การสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาชุมชนสะแกราย จังหวัดนครปฐม

The Communication of Coronary Artery Disease (CAD) Warning signs : The Case Study of Sakaerai Community in Nakhon Pathom Province

ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน*
ณัฐพร คุณโน*
เมธาวี ดวงจินดา*
กนกวรรณ ชัยสิทธิ์สงวน*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนชุมชนสะแกราย ตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง มกราคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเท่ากับ .86 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46-88 ปี อาชีพเกษตรกรรม และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .01 และพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .001

ผู้วิจัยเสนอแนะว่า โปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม และการใช้สื่อสุขภาพที่เหมาะสม เป็นวิธีการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเรื้อรังต่างๆ ในชุมชน เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ/การสื่อสารสัญญาณเตือน

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This research project is a quasi-experimental single-cohort study with pretest-posttest control group design. The main objective of studying the effect (CAD) waring signs program, implemented in Sakaerai Community in Tambon Donyaihom, Nakhon Pathom Province. The sample consisted of 30 patients with high-risk for developing CAD. Data were collected between October 2016 and January 2017. The tools utilized were knowledge test and questionnaire assessing the behaviors that would lead to disease prevention. The quality of the tools was evaluated by 3 experts in this field, with the confidence level of .86 and .93 for the knowledge test and questionnaire, respectively. The collected data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The data revealed that the majority of the sample was female, age 46-88 years, working in the agricultural sector, and having chronic health conditions such as hypertension, diabetes mellitus and hyperlipidemia. After enrolling in the of CAD program, the subjects attained higher scores in knowledge about CAD when compared to the scores prior to the enrollment. The difference was statistically significant, with p-value <0.01. The scores for preventative behavior after enrolling into this program were also higher when compared to the scores prior to the enrollment, with statistic significance and p-value <0.001.

The investigator concludes that, by using group learning and appropriate health media, the CAD warning signs program is effective in reducing the risk of developing CAD. Therefore, practicing nurses and other health professionals should utilize this program and apply it to high-risk patients with chronic diseases in the community in order to reduce the incidence of said diseases in the future.

Keywords: Coronary Artery Disease/ Warning Signs Communication

ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรโลก คาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคน/ปี โดยผู้ป่วยโรคหัวใจประมาณ 19 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่สถานะเศรษฐกิจต่ำถึงปานกลางของประเทศ ส่วนสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีประชากรถึงแก่กรรมจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นอันดับ 1 ของประเทศ ในประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากมะเร็งและอุบัติเหตุจราจร และอัตราการตายพุ่งขึ้นถึงร้อยละ 17 สูงกว่าต่างประเทศ 2 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 18,000 ราย สาเหตุส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 เกิดมาจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากปัญหาหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบตัน พบผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 22,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมักจะถึงแก่กรรมก่อนมาถึงโรงพยาบาล และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเหล่านี้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 1 ปี

จากการศึกษาโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนต่อแสนประชากร 189,234 ราย เสียชีวิต จำนวน 14,422 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.47 และใน ปี พ.ศ. 2555 เสียชีวิต จำนวน 15,070 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.45

องค์การอนามัยโลก (World health Organization : WHO, 2007) รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั่วโลกจากจำนวน 4.83 ล้านคนในปี 2010 จะเพิ่มเป็น 6.9 ล้านคนในปี 2030 ซึ่งจะเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของโลก ทั้งนี้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial infarction) ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยร้อยละ 5-10 ที่รอดชีวิตจะเกิดอาการเฉียบพลันจากโรคหัวใจซ้ำอีก นอกจากเป็นสาเหตุให้ถึงแก่ชีวิตแล้วยังทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ ลดประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) รุนแรงขึ้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องเข้าถึงการรักษาเพื่อให้เกิดภาวะมีเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ทันเวลา

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการกำหนดไว้ในนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 โดยมีเป้าหมายหลัก 5 ข้อ และเกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease: NCD) จำนวน 3 ข้อ คือ 1) ประชาชนชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีศักยภาพ สามารถสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ 2) มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ไวพอ ทันการณ์และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยแข็งแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา มีวัตถุประสงค์ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลวิธีและมาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองและจัดการโรคเรื้อรังให้เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค แผนงานหรือโครงการที่มีส่วนสนองตอบต่อแผนและนโยบายระดับประเทศ ในงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการยอมรับว่ามีบทบาทโดดเด่นให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมมือที่สำคัญ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 โดยมีเป้าหมายหลัก ในการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง โดยมุ่งใน 5 ประเด็น ได้แก่ ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการเสียชีวิตและลดภาระค่าใช้จ่าย

จากการรายงานสถานการณ์ปัญหาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 (พ.ศ.2558) พบอัตราการป่วยและตายจากโรคนี้สูงอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 5,735.30 ราย ต่อประชากรแสนคน ในที่นี้เป็นผู้ป่วยใหม่ที่มีอายุต่ำกว่า 39 ปี จำนวน 29 ราย อายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 45 ราย ซึ่งแนวโน้มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จะเกิดกับผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 50 ปี เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมได้นำนโยบายส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอดังกล่าวมาประยุกต์ในพื้นที่โดยได้ถ่ายทอดแนวคิดและนโยบายสู่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามลำดับ อีกทั้งได้เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไปในบางพื้นที่แต่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด ที่สำคัญที่สุดคือยังไม่

มีการศึกษา เพื่อพัฒนาศักยภาพการจัดการปัญหาความเจ็บป่วยแบบมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

ชุมชนสะแกราย อำเภอเมือง เป็นชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนยายหอม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม มีจำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านคลองโยง หมู่ที่ 5 บ้านดอนทอง และหมู่ที่ 6 บ้านคลองโยงใหม่ มีประชากร 3,909 คน และจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 1,007 ครัวเรือน ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเป็นระบบและครอบคลุม จึงยังไม่สามารถระบุกลุ่มเสี่ยงของโรคนี้ เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน ทำให้การกำหนดมาตรการหรือโครงการเพื่อการป้องกันโรคยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

มหาวิทยาลัยคริสเตียนตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงของประเทศ จึงได้ร่วมกับสถาบันเครือข่ายวิจัยอุดมศึกษาภาคกลางตอนล่าง จัดทำโครงการวิจัย เรื่อง การสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาชุมชนสะแกราย จังหวัดนครปฐม เพื่อกำหนดมาตรฐานหรือหามาตรการป้องกันจัดการสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่าง ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นอย่างไร

2. รูปแบบการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคและสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

สมมติฐานของการวิจัย

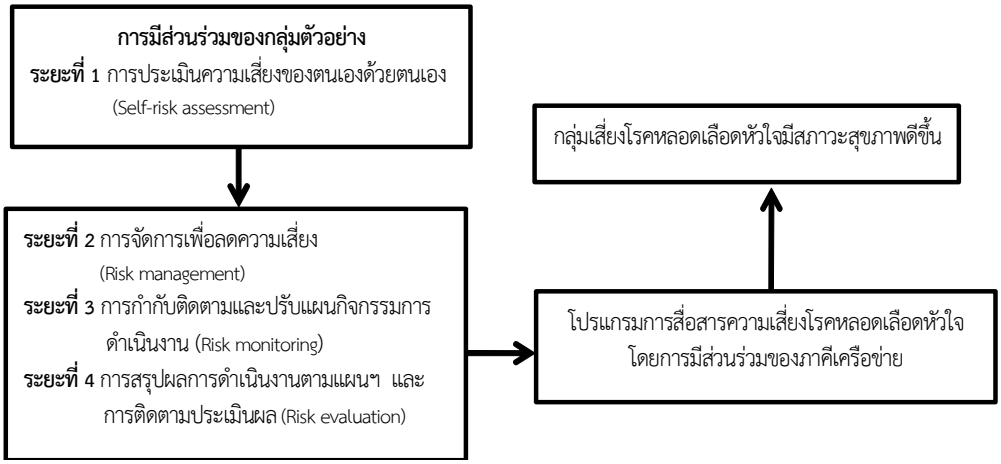
ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคและสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCDs) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดบริการอย่างเป็นระบบที่สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคได้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิด Chronic care Model การพัฒนาโปรแกรมที่ประยุกต์จากแนวคิดนี้ ช่วยให้ประชาชนรู้จักวิธีรักษาสุขภาพของตนและของบุคคลใกล้ชิด สามารถช่วยกระจาย ข่าวสารความรู้ให้แก่ประชาชนช่วยทำให้ประชาชนรู้วิธีหลีกเลี่ยงป้องกัน ลดความตื่นตระหนกของประชาชน ช่วยให้หน่วยงานสามารถปรับรูปแบบการให้บริการ หรือแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องของการให้บริการได้ดี เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือสาธารณชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาระบบสุขภาพของสังคม และลดต้นทุนของการบริการด้านสุขภาพ (พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองของ เมธาวี ดวงจินดา (2558) มาวิเคราะห์ และพัฒนาเป็นโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

โรคหัวใจขาดเลือดในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุและอันตรายของโรค เพื่อนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความร่วมมือต่อแผนการรักษาที่ดี 2) การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง (Risk management) ผู้วิจัยให้ข้อมูลสุขภาพผ่านการใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลายและเร้าความสนใจ เน้นข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือน (Warning signs) 3) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Risk monitoring and evaluation) (เมธาวี ดวงจินดา นงพิมล นิมิตรอานันท์ และศศิธร รุจนเวช, 2558) 4) การสรุปผลการดำเนินงานตามแผนและการติดตามประเมินผล (Risk evaluation) โปรแกรมฯ นี้เน้นการสื่อสารแบบสองทาง จากทีมสุขภาพและกลุ่มเสี่ยง ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรและให้เกียรติกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความสำเร็จของการสื่อสาร



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย พัฒนาจากโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองของ เมธาวี ดวงจินดา และคณะ (2558)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนชุมชนสะแกราย ตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มหนึ่งเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง ใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์แนวคิดเชิงทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพของรอธแมนและคิวิไนมิ (Rothman & Kiviniemi, 1999) และรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของโรฮร์มานน์ (Rohrmann, 1999) มาสร้างเป็นโปรแกรมฯ ประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มและการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังมีรายละเอียดตามแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ที่หมู่ 1 ชุมชนสะแกราย ตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น 3,909 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 15 ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนสะแกราย ตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม และได้รับการประเมินคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk, 2557) ว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยง (Risk group) และเสี่ยงสูงมาก (High risk group) คือมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ได้ จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participants/Key informants) ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้บริหารและ/กรรมการ/ตัวแทนขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็นเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดัดแปลงมาจากรายงานการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร ของเมธาวี ดวงจินดา (2558) เนื่องจากมีข้อคำถามตรงตามประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาและถูกต้องตามหลักวรรณกรรมที่ได้ทบทวนมาและเป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรคคล้ายคลึงกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ และปรับแก้ข้อความบางข้อให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและสภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย คำถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว และข้อมูลสภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบวัดแบบถูก-ผิด คะแนนเต็ม 15 คะแนน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) 1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .86

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 10 ข้อ โดยสอบถามถึงความถี่ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) 1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเตรียมการ ได้แก่ การติดต่อประสานงาน การรวบรวมข้อมูลและการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1-2

2. ระยะกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การประเมินความเสี่ยงและการจัดการกับความเสี่ยง เป็นชุดของกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพจากผู้วิจัย ผ่านการใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลาย โดยมีแนวทางการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบการสื่อสาร 2 ทาง

3. ระยะการกำกับติดตามความเสี่ยงผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านคนละ 2 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์ที่ 4-6 ของการเก็บข้อมูล

4. ระยะการประเมินผล นัดหมายเพื่อประเมินผลรายบุคคล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ศึกษา ในช่วงเวลาของวันนัดตรวจโรคเรื้อรังหรือวันนัดตรวจเลือดของกลุ่มตัวอย่างในรายที่นัดหมาย 1 เดือน หากในรายที่ยังไม่ครบกำหนดนัดตรวจโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจะนัดหมายตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกภายในสัปดาห์ที่ 7-8 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้มีการประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนยายหอม อาสาสมัครประจำหมู่บ้านสะแกราย และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนยายหอม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการเตรียมการด้านเทคนิคการเก็บข้อมูล อาทิ เทคนิคกระบวนการกลุ่ม เทคนิคการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยก่อนลงมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง แนะนำ ตนเองแก่สมาชิกกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและให้สมาชิกกลุ่มลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ์เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่ม ณ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำการศึกษา โดยมีระยะเวลาดำเนินการ ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง มกราคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติ Dependent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้เรื่องหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.87	.17	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-3.95	.00***
ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ	.82	.27	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-3.66	.00***
ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.93	.20	ดีมาก	.99	.05	ดีมาก	-1.86	.07
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	.87	.19	ดีมาก	.99	.02	ดีมาก	-3.59	.00***

***p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$= .93, S.D. = .20) และรองลงมา คือ ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$= .87 , S.D. = .17) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$= .82, S.D. = .27) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้ง 3 ด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

ความรู้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
1. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน.....	.86	.34	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11	.04*
2. ที่อ้วนแบบลงพุง.....	.86	.35	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11	.04*
3. ผู้ที่รับประทานอาหาร.....	.93	.25	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.44	.16
4. ผู้ที่สูบบุหรี่หรือสูดดมควัน..	.80	.41	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.99	.01**
5. ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ.	.90	.31	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.79	.06
6. ผู้ที่มีความเครียดสูง.....	.90	.31	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.79	.08
7. ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	.87	.17	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-3.95	.00***

* p - value .05

** p - value .01

*** p - value .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านความรู้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ผู้ที่รับประทานอาหารปรุงรสเค็มจัด เช่น ใส่น้ำปลา ซีอิ๊ว อาหารหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ขนมเค้ก ขนุน ฝอยทอง และหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด กะทิ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$= .93, S.D. = .25) และรองลงมา คือ ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ถึง 4 ครั้ง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย และที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = .90, S.D. = .31) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ที่สูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$= .80, S.D. = .41) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้ง 3 ด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p = .00)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	value
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
1. อาการเจ็บแน่นหน้าอก.....	.87	.35	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11	.04*
2. ที่เมื่อยล้าโดยไม่มีสาเหตุ....	.73	.45	ดี	1.00	.00	ดีมาก	-3.25	.04*
3. หายใจเหนื่อยหรือหอบ	.86	.35	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11	.16
4. เวียนศีรษะ หน้ามืด.....	.87	.35	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11	.01**
5. ปวดท้อง บางครั้ง.....	.77	.43	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.97	.01**
6. ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	.82	.27	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-3.66	.01**

* p - value .05

** p - value .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีของหนักทับ เจ็บใต้กระดูกด้านซ้าย อาจเจ็บร้าวไปถึงขากรรไกรและแขนซ้าย และ เวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม หรือหมดสติอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = .87, S.D.= .35) และรองลงมา คือ หายใจเหนื่อยหรือหอบ หายใจไม่ออก นอนราบไม่ได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = .86, S.D. = .35) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อยล้าโดยไม่มีสาเหตุ ที่แขน หรือที่มือ หรือที่ขากรรไกร อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = .73, S.D. = .45) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทุกข้อ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p = .01)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงโรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจมีความพิการจากสมอง	.90	.31	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.80	.08
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องจำกัดการออกแรง.....	.93	.25	ดีมาก	.96	.18	ดีมาก	-.57	.57
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะทำให้เกิดโรคหัวใจวาย.	.93	.25	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.43	.16
4. การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เป็นภาระ	.93	.25	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.44	.16
5. ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	.93	.20	ดีมาก	.99	.05	ดีมาก	-1.86	.07**

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณารายข้อ จะพบว่าในทุกข้อจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
ด้านการบริโภคอาหาร	1.70	.68	ดี	3.00	1.93	ดีมาก	-3.63	.00***
ด้านการออกกำลังกาย	1.96	.85	ดี	2.75	.41	ดีมาก	-5.25	.00***
ด้านการจัดการความเครียด	2.34	.55	ดีมาก	2.81	.35	ดีมาก	-4.14	.00***
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	2.80	.44	ดีมาก	2.98	.09	ดีมาก	-2.16	.04*
การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	2.20	.34	ดี	2.89	.49	ดีมาก	-6.92	.00***

* p - value .05

*** p - value .001

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 2.80, S.D.=.44) และรองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 2.34, S.D. = .55) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 1.70, S.D.=.68) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p = .00)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ	.87	.19	ดีมาก	.99	.02	ดีมาก	-3.58	.00***
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	2.20	.34	ดี	2.89	.49	ดีมาก	-6.92	.00***

*** p - value .001

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p < .00)

อภิปรายผลการวิจัย

กรณีที่ 1 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < .001) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้รายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและด้านความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีเพียงด้านความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน (ดังแสดงในตารางที่ 4) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้พื้นฐานก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุเพียร โภคทิพย์ (2555) ที่ศึกษาการรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน : บริบทจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่เมื่อมีอาการจะไม่ให้ความสำคัญในการมารักษาพยาบาลที่ถูกต้อง สะท้อนให้เห็นถึงการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ละเลยต่อการแสวงหาวิธีการรักษา บุคลากรสุขภาพจึงควรมีการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยที่ต้องให้ความสำคัญต่ออาการที่เกิดขึ้น และหาแนวทางรักษาที่ถูกวิธี

กรณีที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการสื่อสาร 2 ทาง ระหว่างผู้ให้ข้อมูล (ผู้วิจัย) กับผู้รับข้อมูล (กลุ่มตัวอย่าง) ในการสนทนาในประเด็นปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ทั้งระยะการดำเนินกระบวนการกลุ่มและระยะการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ ได้คิดและวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเองว่าความเสี่ยงเกิดจากสาเหตุใด จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและไม่ต้องการป่วยเป็นโรคนี้ ผู้วิจัยใช้การสื่อสารที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ยอมรับในความคิดเห็นที่แตกต่างและหาแนวทางการช่วยเหลือเฉพาะราย (Sokol, 2003, : อ้างถึงใน เมธาวี ดวงจินดา, 2558) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและปฏิบัติได้จริงตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ทุกกิจกรรมดำเนินการทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่น ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องเตรียมความรู้และมีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจกับการป้องกันโรคเป็นอย่างดี เพื่อให้ข้อมูลและตอบปัญหาสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง ป้องกันการให้ข้อมูลที่ผิดพลาดกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่เข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก มีการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร มีวิธีการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความสำคัญในการดูแล กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดทัศนคติเชิงบวกและเกิดความรู้สึกตั้งใจอยากปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันมากกว่าแนวทางการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย สอดคล้องกับ นิยะนันท์ สำเภาเงิน และดวงกมล ชาติประเสริฐ (2557) ที่เสนอแนวทาง การสื่อสารด้วยการส่งเสริมความสามารถในตนทำให้กลุ่ม

เสี่ยงสูงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคหัวใจ ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกและเกิดความรู้สึกตั้งใจอยากปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันมากกว่าแนวทางการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมความสามารถในตน นอกจากนี้ ฮัทชีสัน (Hutcheson, 1999 : อ้างถึงใน เมธาวี ดวงจินดา, 2558) ที่เสนอว่า ภารกิจหลักของการสื่อสารความเสี่ยง คือ การให้ข้อมูล เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของสิ่งคุกคามและเกิดความรู้ความเข้าใจในข้อมูลชัดเจนยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้นำการสื่อสารแบบ 2 ทาง มาประยุกต์ในโปรแกรมฯ ซึ่งนำมาบูรณาการในกระบวนการกลุ่มและการติดตามเยี่ยมบ้าน

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีกระบวนการในการสื่อสาร ดังนี้

การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์หาความเสี่ยงของตนเองและของสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม รวมถึงประชาชนโดยทั่วไปในจังหวัดที่อาศัยอยู่ ซึ่งแตกต่างจากลักษณะการให้บริการรูปแบบเดิม ที่ไม่ได้จัดโอกาสหรือกิจกรรมนี้อย่างเป็นรูปธรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง พิจารณาอย่างถี่ถ้วนจากข้อคำถามตามแบบคัดกรอง ในแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและพิจารณายอมรับความเสี่ยงของตน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนรู้เพื่อทำให้ตนเองมีความปลอดภัยต่อการเกิดโรคนี้มากยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างตั้งมั่นว่าจะลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ รอธแมนและคิวิไนมิ (Rothman, 1999) และอินฟานติและคณะ (Infanti et al., 2013) ที่เชื่อว่า การแก้ปัญหาสุขภาพต้องเริ่มจากกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับข้อมูลหรือข่าวสารทางสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และตระหนักถึงอันตราย แล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือการลดความเสี่ยงด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และตระหนักถึงอันตราย จึงนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือการลดความเสี่ยงทางสุขภาพด้วยตนเองได้

การจัดการความเสี่ยง ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเสี่ยงนั้น โดยใช้สื่อสุขภาพที่มีความหลากหลาย และเข้าใจง่าย โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนั้นๆ เช่น การให้กลุ่มตัวอย่างผสมน้ำหวานแทนเลือด และใช้สายยางใสจำลองเป็นหลอดเลือดที่หัวใจ จากนั้นนำน้ำหวานใส่ในหลอดเลือดจำลองที่มีก้อนเลือดหรือเศษไขมันที่อุดตันในหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกและเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในที่สุด การใช้สื่อสุขภาพหลายชนิดในการเรียนรู้แบบกลุ่มครั้งนี้ ช่วยสนับสนุนให้เข้าใจข้อมูลที่ได้รับโดยง่าย สามารถเชื่อมโยงและจดจำได้ในระยะยาว ดังนั้น เมื่อผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างจึงยังคงสามารถจดจำความรู้นั้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของสตีเวนสัน (Stevenson, 2004) และอินฟานติและคณะ (Infanti et al.,2013 : อ้างถึงใน เมธาวี ดวงจินดา, 2558) ซึ่งกล่าวว่า การถ่ายทอดข้อมูลความเสี่ยงทางสุขภาพสู่ประชาชน ต้องสามารถเข้าใจได้ง่ายและมีการเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้รับข้อมูลเพื่อให้เกิดความกระจ่างนำไปสู่การลดความเสี่ยงทางสุขภาพ

ระยะการกำกับติดตามความเสี่ยง โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจดจำข้อมูลได้ทั้งหมด แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามผู้วิจัยทุกประเด็นที่สงสัยและสามารถช่วยหาทางออกให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นปัจเจกบุคคล ทำให้แก้ปัญหาได้ตรงประเด็น สอดคล้องกับโรฮร์มานน์ (Rohrmann, 2008) กล่าวว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงแล้วควรมีการกำกับติดตามพฤติกรรมนั้น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงกลับไปมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อีก

ระยะการประเมินผล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผล โดยการวัดความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลปรากฏว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ p-value < .001 แสดงให้เห็นว่าการสื่อสาร 2 ทาง โดยผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายและมีการกำกับติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ยืนยันแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) ของรอธแมนและคิวิไนมิ (Rothman & Kiviniemi, 1999) ที่เชื่อว่าการแก้ปัญหาสุขภาพต้องเริ่มจากกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับข้อมูล/ข่าวสารทางสุขภาพ ที่ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และตระหนักถึงอันตรายแล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือการลดความเสี่ยงด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของ นิตยา พันธุเวทย์ และคณะ (2554) ที่ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง จากบริบทและสิ่งแวดล้อม ช่องทางการรับของข้อมูลข่าวสาร ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การสื่อสารความเสี่ยงจะมีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความเสี่ยง ปฏิบัติตามรูปแบบ/แผนการสื่อสารความเสี่ยงและมีการติดตามประเมินผล โปรแกรมฯนี้เน้นการสื่อสารสองทางเช่นเดียวกับแนวคิดของสตีเวนสัน (Stevenson, 2004 : อ้างถึงใน เมธาวี ดวงจินดา, 2558) ที่เห็นความสำคัญกับการสื่อสาร 2 ทาง ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพโดยใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลายและเข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรและให้เกียรติกัน ระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญในประเด็นนี้ จึงได้มีการเตรียมการไว้เป็นอย่างดี ได้แก่ ผู้ส่งสาร (ผู้วิจัย) ได้เตรียมความพร้อมในเรื่องของทักษะการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ สำหรับผู้รับสาร (กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเสี่ยง) ได้มีการนัดหมายก่อนทำกิจกรรมกลุ่มล่วงหน้า ทำข้อตกลงกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้วยความสมัครใจ อีกทั้งข้อความสุขภาพที่ใช้ในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้เกิดความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง สอดคล้องกับแนวคิดของ โรฮร์มานน์ (Rohrmann, 1999) ที่ให้ความสำคัญกับทุกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้ส่งสารและข้อความ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กันทุกขั้นตอนของการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ

สรุปงานวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไปนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุระหว่าง 51-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.66 ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 86.66 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.00 และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.00 มีครอบครัว (ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจหรือภาวะหัวใจขาดเลือดร้อยละ 6.67 และสูบบุหรี่ร้อยละ 10.00 เส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูงหาร 2 ร้อยละ 66.67 ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร^2 ร้อยละ 40.00 ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 36.67 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้ามากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 40.00 ระดับคลอเรสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 13.33 ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 16.67

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม และจากการสัมภาษณ์

ในกระบวนการกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่ทราบอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจจากอาการของพี่น้อง และเพื่อนบ้านที่ป่วยด้วยโรคนี้ แต่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ รู้สึกกังวลกับผลการประเมิน เมื่อได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างจึงตั้งใจลดความเสี่ยงเนื่องจากกลัวต้องเป็นภาระของครอบครัวและจากบุคคลที่รักก่อนวัยอันควร พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพทั่วไป อาทิเช่น การรับประทานยาตามเวลา การมาพบแพทย์ตามนัด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .001

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1.1 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดหัวใจและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับเสี่ยงสูงและสูงมาก โดยให้ความสำคัญของการสื่อสารแบบสองทาง ควรนำวิธีการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.2 เพิ่มความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและการสื่อสารสองทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่าย ซึ่งอาจมีผลช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในชุมชนได้

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

2.1 ควรมีความเชื่อมโยงที่เน้นการสื่อสารความเสี่ยงที่ชัดเจนมากขึ้น ในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายและสามารถประยุกต์ใช้กับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่เพียงโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 ควรเน้นกลุ่มประชากรให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่นกลุ่มประชากรวัยทำงาน หรือวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้การศึกษาวิจัยได้ตรงกลุ่มเป้าหมายและสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ. (2554). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้มีไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2544-2555.* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2557, จาก http://www.thained.com/information-statistic/non-communicable-discase-data.php.

กลุ่มพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือการแลตัวเองเพื่อการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการนำร่องรักษ์หัวใจในที่ทำงาน.* นนทบุรี :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ขวัญฟ้า ทาอิ่นคำ. (2552). *การรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จุฑามาศ คชโครต. (2554). พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์,* 19(1), 71-86.

นพวรรณ อัศวรัตน์ ชาญยุทธ วิหกโต และสุภาพร พรมจีน. (2558). *แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2558.* [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2558, จาก http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/Clinic-NCD2015.pdf.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2555). *สรุปสาระสำคัญและข้อเสนอจากที่ประชุมวิชาการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทศวรรษที่สอง 21-22 มีนาคม 2555.* นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2555). *มหาอุทกภัยปี 2554 บทเรียนจากประสบการณ์.* นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

เมธาวี ดวงจนดา. (2558). *ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทสาคร.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สุกัญญา ประจุศิลป และคณะ. *การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ตสู่ประชาชน.* (2551). การสื่อสารสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

McManus, R. J., et al. (2014). Effect of self - monitoring and medication self - titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease the TASMIN - SR randomized clinical trial. *JAMA,* 312(8), 799-808.

Rohrmann, B. (2008). Risk perception, Risk communication, Risk management; A conceptual. Appraisal. (Keynote): *The International Emergency Management Society, Global co - operation in emergency and disaster management.* Retrieved July 10, 2014, from http://www.rohrmannresearch.net/pdfs/rohrmann-rrr.pdf.

Rohrmann, B. (1999). *Community-based fire preparedness programmes : An empirical evaluation*. The Australiasian journal of disaster and trauma Studies. [Online]. Retrieved July, 12, 2014, from http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/1999-1/rohrmann.htm.

Rothman, A. J., & Kiviniemi, M.T. (1999). Treating people with information: an analysis and review of approaches to communicating health risk information. *Monogr Natl Can- cer Inst,* 25(1), 44-51.

Stevenson, M.A. (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations,* 7(3), 235-245.

WHO. (2007). *Integrated management of cardiovascular risk, report to a WHO meeting,* Geneva.