

ความหมาย และการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชนชนบทอีสาน *

Meaning and Perception of Chronic Disease Prevention of Public Esaan Rural Area *

ศิราณี อินทรหนองไผ่,¹ สุริยา หล้ากำ,² ธิดาทิพย์ สุพรรณผิว,² สุรางคณา คงเสื่อ,² อภิญญา จันทัด²
Siranee Intaranongpai,¹ Suriya Lakum,² Thidathip Supanpiew,² Surangkana Khongsua,²
Apinya Chantakat²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Mixed Method มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การให้ความหมายการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชนชนบทอีสาน และศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทอีสาน โดยวิธีการศึกษา ประกอบด้วย วิธีเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มในกลุ่มเป้าหมาย 46 คน ผสมผสานกับวิธีเชิงปริมาณโดยการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 344 คน การหาคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีครอลบากแอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.70-0.77 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการ วิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การรับรู้ความหมายของโรคเรื้อรังประกอบด้วย 1) โรคเรื้อรัง บ่มิวันหายขาด เป็นภาระ 2) การอยู่ การกิน เฮิตให้เกิดโรค 3) ตระหนัก บ่ตระหนัก บ่ขาดความสู้ 4) เรื้อรังแต่บ่รุนแรง บ่ตายง่าย ๆ ทันทึ สำหรับผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในระดับสูง (74.70 %) การรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรัง โดยรวมทั้ง 4 ด้าน ส่วนใหญ่มีความเหมาะสม (81.70 %)

ผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะสำหรับทีมสุขภาพ ควรเน้นการสร้างความตระหนักในตนเองของประชาชน โดยใช้กลวิธีที่หลากหลายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง แทนการเน้นให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ: ความหมาย โรคเรื้อรัง การรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรัง

Abstract

The descriptive research by using mixed method aimed to study 1) analyze meaning of chronic disease of public northeast rural area and 2) study perception of chronic disease prevention. Qualitative data were collected from 46 participants by using in depth-interview, focus group and quantitative data were collected by

¹ รองศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² นิสิตปริญญาโท, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹ Associate Professor, Community Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

² Master degree student, Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

* งานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของวิจัย เรื่อง การศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคเรื้อรัง และการหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังรายใหม่ในชุมชนในประชาชนผู้มีความเสี่ยงอย่างมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาหมู่บ้านชนบทอีสาน



questionnaire from 344 risk of chronic disease people. The reliability of an instrument were 0.70-0.77 by the way Cronbach' s alpha coefficients. Qualitative data were analyzed by using content analysis and quantitative data were analyzed by using descriptive statistics. The result of this research founded that meaning of chronic disease included 1) Burden chronic disease have not gone 2) Life pattern caused Chronic illness 3) Panic unaware knowledgeable 4) long term not acute and no sudden death .The result from questionnaire reflected high knowledge of chronic disease (74.70 %) and most sample perceived chronic disease prevention in properly (81.70 %).

The result of this research suggested that chronic disease prevention with health behavior changing should be concern. Health team could be used various strategies to empower self-awareness of people without focus at knowledge training.

Keywords: Meaning, Chronic Disease, Perception of Chronic Disease Prevention .

บทนำ

องค์การอนามัยโลก กำหนดชนิดของโรคเรื้อรังได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวาน¹ ซึ่งแต่ละโรคเมื่อเป็นแล้วผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอย่างมาก เนื่องจากไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตเช่นปกติได้ ผู้ป่วยจึงคิดว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา รู้สึกเป็นภาระเพราะต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น ๆ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่ปกติได้ จึงต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือ และติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน² สำหรับโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 60 ของการตายทั้งหมดของโลก³ จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2578 จะเพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคน และพบว่า คนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาสเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง 10 – 20 ปี โดยพบมากในวัยทำงาน^{3,4} สำหรับโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็

พบมี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และ ได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน⁵ ส่วนโรคเรื้อรังที่เป็นผลจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด^{6,7}

สำหรับในประเทศไทย สถานการณ์โรคเบาหวาน พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2552- 2556 พบอัตราป่วย 879.58, 954.18, 968.22, 1,050.05, 1,081.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁸ ส่วนข้อมูลสถิติสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2556 พบว่า อัตราป่วย และเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,433.61, 1,570.63 และ 1,621.72 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี⁹ ซึ่งโรคนี้นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการรายงานองค์การอนามัยโลก โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ เกือบร้อยละ 50^{10,11} อัตราตายด้วยโรค



หลอดเลือดสมองซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นแต่ละปีเป็น 24.7 ; 31.4 และ 35.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ¹² กล่าวได้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว¹³ จากการมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ทำให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนมากจนกลายเป็นภาระทางเศรษฐกิจ ตั้งแต่ระดับครอบครัวถึงระดับประเทศ¹⁴

จังหวัดมหาสารคาม เป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ประชาชนประสบปัญหาโรคเรื้อรังอย่างมาก โดยจากสถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ข้อมูลอัตราป่วยต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2554 ประชาชนในเขตจังหวัดมหาสารคามมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,248.93 และอัตราตาย คือ 38.68 ในขณะที่อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 282.14 และอัตราตาย คือ 12.87 สำหรับโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ อัตราป่วยคือ 184.19 และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1124.72 และอัตราป่วย คือ 11.06¹⁵ ชุมชนขามเรียง ประกอบด้วย 23 หมู่บ้าน มีสถานบริการสุขภาพสำหรับประชาชนที่เป็นหลัก คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ให้บริการสำหรับนิสิตในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จากการศึกษาชุมชน พบว่า ประชาชนทุกกลุ่มอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไร้เชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังมากขึ้น แต่ละเดือนมีประชาชนจากหมู่บ้านต่าง ๆ มาใช้บริการสุขภาพที่คลินิกโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยลำดับ แม้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ได้ประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม และหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐในระดับสูงขึ้นไป ในการออกบริการตรวจรักษา และบริการเชิงรุกเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง

ร่วมกับชุมชน แต่ปัญหาดังกล่าวยังสะท้อนความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยลำดับทุกปี

จากสภาพการณ์ดังกล่าวมา ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่โดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เล็งเห็นว่าการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังในพื้นที่ยังไม่บรรลุเกณฑ์ตัวชี้วัดและพบปัญหาอุปสรรคทั้งในเชิงระบบและการจัดการจึงเห็นสมควรศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเพื่อให้ทราบปัญหาที่แท้จริง การให้ความหมายและการรับรู้ของประชาชนซึ่งข้อมูลในการศึกษา จะช่วยนำไปสู่การหาแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการให้ความหมายการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชนชนบทอีสาน
2. ศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทอีสาน

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการศึกษารับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทอีสานครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁶ โดยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเรื้อรัง 4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังด้วยแบบสอบถามในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง และศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเพื่อหา



ความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ในตัวแทน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล อสม. ภาศิเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้บริการ ซึ่งผู้ที่ตอบแบบสอบถามอยู่ในเขต 23 หมู่บ้านโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน สิงหาคม 2557 – มกราคม 2558

วิธีการดำเนินงานวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยวิธีการศึกษาหลักคือ วิธีเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ผสมผสานกับวิธีเชิงปริมาณโดยการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง โดยประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรองโรคและอยู่ในทะเบียนโรคเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบและผลการคำนวณตามสูตรของ ทาโรยามาเน ¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง 344 คน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลและการหา

คุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงใช้ของ กิตติศักดิ์ พรหมดาว และคณะ ¹⁸ โดยก่อนนำไปใช้ได้มีการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วทดลองใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเป็นปรนัย และหาค่าความเที่ยงได้ค่าระหว่าง 0.70 – 0.77 รายละเอียดของเครื่องมือ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยญาติสายตรง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคเรื้อรัง 15 ข้อ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยวิธี K-R20 (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ 0.76 เป็น

แบบสอบถามชนิดปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ได้คะแนน 1 คะแนน และไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมของคำตอบทั้ง 15 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนด้วยค่าพิสัยตามวิธีของ Douglas คือ ได้คะแนน 11.00 – 15.00 หมายถึง ระดับความรู้สูง ได้คะแนน 6.00 – 10.00 หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง และได้คะแนน 0.00 – 5.00 หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 4 ด้าน 40 ข้อ การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยวิธี Cronbach's Method ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าระหว่าง 0.70 – 0.77 ลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม 1 2 และ 3 คะแนน เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ เหมาะสม และไม่เหมาะสม ¹⁹ คือ การรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังเหมาะสม ได้คะแนน 60.00 – 120.00 ส่วนการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังไม่เหมาะสม ได้คะแนน 40.00 – 59.00

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง และประเด็นเพื่อใช้เป็นแนวทางสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับความคิดเห็น ความหมายของโรคเรื้อรัง ความเรื้อรัง สาเหตุ และการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชน

การตรวจสอบข้อมูลและการสร้างความ

น่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธี Member Checking²¹ โดยตรวจสอบระหว่างบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง อสม. เจ้าหน้าที่สุขภาพ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ว่าใกล้เคียงหรือสอดคล้องกันหรือไม่ นอกจากนั้น มีการตรวจสอบด้านเวลา กล่าวคือ การเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ได้กระทำในเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งก่อนเก็บข้อมูลแต่ละครั้งได้ทวนสรุปผล และใช้วิธีสะท้อนคิดเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลผลการศึกษาโดยไม่ใช้อคติและไม่ใส่ความคิดเห็นลงไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลในส่วนของ การให้ความหมายของ โรคเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วย วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณที่เก็บด้วยแบบสอบถาม เกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ โดยใช้ ร้อยละ ความถี่

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้สิทธิการตัดสินใจด้วยตนเองของ ผู้ให้ข้อมูล หลังจากผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดขั้นตอน ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลถาม ให้สิทธิในการถอนตัวออก จากการให้ข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ให้เซนต์ไบนินยอม และ มีการขออนุญาต บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และการถ่ายภาพ การถอดเทปใช้ นามสมมุติ เพื่อปกปิดความเป็นบุคคลของ แหล่งข้อมูล วิเคราะห์ นำเสนอผลในภาพรวม และ ได้รับอนุญาตจากเจ้าของพื้นที่ให้เข้าศึกษา

ผลการศึกษา

1. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

ประกอบด้วย การรับรู้ความหมายโรคเรื้อรัง สาเหตุ ผลกระทบ รายละเอียด ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.25 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.66 และประกอบอาชีพหลักคือ เกษตรกรรมทั้งหมด ผลการศึกษา พบประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ดังนี้

โรคเรื้อรัง บ่มีวันหายขาด เป็นภาระ การรับรู้ความหมาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 3 รายมีการรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังจะไม่มีวันหาย ต้องรับประทุกันตลอดชีวิต “เป็นโรคที่สร้างความทุกข์ไปตลอดจนถึง

วันตาย เพราะไม่มีโอกาสหาย” (Id-HV-8-14) “เรื้อรังคือ รักษาได้แต่เพียงทุเลา ไม่หายขาด” (Id-C-8-14) “โรคเรื้อรัง คือ เป็นแล้วไม่หายต้องพึ่งยาตลอดชีวิต” (Id-N2-8-14) ในขณะที่การให้สัมภาษณ์เชิงลึกทำให้พบการให้ความหมายของ ความเรื้อรังว่าเป็นภาระทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และหน่วยงานสุขภาพ

“เป็นภาระครอบครัว สูญเสียโอกาส สูญเสียค่าใช้จ่าย เสียกำลังใจ” (Id-G-8-14) “ใครเป็นแล้วถือว่า ต้องใส่ใจตนเองมากขึ้น ทำงานหนักได้น้อยลง” (Id-HV-8-14) “โรคเรื้อรัง คือ โรคที่ทำให้เสียเวลาในการดูแลจัดบริการสูญเสียงบประมาณและกำลังคนในการจัดการ แก้ปัญหายากลำบาก ประชาชนไม่สนใจไม่ตระหนัก” (Id-H1-8-14)

การอยู่ การกิน เห็ดให้เกิดโรค ผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม รับรู้ว่าคุณภาพความเป็นอยู่ และพฤติกรรมเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง “ประชาชนกินอาหารเกินอิ่ม กินมาก กินอาหารทอด อาหารมัน อาหารกะทิ ทำให้อ้วนและเกิดโรคต่าง ๆ ต่างจากอดีต” (Fg1-4-8-14) “ไม่มีอาหารอะไรที่หาไม่ได้ ไปตลาดสมัยนี้ได้ทุกอย่าง และบางทีก็มีรถเข็นให้ถึงบ้าน คนเลยซื้อสำเร็จ ไม่ได้คิดถึงประโยชน์หรือโทษพอเป็นโรคแล้วจึงคิดได้” (Fg2-1-8-14) “ความเป็นอยู่และอาหารการกินที่สุขสบาย ทำให้เป็นโรคง่ายขึ้น” (Fg2-5-8-14) ซึ่งเป็นที่สังเกตว่า ไม่มีผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าเคราะห์กรรม หรือสิ่งนอกเหนืออำนาจบุคคลเป็นสาเหตุโรคเรื้อรัง มีการรับรู้สภาพความเปลี่ยนแปลงของสังคมว่าเป็นสาเหตุ และเมื่อเป็นโรคแล้วก็ยอมรับในการปรับตัวอยู่กับโรคต่อไป “คนสมัยก่อนอายุยืน ไม่เจ็บป่วยง่าย ๆ คนสมัยนี้เป็นโรคง่าย อาจเพราะการหาอยู่หากิน และความเป็นอยู่มันสะดวก อาหารสมบูรณ์แต่มาพร้อมโรคร้าย” (Fg3-1-8-14) “สังเกตว่า เบาหวาน ความดัน ความเครียด มันมาด้วยกันมาพร้อมกันหลาย ๆ โรค มากกับความอยู่ดีกินสบายใน



มือนี่ (ยุคนี้ วันนี่) กรรมเวรก็ต้องอยู่ไป ตายไปพร้อมคนไม่หาย” (Fg3-7-8-14)

ตระหนัก บ่ตระหนัก บ่ขาดความอู้

ผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มครั้งที่สอง และครั้งที่สามรับรู้ว่าคุณคนในชุมชนไม่ค่อยสนใจเรื่องสุขภาพจนกว่าจะมีอาการที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น แล้วจึงตื่นกลัว ประชาชนมักไม่คิดที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือความรุนแรงไว้ก่อน “คนที่ เป็นโรคเรื้อรัง เขามีข้อมูลข่าวสารที่รับรู้มาจากหลากหลาย เช่น พ่อของอสม. ลูกก็บอก ๆ ให้ทำ แต่ว่าไม่ทำเพราะยังไม่เห็นปัญหา มาก จนว่าตายเบี่ยง (อ่อนแรงครึ่งซีก) ถึงคิดได้แต่มันสายไป” (Fg2-1-8-14) “บางที่ชาวบ้านเขาไม่มีเวลาสนใจสุขภาพมากมาย เพราะเร่งรีบใส่ใจเรื่องอื่นมากกว่า เวลา อสม.บอกว่าเสี่ยงนะจะเป็นโรคนั้นโรคนีโรคเรื้อรัง เขาก็รู้แต่ก็ไม่ปรับ มาตักใจอีกทีเมื่อเห็นเพิ่นบ่(ไม่มีแรง) หรือเป็นหล่อย (อัมพฤกษ์)” (Fg3-3-8-14) เป็นที่สังเกตว่าผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมีการรับรู้ในแนวทางที่สอดคล้องกันว่าการที่ประชาชนหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ปฏิบัติไม่ใช่สาเหตุจากความไม่รู้ ส่วนหนึ่งยังไม่มี ความตั้งใจเต็มที่ในการดูแลตนเอง ดังข้อมูลการสนทนากลุ่มครั้งที่หนึ่ง และครั้งที่สอง “คนสมัยนี้ มีความรู้อย่างครูบาอาจารย์ถามว่าที่กลายเป็นเบาหวาน ความดัน ทำไมจึงเป็นส่วนหนึ่งรู้ว่าอ้วนแล้วเสี่ยง แต่ก็กินอร่อยไม่ลดน้ำหนัก กินมาก ๆ เลยกลายเป็นเบาหวานเพราะมีกรรมพันธุ์ ถามว่าเขารู้ไหม เขารู้แต่ไม่ใส่ใจเต็มที่ในการป้องกัน” (Fg1-4-8-14) “ถ้าประชาชนเพิ่มความสนใจเรื่องสุขภาพเวลาหมอให้ความรู้ หรือ อสม.มาตรวจคัดกรองโรค บอกว่ามีความเสี่ยงแล้วต้องเปลี่ยนแปลงตนเอง ถ้าทำได้จะดีมากแต่ส่วนใหญ่ทำไม่ค่อยได้ ทั้งที่รู้ว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรัง แบบนี้มีเยอะแม่แต่แกนนำสุขภาพ อสม.ก็มี” (Fg2-5-8-14)

เรื้อรังแต่บ่รุนแรง บ่ตายง่าย ๆ ทันที

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณโรคเรื้อรังไม่รุนแรง ต่างจากโรคเฉียบพลันที่ก่ออาการเร็ว ความเรื้อรังแบบค่อยเป็นค่อยไปจึงไม่สนใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม “เบาหวาน ความดัน คนไม่ค่อยใส่ใจป้องกันอาจเพราะมันไม่ได้มีปัญหารุนแรงทันทีทันใด เหมือนอย่างติดเชื้อต่าง ๆ อาการทรุดเร็ว เลยทำให้คนเฉย ๆ ไม่ค่อยกลัวกัน” (Fg1-1-8-14) “กลุ่มเสี่ยง เวลาบอกว่าให้ระมัดระวังให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชาวบ้านก็ฟังแต่ไม่ทำบางคนบอกว่าทำยาก เช่น กินข้าวจ้าวแทนข้าวเหนียวอย่างนี้มันยุ่งยาก ไป ๆ มา ๆ เลยตามเลยไม่กลัวว่าจะกลายเป็นกลุ่มป่วย หมอเลยว่าเป็นสาเหตุทำให้มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี” (Id-HV-7-14)

การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นบริการเชิงรุกมากขึ้น โดยผสมความร่วมมือจากทั้งทีมสุขภาพ กลุ่มอาสาสมัครสุขภาพในพื้นที่ที่เป็นแกนนำ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านงบประมาณ ทำให้การทำงานด้านสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น แต่บริการดังกล่าวไม่สามารถเปลี่ยนแนวคิดให้ประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสนใจดูแลสุขภาพตนเองได้เต็มที่มากขึ้น ดังการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สอดคล้องกัน “อย่างไรก็ตามหัวใจถ้าเป็นแล้วดูน่ากลัว แต่เบาหวานความดันชาวบ้านไม่ค่อยกลัวอาจเพราะมีหมอ มีอนามัยใกล้บ้าน ยิ่งเดี๋ยวนี้ อสม.ช่วยดูแล เขาเลยไม่ใส่ใจตนเองเท่าที่ควร บางคนก็ว่าขอตายแบบอ้อมท้องดีกว่ากลัวตายอดตายยาก” (Fg2-3-8-14) “หมอพาทำงานมากขึ้น อสม.ทุกคนได้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและไปบอกต่อ ๆ ให้ชาวบ้านรู้ แต่ถามว่าทำไมเขาไม่ปรับ ไม่ใส่ใจ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงมีทั้งที่ดีและไม่ดีไม่ทำ กลุ่มไม่ทำก็เพราะเขาคิดว่าไม่ได้เป็นง่าย ๆ ไม่น่ากลัว ไม่ตายง่าย” (Id-HV-8-14)



2. ผลการศึกษาเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม

ความรู้และการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรังในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.70 และการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังโดยรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรัง เหมาะสม คิดเป็น ร้อยละ 81.70 และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมี

การรับรู้เหมาะสมที่คะแนนสูงสุด คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง คิดเป็น ร้อยละ 91.90 รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเรื้อรัง คิดเป็น ร้อยละ 91.60 รายละเอียด ดังใน Table 1

Table 1 Perception of chronic prevention of sample by number and percentage

Perception of Chronic Prevention	Properly		Improper	
	n	%	n	%
Susceptibility	277	80.50	67	19.50
Seriousness	316	91.90	28	8.10
Benefits	315	91.60	29	8.40
Barriers	239	69.50	105	30.50

อภิปรายผลการศึกษา

1. ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความหมายของโรคเรื้อรังเกี่ยวข้องกับ การเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีวันหายขาด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²² ที่พบว่า โรคเรื้อรังเป็นแล้วไม่หาย เป็นตลอดชีวิต อยู่กับเราไปจนตาย มีการดำเนินของโรคอย่างช้า ๆ ใช้ระยะเวลา นาน อาการไม่คงที่บางวันปกติ บางวันมีอาการ ซึ่งสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงโรคเรื้อรังว่า เป็นโรคที่มีระยะเวลาของโรคนาน โดยทั่วไปมักมีการดำเนินโรคช้า²³ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม พบว่า โรคเรื้อรังส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคย คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยทั้งสองโรคดังกล่าวนับเป็นปัญหาสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน เป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต²⁴ ซึ่งโรคที่ระดับนานาชาติได้ให้ความสนใจเนื่องจากเป็นสาเหตุความเจ็บป่วยและการ

สูญเสียชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในขณะที่ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายในแผนงานต่าง ๆ เช่น แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค²⁵ โดยเน้นความสำคัญ 5 โรคตามลำดับ คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง เนื่องจากเป็นภาระโรคที่ทำให้เกิดความสูญญงบประมาณและต้องดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการศึกษา พบว่า สภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นจากอดีต การดำเนินชีวิตของคนสมัยใหม่ และการทำงานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่า โรคเรื้อรังเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โรคเบาหวานเกิดจาก ชอบกิน



ของหวาน ต้มเหล้า สูบบุหรี่ มีความเครียด²²⁻²⁶ การจัดการที่สาเหตุของปัญหาโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพในระยะหลังให้ความสำคัญในการปรับพฤติกรรมประชาชนให้เหมาะสม แต่ยังไม่ได้รับผลสำเร็จเท่าที่ควร อาจเนื่องจาก ประชาชนไม่ทราบว่าตนมีความเสี่ยง จึงไม่ใส่ใจปรับพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินโรคเรื้อรังไม่มีความแน่ชัดในระยะเวลาการเกิดโรค มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เกิดจากหลายปัจจัย มีความไม่แน่นอน²⁷ ทำให้ประชาชนที่ไม่ได้รับผลกระทบชัดเจนรวดเร็ว จึงมีความเพิกเฉยต่อสุขภาพ

3. ผลการศึกษาจากแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^{28,29} พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในระดับสูง และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความรู้ในระดับสูงซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม พบว่า ประชาชนไม่ได้ขาดความรู้ เพราะรับสื่อหลากหลาย ทั้งสื่อบุคคล ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่สุขภาพ และสื่อสารมวลชนต่าง ๆ แต่ประชาชนไม่ใส่ใจปฏิบัติเนื่องจากอ้างเหตุผลหลายอย่าง การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เห็นตัวอย่างจากเพื่อนบ้าน ไม่ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีความเป็นอยู่ ไม่มีความตระหนัก มีเพียงตื่นตระหนกตกใจเมื่อมีกรณีเกิดความรุนแรงของโรคขึ้น ดังคำพูดของสตรีผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ คำว่า “ตายเบี่ยง” (อ่อนแรงครึ่งซีก) “เพ็งงีบ” (ไม่มีแรง) “เป็นหล่อย” (อัมพฤกษ์) สะท้อนถึงความรุนแรงอาการของโรคเรื้อรังที่ทำให้คนในชุมชนตื่นเต้นตกใจ โดยเฉพาะกรณีอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่เกิดจากการไปรักษาโรคหลอดเลือดสมองไม่ทันในช่วงเวลาเร่งด่วน ซึ่งจากการสนทนากับญาติผู้ป่วย 2 รายเกี่ยวกับสาเหตุที่ไปรับการรักษาช้า เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องการรอญาติที่สนิทที่สุดเป็นคนพาไปหาหมอ ผู้ป่วยคิดว่าไม่เป็นอะไรมาก ต้องการสังเกตอาการให้แน่ชัดยิ่งขึ้น ไปบิบนวดและรักษาแบบพื้นบ้านตามคำแนะนำของเพื่อนบ้านที่สนิท จากข้อมูลสะท้อนถึงความเข้าใจผิดเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค การมีทักษะการตัดสินใจไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถสร้างทางเลือกที่เหมาะสมใน

การไปใช้บริการทางการแพทย์เร่งด่วน ทำให้ไม่ทันเวลา

4. ผลการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม พบว่า ความเข้าใจของประชาชนสะท้อนว่า โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายทันทีทันใด การดำเนินโรคช้า ไม่ทำให้เสียชีวิตง่าย ๆ ส่งผลให้ไม่ระมัดระวังตนเอง ต่างจากโรคที่เกิดเฉียบพลัน²⁷ ที่การดำเนินโรคมีจุดเริ่มต้นชัดเจน เกิดอาการทันทีทันใด ระยะเวลาดำเนินโรคจำกัด มีสาเหตุเดียวที่ชัดเจน เช่น กรณีไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ในชุมชน ทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความตื่นกลัว ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก โรคดังกล่าวต่างจากโรคเรื้อรัง เนื่องจากเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทันทีทันใด หากรักษาทันเวลาทำให้โอกาสเสียชีวิตน้อยลง

5. ผลการศึกษาจากแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรังโดยรวมทั้ง 4 ด้าน เหมาะสม (ระดับสูง) คิดเป็น ร้อยละ 81.70 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{30, 31} อย่างไรก็ตามผลการศึกษาแย้งกับ ข้อมูลจากวิธีเชิงคุณภาพที่ พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังเนื่องจากรับทราบข้อมูลจากสื่อที่หลากหลาย แต่ไม่ค่อยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแนวทางที่เหมาะสม เนื่องจาก ไม่ตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยง มีเหตุผลอื่นและให้ความสนใจเรื่องอื่น ๆ มากกว่าสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³² ที่พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง ไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1) จากผลการศึกษาที่พบว่า ประชาชนรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมีโอกาสดังกล่าวมากขึ้น เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ดีขึ้น การเข้าถึงแหล่งบริโภค การมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ไม่ใส่ใจสุขภาพ เพราะชีวิตเร่งรีบสนใจเรื่องอื่นมากกว่าสุขภาพ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนในชุมชน ควรใช้ตัวแบบที่ทำให้เกิดความกลัวการเป็นโรค เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้



ประชาชนเกิดความกลัวและตระหนักถึงการปฏิบัติตัว
ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อ
การเกิดโรคเรื้อรัง

2) จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรค
เรื้อรังส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.70
การรับรู้การป้องกันโรคเรื้อรัง โดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่
ในระดับสูง ดังนั้นแนวทางการทำงานเพื่อสร้างเสริม
สุขภาพควรเน้นเรื่องการสร้างความตระหนักในการ
ปรับพฤติกรรม แทนการอบรมให้ความรู้ ทั้งนี้ กล
ยุทธ์ที่ใช้อาจต้องมีความหลากหลาย เช่น การฝึก
ทักษะการจัดการสุขภาพ การสร้างความตระหนักด้วย
วิธีณรงค์ การประกวดบุคคลที่สามารถปรับพฤติกรรม
ได้ยอดเยี่ยมเพื่อลดเสี่ยงลดโรคเรื้อรัง

การเรียนรู้จากตัวแบบที่ก่อให้เกิดความกลัว
ในการเป็นโรคเรื้อรังแล้วหันมาใส่ใจสุขภาพ และปฏิบัติ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม ที่สนับสนุนงบประมาณจากงบประมาณ
แผ่นดิน ประจำปี 2557 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ทำให้
การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยความเรียบร้อย

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2009) Chronic Disease and Health Promotion. Available from <http://www.who.int/chp/en/> . Accessed February 13, 2013.
- Duryea, M. M. (2007) Mothers with Chronic Physical Illness and the Prettification of their Children. Available from http://www.findarticle.com/p/articles/mi_qa4138/is_200401/ain9466859 .Accessed February 12, 2013.
- International Diabetes Federation. (2014). About Diabetes. Available from <http://www.idf.org/about-diabetes>. Accessed December 4, 2014
- Key message. (2014). Available from : <http://www.idf.org/worlddiabetesday/2009-2013/Key-messages>. Accessed May 7, 2014.
- World Health Organization. (2011) Chronic Disease and Health Promotion. Available from <http://www.who.int/chp/en/> . Accessed April 2, 2014.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- World Health Organization. (2008). Prevention of Cardiovascular Disease : guideline for Assessment and Management of total Cardiovascular risk. Geneva.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556) ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> .สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์, 2556.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การนำเสนอ รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรูปแบบ 21 แฟ้มมาตรฐาน. ได้จาก http://203.157.10.11/report/std18report/rep_R01_preht_thailand56.php?region=0 . สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2557.
- World Health Organization. (2012). *New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence*. Available from URL:http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/index.html. Accessed September 29,2014.
- Boonyawongwiroj, P. (2554). Tuberculosis situation in Thailand and Solution. Journal of Prevention Medicine Association of Thailand. 1(3) : 232 – 235.



12. Lange C. Mori, T. (2010). Advances in the diagnosis of tuberculosis. *Respirology*. 15(1) : 220 – 240.
13. นันทพร บุณราคัมวดี และยุวมารย์ ศรีปัญญาวิศัลย์. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2(5) : 114 – 129.
14. American Diabetes Association. (2005). Standards of medical care for patients with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 28(1) : 4 – 36.
15. กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข. (2556). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. ได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> . สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์, 2556.
16. Becker, M.H. (1975). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles slack.
17. Yamane, Taro. (1971). *Statistics: An Introductory Analysis*. 2d ed. ToKyoo: John Weatherhill, Inc.
18. กิตติศักดิ์ พรหมดาว และคณะ. (2556). ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันและโรคเบาหวานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. *The J. of Boromarajonani College of Nursing. Nakhonratchasima*. 19(1) : 19 – 30.
19. Douglas E. Harris and Judy F. Carr. (2002). *How to Use Standards in the Classroom*. Available from <http://search.proquest.com/docview/1289122318/> Accessed June 24, 2016.
20. กานดา พูนลาภทวี. (2539). *สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์.
21. Harper. M. (2002). *Member Checking: Can Benefits Be Gained Similar to Group Therapy?*. Available from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR17-2/harper.pdf>. Accessed July 11, 2016.
22. นัฐสง ยันตะบุศย์ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2559). การรับรู้ความเจ็บป่วย ของผู้ปลูกถ่ายไตที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 34 (1) : 103 – 112.
23. World Health Organization. (2013) *Chronic Disease and Health Promotion*. Available from http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch1/en/index/html . Accessed June 1, 2016.
24. สมใจ วินิจกุล และนิตยา สุขชัยสงค์. (2556). ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารเกื้อการุณย์*. 20(2) : 84-99.
25. เนติมา คุณิณี. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ : บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
26. จรรยา คนใหญ่. (2550). การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 . *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
27. Holman, H. and Lorig, K. (2000). *Patientes as partners in managing chronic disease*. *BMJ*. 26; 320(7234) : 526-7.
28. มุกดา สอนประเทศ. (2558). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้จาก <http://203.157.71.148/reserch-55/Mukda.pdf>. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม , 2559.
29. ธิดาทิพย์ สุพรรณผิว และศิริณีย์ อินทรหนองไผ่. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานใน



กลุ่มเสี่ยง.วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (ฉบับพิเศษ) : 464-471.

30. ศศิธร อุตตะมะ. (2549) . ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
31. รัตนา เรือนอินทร์. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
32. Scotland, A. M. (2012). Health beliefs and knowledge related to management of hypertension among adult Dominicans . Available from <http://search.proquest.com/docview/1289122318/> Accessed May 30, 2016.