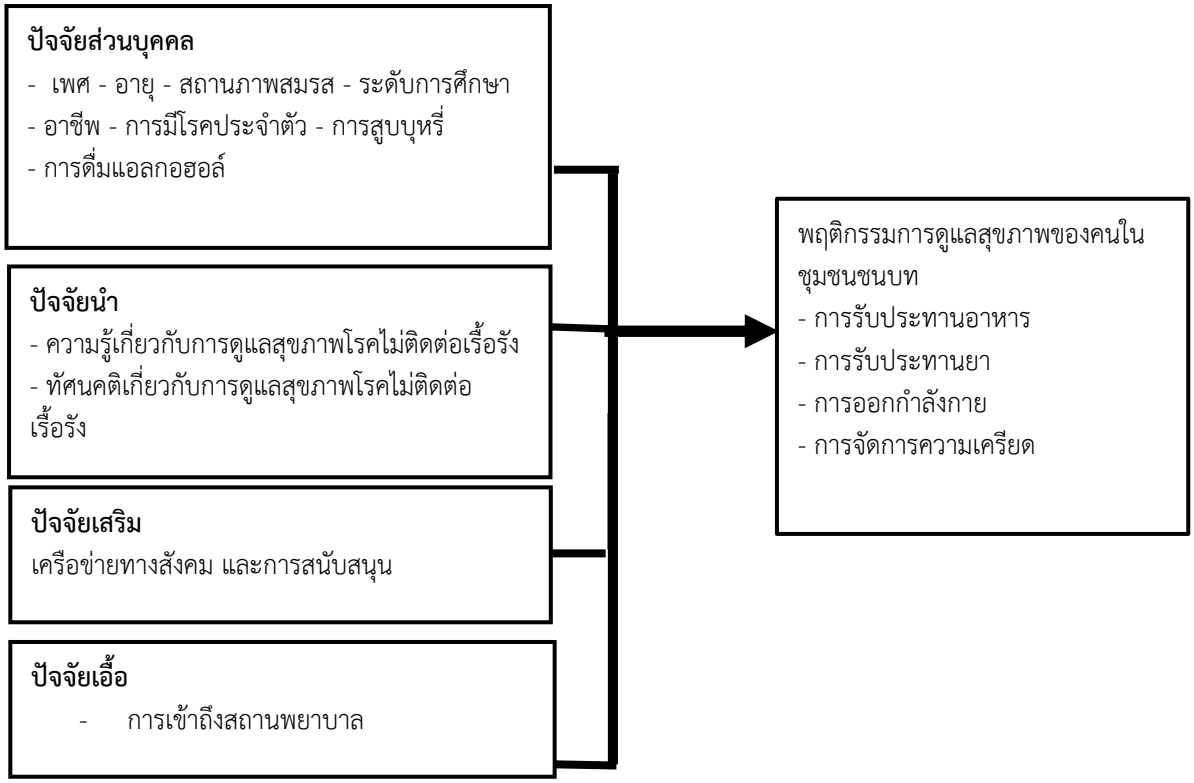
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท อ.บ้านตาก จ.ตาก

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานพยาบาล ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท อ.บ้านตาก จ.ตาก

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุน ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท อ.บ้านตาก จ.ตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา

ด้านกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านตาก จ.ตาก

ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชนบท 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา

ปัจจัยนำ มี 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนในชุมชนชนบท

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานพยาบาล

ปัจจัยเสริม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม คือ เครือข่ายทางครอบครัว เครือข่ายทางเพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงาน และเครือข่ายทางชุมชน และแรงสนับสนุน ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ด้านสถานที่ ตำบลสมอโคน ตำบลตากออก ตำบลตากตก และตำบลแม่สลิด อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ด้านเวลา ดำเนินการระหว่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (descriptive research) และการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) การศึกษามี 2 แนวทาง แนวทางที่ 1) การศึกษาสถานการณ์ต่าง ๆ อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา แนวทางที่ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในการป้องกันและดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ทีมเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling method) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) โดยทำงานรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 10 คน และผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. จำนวน 13 คน ซึ่งเป็นมีบทบาทแตกต่างกันในการดูแลประชาชน ทั้งนี้เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่จะช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่หลากหลายและแนวคิดที่แตกต่าง เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลในช่วงเวลาเก็บ

ข้อมูล ลาออกหรือย้ายที่ทำงานในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัย หรือมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้ โดยการเก็บข้อมูลนั้นจะเก็บข้อมูลจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว (saturation) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling method) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ที่กำหนดไว้และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลในช่วงเวลาเก็บข้อมูล ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ส่วนการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลในรายแรกจากนั้นจึงสอบถามถึงผู้ให้ข้อมูลรายถัดไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากผู้ให้ข้อมูลรายแรก และดำเนินการแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (saturation) ด้วยการบันทึกเทปใช้เพื่อรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative method) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 335 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยจับฉลากได้ ตำบล 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลสมอโคน ตำบลตากออก ตำบลตากตก และตำบลแม่สลิด จำนวนทั้งหมด 180 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis จากโปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 ความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 (Cohen, 1997) ได้กลุ่มตัวอย่าง 180 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Missing data) หรือมีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Gray, Grove & Sutherland, 2020) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling method) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ กลุ่มประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปและเต็มใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การและปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

เครื่องมือสำคัญคือผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth interview) โดยใช้ข้อคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการศึกษาสถานการณ์การและปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับผู้รับบริการ การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ การมีส่วนร่วมและการเพิ่มศักยภาพของของเครือข่าย ซึ่งข้อคำถามผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 3 คน โดยเก็บข้อมูลจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จำเป็นในการรวบรวมข้อมูล อย่างไรก็ตามคำถามดังกล่าวสามารถขยายคำถามเป็นคำถามย่อย ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมาก

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จึงกำหนดแนวทางในการดำเนินการศึกษา ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (credibility) คือ ความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความจริงกับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องกันหรือไม่โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ การใช้เวลาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (extended engagement in the field) ในการเก็บข้อมูลตามวิธีการที่ใช้เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่สะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณ 45 - 60 นาที 2) การตรวจสอบแบบสามเส้า (ttriangulation) เพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ของข้อมูล 2.1) วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) แบบบุคคล (personal triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบของข้อมูลนั้นเก็บข้อมูลจากบุคคลที่ต่างกัน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความเข้ากันได้ของข้อมูล 2.2) ใช้การตรวจสอบจากหลายวิธีวิจัย (methodological triangulation) คือ ใช้ทั้งการสัมภาษณ์ร่วมกับการสนทนากลุ่มการตรวจสอบโดยกลุ่มเพื่อนนักวิจัย (peer debriefing) โดยการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในการกำหนดรหัส การสร้างข้อสรุปและรูปแบบการนำเสนอเพื่อให้ได้แนวทางและข้อมูลที่ถูกต้องในการทำวิจัย

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative method) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ที่ได้รับการพัฒนาจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) และจากกรอบแนวคิด PRECEDE – PROCEDD Model (Green & Kreuter, 2005) และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 8 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประเมินจากแบบวัดถูก - ผิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน จำนวน 20 ข้อ การแปลระดับคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) โดยจัดระดับคะแนนความรู้เป็นรายด้านและรายรวม เป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี คือ ตอบถูกร้อยละ 80-100 ระดับปานกลาง คือ ตอบถูกร้อยละ 60 – 79 และอยู่ในระดับต่ำ คือ ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 60

ตอนที่ 3 ทัศนคติต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อโดยลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางบวกที่ตรงกับความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด ส่วน 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด รวม 10 ข้อ แปลผล เป็น 3 ระดับ โดย ทัศนคติดี ค่าเฉลี่ย 36.68 – 50.00 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง มีค่าเฉลี่ย 23.34 – 36.67 และมีทัศนคติต่ำ มีค่าเฉลี่ย 1.00 – 23.33

ตอนที่ 4 การเข้าถึงสถานพยาบาล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ เข้าถึงสถานบริการสูง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.00 – 27.00

เข้าถึงสถานพยาบาลปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.01 -21.00 และเข้าถึงสถานพยาบาลน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.00-15.00

ตอนที่ 5 เครือข่ายสังคม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ มีเครือข่ายทางสังคมสูงโดยลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.36-55.00 มีเครือข่ายทางสังคมปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.68 – 40.35 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.00 -25.67 และมีเครือข่ายทางสังคมน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.00-15.00

ตอนที่ 6 แรงสนับสนุนสังคม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.36-55.00 มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.68 – 40.35 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.00 -25.67 และมีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.00-15.00

ตอนที่ 7 พฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเป็นข้อความทางบวก ที่ตรงกับความคิดเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ ปฏิบัติมากที่สุด ส่วน 1 คือ ปฏิบัติน้อยที่สุด รวม 10 ข้อ แปลผล เป็น 3 ระดับ โดยปฏิบัติได้ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 36.68 – 50.00 ปฏิบัติในระดับปานกลาง หมายถึง มีค่าเฉลี่ย 23.34 – 36.67 และปฏิบัติน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.00 – 23.33

<u>การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ</u>

แบบสอบถามได้รับการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ท่าน และได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) แต่ละข้อมีค่ามากกว่า .5 และปรับปรุงข้อถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำเพื่อให้มีความชัดเจนของข้อคำถาม ซึ่งตอนที่ 3 ทัศนคติต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ .84 ตอนที่ 4 การเข้าถึงสถานพยาบาลเท่ากับ .86 ตอนที่ 5 เครือข่ายสังคมเท่ากับ .80 ตอนที่ 6 แรงสนับสนุนสังคมเท่ากับ .86 และตอนที่ 7 พฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเท่ากับ .84 ตามลำดับ จากนั้นไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามในตำบลหัวเดียด และตำบลเชียงทอง อำเภอเมือง จังหวัดตาก จำนวน 30 คน ได้ค่าระดับความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Alpha's Cronbach) สำหรับทัศนคติ การเข้าถึงสถานพยาบาล เครือข่ายสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ .84, .81, .75, .86 และ .86 ตามลำดับ สำหรับความรู้ ได้รับการประยุกต์การประเมินความยากง่ายของข้อถาม (Difficulty) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่าง .32 ถึง .69 และอำนาจการจำแนก (Discrimination) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่าง .39 ถึง .85 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Kuder-Richardson โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ .78

<u>การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย</u> ดำเนินการระหว่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565 มีขั้นตอนในการดำเนินการ 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สืบค้นองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ รวมทั้งรายงานผลการศึกษาจากสถาบันต่าง ๆ เพื่อสรุป ข้อมูลเชิงประจักษ์ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาสถานการณ์จริง ดังนี้ แนวทางที่ 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาจากผู้ให้บริการใน รพ.บ้านตาก การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลโดยตรงโดยใช้แนวการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่สร้างขึ้น ใช้เวลาประมาณ 45 นาที - 60 นาที จำนวน 1-2 ครั้ง จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยระหว่างการสนทนาผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนาและจับประเด็นของข้อมูลและบันทึกโดยการสรุปสั้น ๆ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะถอดเทปการสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำ แนวทางที่ 2) ทีมผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลในชุมชนกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน

วิธีการรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลในชุมชนกับกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกพื้นที่ 4 ตำบลใน อ.บ้านตาก ได้แก่ ต.สมอโคน ต.ตากออก ต.ตากตก และ ต.แม่สลิด ที่สามารถอธิบายถึงสถานการณ์ในสังคมเมืองมากกว่าสังคมที่ราบสูง ผ่านการนัดหมายจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงาน โดยมี อสม. ช่วยระบุชี้บ้าน เก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ให้ผู้เก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงลงบันทึกในแบบสอบถามดังกล่าว ซึ่งภายในแบบสอบถามมีคำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม เอกสาร คำอธิบายและการนำผลการวิจัยไปใช้ และเมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนและความถูกต้อง ก่อนลงบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูป แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หนังสือรับรองที่ SCPHPL 3/2565.5 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ แสดงถึงการให้เกียรติโดยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การทำกิจกรรมทุกอย่างตลอดการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงยอมรับในการตัดสินใจหากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการตอบคำถามหรือถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการสัมภาษณ์ที่ถูกบันทึกเทปไว้จะได้รับการถอดเทป จากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลเชิงคุณภาพถูกวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic analysis) (Colorafi & Evans, 2016)

3. วิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณการเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Nursing and Health Science Research
ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมี 30 ราย ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน โดยผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 – 10 ปี

ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ 2) ระบบการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) การมีส่วนร่วมและการเพิ่มศักยภาพของของเครือข่าย และ 4) การใช้ Digital Health ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวกับ NCDs ซึ่งมีข้อมูลตัวอย่างที่ได้จากกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ จากการรณรงค์ตรวจสุขภาพประจำปีประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และการตรวจเชิงรุกที่บ้าน เมื่อพบกลุ่มเสี่ยงจะพิจารณากลุ่มที่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เมื่อได้กลุ่มเสี่ยงจาก CVD lists สูง จะนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในคลินิกโรงพยาบาลบ้านตาก และ รพ.สต.ที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ โดยการให้คำแนะเป็นรายบุคคล

“การคัดกรองจะพิจารณากลุ่มเสี่ยงสูง (โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง) ซึ่งในกลุ่มหรือเคสผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านตาก ได้ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดัน และโรคเรื้อรัง เพราะมีความเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มอื่น”

“กรณีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ จะอาศัยการตรวจสุขภาพประจำปีที่มีการตรวจความดัน ตรวจเบาหวานในชุมชน ซึ่งได้รณรงค์ทำทุกปีอยู่ หากคนไหนไม่สะดวกมาตรวจ หรือไม่เคยมาตรวจเลยเพราะติดบางอย่าง ก็หาวิธีการเข้าถึงอาจเจาะลึกทีละเขตหรือไปเยี่ยมบ้านเลย เพราะหากไม่ได้รับการตรวจจะกลายเป็นผู้ป่วย Stroke มาหาเลย”

2. ระบบการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อพบกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้คำปรึกษาการส่งเสริมด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมโครงการการส่งเสริมร้านอาหาร ตลอดจนนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้ข้อมูลเรื่องความเสี่ยงของโรคหลอดเลือด เข้าสู่ระบบ EMS สายด่วนฉุกเฉิน และนำการสังเกตอาการ การป้องกันเบื้องต้น ตลอดจนการเข้าถึงช่องทางการรักษาแบบครบวงจร

“เมื่อได้กลุ่มผู้ป่วยที่มี CVD lists ความเสี่ยงสูง กลุ่มผู้ป่วยจะถูกนำเข้ามาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้แบ่งออกเป็นสองแหล่ง คือ กลุ่มที่ทำในโรงพยาบาลบ้านตาก และกลุ่มที่ทำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)”

“การให้บริการเรื่องข้อมูลความเสี่ยงของโรคหลอดเลือด ยังมีช่องทางการให้บริการอื่น ๆ ทั้งระบบการเข้าถึงระบบ EMS สายด่วนฉุกเฉิน และการแนะนำลักษณะอาการ การรักษา และป้องกันในเบื้องต้นกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินที่สามารถบ่งชี้ได้ถึงภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง”

“ส่งเสริมการป้องกันกลุ่ม New case stroke คือ หลังจากที่คัดกรองกลุ่มความเสี่ยงสูงจาก CVD risk แล้วก็จะให้คำแนะนำรายคน เช่น ถ้าคนไหนมีความเสี่ยงเรื่องบุหรี่ จะแนะนำเบื้องต้นตั้งแต่ OPD ให้ผู้ป่วยเห็นโทษของการสูบบุหรี่ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด Stroke บางกลุ่ม ซึ่งผลลัพธ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้วิธีค่อย ๆ ลดจำนวน เลิกยากจึงจะส่งเข้าจิตเวช เพื่อที่จะให้การบำบัดและให้มีการใช้ยาร่วมด้วย”

“การส่งเสริมร้านอาหารเข้าร่วมโครงการลดหวาน มัน เค็ม โดยโรงพยาบาลบ้านตากจะมีกิจกรรมไปตรวจความเค็มในร้านอาหารภายในพื้นที่ของชุมชน”

“การให้การส่งเสริมการศึกษาด้านสุขภาพ หรือ Education Health promotion สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้วภายใต้โครงการนี้คือทำเป็นรูปแบบของซีดี ให้ใช้ภาษาแบบชาวบ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แจกไปให้ทุกหมู่บ้านได้ดู และมีป้ายโปสเตอร์ทำติดทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล โปสเตอร์โรคหลอดเลือดสมอง”

<u>3. การมีส่วนร่วมและการเพิ่มศักยภาพของเครือข่าย</u> โดยอาศัยการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีการวางแผนและนโยบายร่วมกัน โดยเป็นที่ปรึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการเพิ่มศักยภาพของ รพ.สต.ในพื้นที่ในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ทำให้เข้าใจระบบประสานงานและส่งต่อในการรักษาได้ถูกต้อง

“มีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถเป็นคลินิกเลิกบุหรี่ได้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมากกว่า ส่วนนี้ทางงานจิตเวชได้มีแผนที่จะทำอย่างจริงจัง เนื่องจากบุหรี่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสูงที่จะทำให้เกิด Stroke สำหรับการป้องกันอื่น ๆ คือ การควบคุมความดัน ลดปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น ไขมันในเส้นเลือดสูง จะแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร และยา”

“ทีมนี้จะเอารายชื่อของผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 30 เปอร์เซ็นต์ เข้าในกลุ่ม แล้วก็ให้ความรู้เป็นระดับตำบล เค้าจะไปตามตำบลหรือตามราย รพ.สต. คนไข้นั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ในระบบรักษาของ รพ. หรือในระบบการรักษาของดูแล รพสต.ก็จะได้เข้าระบบ EMS เหมือนกัน ก็จะไปนัดทำตรงนั้น แล้วก็คนไข้กลุ่มนี้ก็จะมีบัตร member club จะทำเป็นบัตรประจำตัวให้กับผู้ป่วยที่เข้าระบบของเรา ระบบนั้นจะมีชื่อที่อยู่ของผู้ป่วยแล้วจะมีหมายเลขโทรศัพท์ อาการที่เค้าจะขอรับความช่วยเหลือ 1669 อันนี้เค้าจะได้รับรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติ ถ้าเป็นผู้สูงอายุ เท่าที่เราคุยกัน ญาติก็จะมารับรู้ด้วย และจะมาฟังร่วมกัน แล้วกลุ่มเหล่านี้ก็ทำต่อเนื่องทุกปี ไปทำกิจกรรม แล้วรู้สึกว่า มีคนช่วยสนับสนุนก็จะเป็นอะไรที่เป็นแรงบันดาลใจที่ทำให้เราอยากเข้าสู่สังคมจัดตั้งชมรมคนพิการ”

“การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบ้านเรื่องการกินนั้น เปลี่ยนหมด ลดเค็มลดการทำอาหารให้ต้องคุมเลย อาหารที่ซื้อมาผมชอบไปซื้อพวกมันทอด ลดลงไปเยอะครับ”

“พอกลับบ้านเราก็ทำรอกให้ชักรอก เราก็ทำรอกให้ชักรอกที่มือที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ก็พาไปทำกายภาพ และกลับมาทำเอง บริหารลิ้นโดยใช้ช้อนกดลิ้น ทำกายภาพ”

“การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบ้านเรื่องการกินนั้น เปลี่ยนหมด ลดเค็มลดการทำอาหารให้ต้องคุม”

4. การใช้ Digital Health ในส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวกับ NCDs เป็นการใช้ระบบสารสนเทศ ได้แก่ ระบบ Thai refer กับ HOSxP ในการบันทึกและสามารถนำมาใช้ในการวางแผนในการดูแลผู้รับบริการแบบครบวงจร ซึ่งเป็นประโยชน์ในการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

“เค้าบอกว่าไลน์มันมีการแจ้งเตือนให้เห็น แต่ว่าในระบบ Thai refer กับ HOSxP มันไม่มีการแจ้งเตือน แล้วในส่วนของตัว peopleware เองก็คือทางเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และก็ทางของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรจะต้องได้รับการพัฒนา เพราะฉะนั้นทาง รพ.สต.เนี่ยถ้ายังใช้ HOSxP หรือ Thai refer ยังไม่คล่องเนี่ยอาจจะต้องให้เค้ามาเทรนนิ่งบ่อย”

“เราเริ่มมีเรื่องของการคัดกรองเรื่องของ CVD risk ที่เป็นรูปเป็นร่างสักประมาณเริ่มปลายปี 2556-2557 นี่ก็ยังไม่สมบูรณ์ แต่ว่าเป็นการเริ่มต้นเป็นภาพจังหวัด แล้วก็ลงมาจนถึงอำเภอ ในส่วนของ รพ.บ้านตากพอเริ่มปี 2557 ก็จะมีเครื่องมือในการประเมิน CVD risk ก็จะมีเรื่องของช่วงอายุ เรื่องของระดับน้ำตาล เรื่องของคอเลสเตอรอล เรื่องของ BP โดยมีเครื่องมือที่เค้าเรียกว่าเครื่องมือในการประเมินออกมาเป็นรูปแบบตามทีม NCD คลินิกโรคเบาหวานกับความดันก็ทำตั้งแต่ตรงนั้นเป็นต้นมา หลังจากตรงนั้นเป็นต้นมาพอเราประเมินได้ เราก็มีการคืนข้อมูลไปในระบบของการรักษา เพื่อที่จะให้แพทย์และทีมที่เป็น NCD ที่ดูแลผู้ป่วย NCD ทั้งหมด โดยการบันทึกข้อมูลทั้งในตัวเครื่องระบบ HOSxP”

2. ผลการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท อ.บ้านตาก จ.ตาก

2.1 ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน

ความรู้ในการส่งเสริมและป้องกันรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยโรงพยาบาลจัดทำสื่อที่เหมาะสม และกระจายไปตามพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งในและนอกสถานพยาบาล สารสนเทศในปัจจุบันมีหลากหลาย ควรสอดแทรกความรู้ต่าง ๆ ไปยังสื่อสารสนเทศอย่างเหมาะสมในเนื้อหาที่มีความต่อเนื่อง ควรมีการประเมินแนวทางการให้บริการการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = .71, SD = .11) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= .74, SD = .19) และเมื่อพิจารณาแยกตามประเภทพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคทั่ว ๆ ไปและอาการเตือนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= .80, SD = .23) ส่วนการรักษา ($\bar{X}$= .69, SD = .16) และการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= .63, SD = .19) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 200)

ความรู้	$\bar{x}$	Med	SD	Max	Min	ระดับ	อันดับ
ความรู้ทั่วไป	.74	.800	.1918	1.00	.20	สูง	2
อาการเตือน	.80	.800	.2341	1.00	.00	สูง	1
การรักษา	.69	.800	.1674	1.00	.20	ปานกลาง	3
การป้องกัน	.63	.600	.2259	1.00	.20	ปานกลาง	4
ภาพรวม	**.71**	**.700**	**.1146**	**0.95**	**.30**	**สูง**	

สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$= 1.57, SD = .86) และการเข้าถึงสถานพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$= 2.82, SD = .48) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงทัศนคติ และการเข้าถึงสถานพยาบาลเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 200)

ตัวแปร	$\bar{x}$	Med	S.D.	Max	Min	ระดับ
ทัศนคติ	1.5680	1.6000	.8640	4.00	.00	ปานกลาง
การเข้าถึงสถานพยาบาล	2.8175	2.8000	.4812	4.00	1.00	ปานกลาง

สำหรับการมีเครือข่ายในการใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมอยู่ระในระดับสูง (ร้อยละ86.4) และเมื่อจำแนกตามประเภทเครือข่ายในภาพรวม เมื่อจำแนกตามประเภทเครือข่ายจากครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงาน และชุมชน ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 90.8, 85.0, 78.9 ตามลำดับ) การได้รับการสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่างจาก รพ.สต. เมื่อจำแนกตามประเภทตามประเภทเครือข่ายจากครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงาน และชุมชน ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 89.3, 86.7, 77.3 ตามลำดับ) ส่วนการได้รับการสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกกายภาพบำบัดเมื่อจำแนกตามประเภทตามประเภทเครือข่ายจากครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงาน และชุมชน ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 92.5, 60.0, 57.5) ตามลำดับ สำหรับการมีเครือข่ายในการใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมอยู่ระในระดับสูง ($\bar{x}$= .88, SD. = .17) การมีเครือข่ายจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$= .91, SD = .17) เพื่อนบ้าน/เพื่อนทำงาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$= .87, SD= .23) และชุมชนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$= .85, SD = .24) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการมีเครือข่าย (n = 200)

เครือข่าย	$\bar{x}$	Med	SD	Max	Min	ระดับ	อันดับ
ครอบครัว	.9162	1.0000	.1732	1.00	.00	สูง	1
เพื่อนบ้าน/ เพื่อนทำงาน	.8742	1.0000	.2320	1.00	.00	สูง	2
ชุมชน	.8553	1.0000	.2424	1.00	.00	สูง	3
ภาพรวม	**.8818**	**.9333**	**.1720**	**1.00**	**.00**	**สูง**	

สำหรับการได้รับการแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ($\bar{X}$= .89, SD = .16) อยู่ในระดับสูง และเมื่อจำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนในภาพรวมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงานและชุมชน ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ($\bar{X}$= .91, SD = .18) เมื่อจำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนในภาพรวมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนทำงาน ($\bar{X}$= .85, SD = .23) อยู่ในระดับสูง และชุมชน ($\bar{X}$= .91, SD = .19) อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 4

สำหรับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.4) และเมื่อจำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนในภาพรวมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงาน และชุมชน ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 90.8, 86.7, 90.8 ตามลำดับ) การได้รับการสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่างจาก รพ.สต.เมื่อจำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนในภาพรวมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงาน และชุมชน ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 89.3, 86.7, 77.3 ตามลำดับ) ส่วนการได้รับการสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกกายภาพบำบัดเมื่อจำแนกตามประเภทแรงสนับสนุนในภาพรวมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงานและชุมชน ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 92.5, 60.0, 57.5) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 200)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	Med	SD	Max	Min	ความหมาย	อันดับ
ครอบครัว	.9096	1.0000	.1827	1.00	.00	สูง	2
เพื่อนบ้าน/เพื่อนทำงาน	.8537	1.0000	.2285	1.00	.00	สูง	3
ชุมชน	.9170	1.0000	.1946	1.00	.00	สูง	1
ภาพรวม	**.8937**	**.9333**	**.1579**	**1.00**	**.00**	**สูง**	

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ90.4) และเมื่อจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (ร้อยละ 69.3, 77.2, 63.6, 78.9 ตามลำดับ) พฤติกรรมการดูแลตนเองสุขภาพของประชาชนในภาพรวม ($\bar{X}$= 1.95, SD = .16) อยู่ในระดับปานกลาง การบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 1.93, SD = .65) การรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.23, SD = .60) การจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 1.84, SD = .56) การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 1.82, SD = .73) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน (n = 200)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{x}$	Med	SD	Max	Min	ความหมาย	อันดับ
การบริโภคอาหาร	1.9341	2.0000	.6539	3.63	.38	ปานกลาง	2
การรับประทานยา	2.2251	2.1250	.6004	4.00	.00	ปานกลาง	1
การจัดการความเครียด	1.8484	1.8750	.5682	4.00	.13	ปานกลาง	3
การออกกำลังกาย	1.8253	1.8750	.7241	4.00	.00	ปานกลาง	4
ภาพรวม	**1.9515**	**.9333**	**.1579**	**1.00**	**.41**	**ปานกลาง**	

ปัจจัย (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม) ที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ การเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่ามี 4 ตัวแปรหลักที่สำคัญ คือ การเข้าถึงสถานพยาบาล เป็นตัวแปรที่สำคัญอันดับที่ 1 รองลงมา คือ อายุ การสูบบุหรี่ และการมีเครือข่าย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 35.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยลักษณะการส่งผลจะเป็นในทิศทางเดียวกันเป็นแบบบวก มีเพียงอายุที่ส่งผลในทางลบ ดังตารางที่ 6 โดยปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด ได้แก่ การเข้าถึงสถานพยาบาล (β= .232, p-value<.001) รองลงมา คือ อายุ (β= -.187, p-value<.001), การสูบบุหรี่ (β=.103, p-value<.001) และเครือข่าย (β= -.097, p-value<.05) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงตัวแปรสำคัญที่เป็นปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ (n = 200)

ตัวแปร	b	β	SE_b	t	P-value	VIF
การเข้าถึงสถานพยาบาล	.741	.232	.131	5.634**	<.000”	1.005
อายุ	-.152	-.187	.035	-4.450**	<.000”	1.049
การสูบบุหรี่	3.262	.103	1.353	2.412**	.016””	1.079
เครือข่าย	.495	.097	.213	2.324**	.020””	1.028
Constant (a)	*R=57.451*		*R^2=.3519*	*F=16.328***	*p<.01*	*p<.05*

หมายเหตุ: ตัวแปรที่ไม่เข้าสมการ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุน เพศสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์

ค่าสถิติสามารถอธิบายความสัมพันธ์ในรูปแบบสมการได้ ดังนี้

Y (พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง) ได้จากสมการนี้

Y = 57.45 + 0.131 (การเข้าถึงสถานพยาบาล) + .035 (อายุ) + .035 (การสูบบุหรี่) + .213 (เครือข่าย)

อภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ามี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ 2) ระบบการป้องกันผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) การมีส่วนร่วมและการเพิ่มศักยภาพของของเครือข่าย และ 4) การใช้ Digital Health ซึ่งระบบการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นบทบาทหลักของผู้ให้บริการสุขภาพ ควรสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ทั่วไปในสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับอาการหรือสัญญาณการก่อเกิดโรค ความรู้ในการป้องกันโรค และความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคและอาการแทรกซ้อน โดยโรงพยาบาลจัดทำสื่อที่เหมาะสมและกระจายไปตามพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งในและนอกสถานพยาบาล สารสนเทศในปัจจุบันมีหลากหลายควรสอดแทรกความรู้ต่าง ๆ ไปยังสื่อสารสนเทศอย่างเหมาะสมในเนื้อหาที่มีความต่อเนื่อง ควรมีการประเมินแนวทางการให้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยนำ PRECEDE-PROCEED model มาใช้ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนมากที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนตามลำดับ โดยปัจจัยนำและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชน ได้ร้อยละ 52.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Srita, Aungwattana & Tamdee, 2023) สะท้อนให้เห็นว่าจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นระบบที่ดำเนินการอยู่เป็นไปตามนโยบายหรือมาตรฐานของระดับประเทศ หรือระดับพื้นที่หรือไม่อย่างไร เอื้อต่อการจัดบริการเพื่อสร้างเสริมให้เกิดตัวแปรตามในการศึกษานี้

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อไม่เรื้อรัง จากการศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติของของประชาชน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ปัจจัยที่สร้างแรงบันดาลใจมากที่สุดในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองรวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องไม่ใช่การปรากฏตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข แต่เป็นสมาชิกในครอบครัวและความแข็งแกร่งของผู้ป่วยเอง ถ้าไม่ได้รับกำลังใจจากครอบครัวหรืออาศัยอยู่ตามลำพังขาดการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ (Intamas, Rawiworrakul, Amnatsatsue, Nanthamongkolcha & Palmer, 2020) การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายในพื้นที่และระหว่างพื้นที่โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้นำชุมชน ประชาชนอาสาสมัครกับ รพ.บ้านตาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก และ รพ.สต.ทุกแห่งในอำเภอบ้านตาก เพื่อให้ประชาชนบ้านตากมีเครือข่ายร่วมกันและได้รับการสนับสนุนทุกภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจัดสรรงบประมาณและการระดมทรัพยากร ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับแจ้งเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือข้อมูลการดูแลโรค NCDs ที่เฉพาะเจาะจงจากบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างกระบวนการจำหน่าย พันธมิตรในชุมชนและผู้ดูแลชุมชนยังมีความรู้และทักษะที่จำกัดในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง แต่ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่แก่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ในอำเภอบ้านตาก หน่วยงานต่าง ๆ ทำงานร่วมกันเพื่อสร้างเครือข่ายสำหรับผู้ป่วย NCDs เครือข่ายนี้

จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและการสนับสนุนที่จำเป็นในการฟื้นตัวจากโรค NCDs ปัญหาคือผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับโรค NCDS จากบุคลากรทางการแพทย์ พันธมิตรในชุมชนและผู้ดูแลชุมชนก็มีความรู้และทักษะจำกัดในการดูแลโรค NCDs เครือข่ายนี้จะช่วยแก้ไขปัญหาเหล่านี้ โดยรวบรวมข้อมูลและทรัพยากรเกี่ยวกับโรค NDCs จากแหล่งต่าง ๆ ให้บริการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ฝึกอบรมพันธมิตรและเครือข่ายในชุมชนและผู้ดูแลชุมชนเกี่ยวกับโรค NCDs เครือข่ายนี้มีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวฟื้นตัวจากโรค NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Intamas, Rawiworrakul, Amnatsatsue, Nanthamongkolcha, & Palmer, 2020).

การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนใน อ. บ้านตาก จ.ตาก จัดกิจกรรมหลายรูปแบบ เช่น เมนูชูสุขภาพ การสร้างสื่อ Infographics การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายในพื้นที่และระหว่างพื้นที่โดยมีการทำงานร่วมกัน และได้รับการสนับสนุนทุกภาคส่วน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ถูกวิธีและเหมาะสม การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น การลด ละ เลิก ในการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อาการเตือน การป้องกัน มีการบันทึกข้อมูล การจัดเก็บ สามารถดึงข้อมูลมาใช้ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่สำรวจปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงโดยเปรียบเทียบผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบท การศึกษาแบบตัดขวางดำเนินการกับผู้สูงอายุ 420 คนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบทในประเทศไทย (Chantakeeree, Sormunen, Estola, Jullamate & Turunen, 2022) พบว่าการรับรู้สถานะสุขภาพที่สูงสามารถทำนายการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตในผู้ที่อยู่อาศัยในเมืองในขณะที่การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นสามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพหลายโรคและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองกับระดับไขมันในเลือดและครีเอตินินในประชากรผู้ใหญ่กลุ่มชาติพันธุ์ในชุมชนชนบทของไทย คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสัมพันธ์กับเชื้อชาติ อายุ การศึกษาและคะแนนความเชื่อมั่นในตนเอง ($p < .05$) (Matu et al., 2023)

3. ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ การเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่ามี 4 ตัวแปรหลักที่สำคัญ คือ การเข้าถึงสถานพยาบาล เป็นตัวแปรที่สำคัญอันดับที่ 1 รองลงมาคือ อายุ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการมีเครือข่าย โดยลักษณะจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันเป็นแบบบวก กล่าวคือประชาชนไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนในอำเภอบ้านตาก ถ้าการเข้าถึงในสถานพยาบาลง่าย ปัญหาด้านสุขภาพจะน้อยกว่ากลุ่มที่เข้าถึงสถานพยาบาลที่ยากเพราะเมื่อเวลาเจ็บป่วยประชาชนจะได้รับการรักษาและการฟื้นฟูได้ทันเวลาก่อนเกิดช่วงวิกฤตได้ สำหรับการส่งเสริมและการป้องกัน เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขสามารถให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ได้ง่ายและสะดวกต่อการให้บริการ ประชาชนคนไหนที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จัดมักจะมีปัญหาที่สุขภาพมากกว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การมีเครือข่ายของตนเองน้อยไม่ค่อยมีสังคมกับคนในบ้านในละแวกบ้าน หรือในสังคมที่ทำงาน เวลามีปัญหาใด ๆ หรือแม้แต่สุขภาพ คนในสังคมรอบข้างมักจะไม่มีการเตือนและดูแลเอาใจใส่ในปัญหาของบุคคลนั้น ซึ่งมีผลทำให้การได้รับการสนับสนุนมีน้อยลง ปัญหาสุขภาพอาจเกิดได้ง่ายขึ้น ในขณะที่อายุเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงและส่งผลในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือเมื่ออายุ

เพิ่มขึ้น โอกาสที่ประชาชนท่านนั้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่ส่งผลก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้น ซึ่งผลกระทบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในตัวแปรอื่น ๆ เช่น เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมการดื่มสุรา ความรู้ ทัศนคติ และการได้รับการสนับสนุนมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองบ้างแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าด้วยจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตรวมถึงการใช้ยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ สัดส่วนของการเสียชีวิตทั้งหมดจาก NCDs จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์รูปแบบโรคในปัจจุบันและการคาดการณ์แนวโน้มแจ้งการวางแผนการแทรกแซงด้านสุขภาพ การวิเคราะห์นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อคาดการณ์อัตราการตายและปัจจัยเสี่ยงของโรคจนถึงปี 2040 ตามแนวโน้มที่ผ่านมา (Pandey, Chalise, Shrestha, Ojha, Maskey, Sharma, Godwin & Aryal, 2020)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงการดูแลตนเอง พบว่าเพศ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วม ประวัติการดื่มสุรา และการที่มีบุคคลดูแล มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) นอกจากค้นพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) (Niamlaong, 2021) วิถีชีวิตส่วนบุคคลและมลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ปัจจัยทางพันธุกรรมของโรค NCDs จะแสดงให้เห็นโดยใช้พหุวิทยาการและแบบจำลองการทำนายความเสี่ยงจะถูกสร้างขึ้นโดยใช้วิธีการเรียนรู้ตามการสัมผัสสิ่งแวดล้อม ข้อมูลการตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ และการประเมินทางจิตสังคมและพฤติกรรม ความแตกต่างเชิงพื้นที่และชั่วคราวที่สำคัญเหมาะอย่างยิ่งสำหรับการสาธิตปัจจัยด้านสุขภาพของโรค NCDs ซึ่งอาจอำนวยความสะดวกในกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันโรคและด้านที่เกี่ยวข้องกับการรอดชีวิต (Liu et al., 2021) ควรมีโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรเฉพาะควรเน้นประโยชน์ด้านสาธารณสุข (เช่น การลดปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs) การเพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อความคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองเป็นประจำตามบริบทท้องถิ่นของประชากรที่ศึกษา (Matu, Seangpraw, Ong-Artborirak, Boonyathee, Tonchoy, Kantow & el., 2023) ความรอบรู้ในสุขภาพเกี่ยวกับเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานและแสดงให้เห็นว่ามีอิทธิพลต่อสุขภาพของพวกเขา รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูตนเองของโอเร็ม ข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมความรอบรู้ในสุขภาพ เพื่อสร้างความสามารถในการคาดหวังการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลป้องกันโรคเบาหวานและการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) (Ong-Artborirak, Seangpraw, Boonyathee, Auttama & Winaiprasert, 2023; Phinyo, Phinyo, Mahem, Supapinij & Paungtai, 2021) ตามทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Model ซึ่งมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ได้แก่ อายุ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการมีเครือข่าย เป็นปัจจัยร่วมในการทำนาย

พฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Srita, Aungwattana & Tarndee, 2023)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านนโยบาย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านสุขภาพรับทราบสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่ดำเนินงานระบบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรส่งเสริมพฤติกรรมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งความรู้และทัศนคติ ทั้งนี้การส่งเสริมการเข้าถึงสถานบริการ ควรมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองท้องถิ่น

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาลและสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชนที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือการทำงานเชิงรุกควรสร้างขึ้นในงานที่ชัดเจนภายในเวลาที่เหมาะสมในการพิจารณางานสหสาขาวิชาชีพ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาควรพัฒนาหลักสูตรเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการศึกษาวิจัย ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบระบบการส่งเสริมพฤติกรรมในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องในระบบการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบปฐมภูมิ และขยายผลไปใช้กับทุกกลุ่มวัย รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไปเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. นำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรม / โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้บริบทโดยให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

References

Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill.

Boonjian, P. (2016). The development of a network of primary care services. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 6(1), 38-48. (in Thai).

Chantakeeree, C., Sormunen, M., Estola, M., Jullamate, P. & Turunen, H. (2022). Factors affecting quality of life among older adults with hypertension in urban and rural areas in Thailand: A cross-sectional study. International journal of aging & human development, 95(2), 222–244. https://doi.org/10.1177/00914150211050880

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Colorafi, K. J. & Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. Health Environments Research and Design Journal, 9(4), 16-25.

Division of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control of Thailand. (2020). The international consultation on legislation for prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/en/contents.php?contents=121. (in Thai).

Department of Disease Control: DDC, Ministry of Public Health. (2020). Annual report 2020 NCD. Nonthaburi: Department of Disease control. Retrieved from https://bit.ly/31Hrd48. (in Thai).

Green, l.W. & Kreuter, M.W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse.

Intamas, U., Rawiworrakul, T., Amnatsatsue, K., Nanthamongkolcha, S. & Palmer, M. H. (2020). Care of stroke survivors in community: a case study of rural Thai community. Journal of Health Research, 35(1), 77-87.

Liu, K., Cao, H., Guo, C., Pan, L., Cui, Z., Sun, J., Zhao, W., Han, X., Zhang, H., Wang, Z., Niu, K., Tang, N., Shan, G. & Zhang, L. (2021). Environmental and genetic determinants of major chronic disease in Beijing-Tianjin-Hebei Region: protocol for a community-based cohort study. Frontiers in public health, 9, 659701. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.659701

Meier, T., Senftleben, K., Deumelandt, P., Christen, O., Riedel, K. & Langer, M. (2015). Healthcare costs associated with an adequate intake of sugars, salt and saturated fat in Germany: a health econometrical analysis. PloS one, 10(9), e0135990. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135990

Liangruenrom, N., Suttikasem, K., Craike, M., Bennie, J. A., Biddle S. J. & Pedisic, Z. (2018). Physical activity and sedentary behavior research in Thailand: a systematic scoping Review. BMC Public Health, 18,733. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5643-y

Kim, J., Jang, J., Kim, B. & Lee, K. H. (2022). Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: a systematic review and meta-analysis. Systematic reviews, 11(1), 213. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02092-2

Medical Record BanTak Hospital. (2022). Service rate fiscal year 2020-2022. BanTAk Hospital.

Niamlaong, K. (2021). Effect of health promotion on self-care behaviors among patients with uncontrolled hypertension. Health Science Journal of Thailand, 3(1), 50-61. (in Thai).

Ong-Artborirak, P., Katekaew, S., Sorawit, B., Auttama, N. & Prakaipetch, W. (2023). Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. BMC Geriatrics, 2023, 1-10, doi: 10.1186/s12877-023-04010-0

Orem, D. E., Taylor, S. G. & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby.

Pandey, A. R., Chalise, B., Shrestha, N., Ojha, B., Maskey, J., Sharma, D., Godwin, P. & Aryal, K. K. (2020). Mortality and risk factors of disease in Nepal: trend and projections from 1990 to 2040. PloS one, 15(12), e0243055.

Phinyo, P., Phinyo, K., Mahem, K., Supapinij, C. & Paungtai, P. (2021). Development of self-management guidelines for patients with type 2 diabetes in the semi-urban, semi-rural community. Songklanagarind Journal of Nursing, 41(4), 100-111. (in Thai).

Posai, V., Suksatan, W., Choompunuch, B., Koontalay, A., Ounprasertsuk, J. & Sadang, J. M. (2021). Assessment of the health-promoting behaviors of hospitalized patients with non-communicable diseases during the second wave of COVID-19. Journal of multidisciplinary healthcare, 14, 2185–2194. https://doi.org/10.2147/JMDH.S329344

Pugtarmnag, S. Pranate, N., Thitininniti, Y. & Muangyim, K. (2019). How to build a seamless referral system: a case study of the chang community, Singburi, Thailand. Journal of Health Science Research, 13(1), 136-146. (in Thai).

Quality Assurance Committee BanTak Hospital. (2020). Hospital quality assurance report. Tak: Hospital. (in Thai).

Sardtrakulwatana, V. (2018). The development of a chronic disease clinic model (diabetes, hypertension) in primary care units, Mueang district, Singburi province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 8(1), 28-36. (in Thai).

Solod, W. (2022). Sedentary behaviors increases the risk factor of developing non-communicable diseases (NCDs): prevention guidelines. Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College, 1(2), 42-59. (in Thai).

World Health Organization [WHO]. (2022). Non communicable diseases. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1

Yaowapanon, N., Buddhirakkul, P., Srisuphan W., Senaratana, W., Potempa, K. & Chontawan, R. (2018). Situational analysis: community care for survivors of stroke and suggestions for improving the provision of care. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 22(4), 372-385.

Yontrakul, R., Vibulchai, N., Pinnadilay, W., Sripontun, J. & Aengwanich B. (2017). Development of fast track service system for patients with Ischemic stroke in the context of a tertiary care hospital and service network. Journal of the Ministry of Public Health, 27(2), 80-95 (in Thai).