

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนบ้านวังทอง อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

The Development of Health Behavior Modification Model in Non-communicable Chronic Diseases Risk by Using Participatory Approach in Knowledge Management of the Community in Banwangthong Bangmulnak District, Phichit Province

ธานี โชติกคัม

Thanee Chotigakham

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Provincial Public Health Office

Received: December 17, 2022 | Revised: March 03, 2023 | Accepted: June 19, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สองประการเพื่อพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อวัดประสิทธิผลของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิด PRECEDE Model การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์ผู้นำนักปรับเปลี่ยนสุขภาพ 10 คน และแบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 40 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตการณ์ร่วมกับการจัดการความรู้ตั้งแต่ศึกษาบริบทพื้นที่ ร่วมวางแผน นำแผนไปปฏิบัติและปรับปรุงสรุปและการศึกษาเชิงปริมาณโดยการสำรวจสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย *Paired Simple t-test* ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบ้านวังทองด้วยการจัดการความรู้เริ่มตั้งแต่ศึกษาบริบทของชุมชน กระตุ้นบุคคลในชุมชนให้ตระหนัก และมีศักยภาพในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน และ 2) ผลการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ พบว่ากลุ่มเสี่ยงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเองและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และมีค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอวและผลน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลง ปัจจัยแห่งความสำเร็จขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ศักยภาพผู้นำและทีม นอกจากนั้นนโยบาย การพัฒนานโยบายการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเข้าถึงกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ติดต่อผู้พิมพ์: ธานี โชติกคัม

อีเมล: mr.thanee.cho@gmail.com

Abstract

The two aims of this research were to develop a behavior change model for improving the health behaviors of the non-communicable disease (NCD) population at risk and to assess the effectiveness of the health behavior change intervention based on the PRECEDE Model. The research is conducted as an operational study, divided into qualitative research using tools such as interviews with 10 health behavior change leaders and a survey questionnaire administered to 40 individuals at-risk of participating in health behavior change activities. The qualitative data was analyzed by observing the involvement in knowledge management, including the contextual background, collaborative planning, implementation, and evaluation. The quantitative analysis involves a health status and health behavior survey, analyzed using descriptive statistics, paired t-tests for inferential statistics, and Pearson correlation analysis. The research findings indicate that: 1) the health behavior change model implemented in the Wang Thong community through knowledge management, community contextual study, and community stimulation had raised community awareness and potential for collaborative health behavior change; and 2) the health behavior change activities had resulted in improved self-efficacy, self-control, and health behaviors among the at-risk group, as well as reduced body mass index, waist circumference, and blood sugar levels, along with decreased blood pressure. The factors contributing to the success of the intervention depend on the participation of all stakeholders in community health care, the leadership capacity, and the team's involvement. Furthermore, policy development and health promotion are essential for accessing health promotion activities.

Correspondence: Thanee Chotigakham

E-mail: mr.thanee.cho@gmail.com

คำสำคัญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กระบวนการมีส่วนร่วม

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Keywords

Non-communicable diseases

Participation action

Health behavior modification model

บทนำ

การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขนั้นเป็นความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่มนุษย์⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดโรคและภัยสุขภาพ อัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กระบวนการเกิดโรคนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การแพร่กระจายของเชื้อโรค แต่มีปัจจัยที่เพียงพอ (Sufficient agent) ก็สามารถทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังนี้มีระยะเวลาการดำเนินการของโรคที่มีความต่อเนื่องและยาวนานตลอดชีวิต ซึ่งนับวันทวี ความรุนแรงและมีการกระจายของโรคเพิ่มขึ้นเนื่องจากผลจากความเจริญด้านเทคโนโลยี สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁾ ในปัจจุบันสภาวะ

ความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชากรทั่วโลกเปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ทุกประเทศจึงให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งนำมาสู่ภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นสมพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) จึงได้ให้ความสำคัญในการเพิ่มการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การสหประชาชาติที่ว่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568⁽³⁾ โรคเบาหวานมีการคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและทุพพลภาพทั่วโลก⁽⁴⁾ และจากรายงานการสำรวจสุขภาพพบว่าความชุกของโรคเบาหวานของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 8.9 ความชุกของผู้ที่มีความผิดปกติของน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหาร (Impaired fasting glucose; IFG) เท่ากับร้อยละ 15.6 โดยผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 43.2 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และไม่ทราบว่า ตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน⁽⁵⁾ และปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของประชากรโลก โดยเฉลี่ยจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ในทุก ๆ 40 วินาที และเสียชีวิตลงในทุก 3 นาที 35 วินาที⁽⁶⁾ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีการประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 20,746 ราย อัตราตายเท่ากับ 21.8 ต่อประชากรแสนคน⁽⁷⁾ จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น⁽⁸⁾

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560 – 2564) ได้กำหนดเป้าประสงค์คือ ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เพื่อลดการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ มีการส่งเสริมสุขภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย ให้มีสุขภาพที่ดีลดการตายก่อนวัยอันควร⁽⁹⁾ ซึ่งอนาคตในอีก 10 – 20 ปี ข้างหน้าถ้าปัญหานี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขรัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาอาการแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เป็นเงินมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท และส่งผลเสียต่อชีวิตและสุขภาพ คือความพิการ ภาวะสุขภาพจิตที่แย่งของผู้ดูแลและครอบครัว⁽¹⁰⁾ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเองถือว่าเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดความยั่งยืน⁽¹¹⁾ ประชาชนหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขทั้งด้าน กำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยตระหนักถึงปัญหาของชุมชน กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหโดยชุมชนเอง ทั้งนี้กลวิธีที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง คือการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง⁽¹²⁾

จากข้อมูลอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร พบว่ามีประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 38,050 คน มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 2,613 คน (ร้อยละ 6.87) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน

1,669 คน (ร้อยละ 4.39)⁽¹³⁾ และเมื่อศึกษาเป็นรายพื้นที่พบว่าบ้านวังทอง มีกลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2562 พบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 4.82 ปี พ.ศ. 2564 มีพบร้อยละ 5.48 และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ.2562 พบร้อยละ 1.27 ปี พ.ศ. 2564 พบร้อยละ 5.93 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนนั้นยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น⁽¹⁴⁾ ผลกระทบที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับประชาชนในชุมชนคือมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต ซึ่งต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและยาวนาน จำนวน 9 คน และมีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องอยู่ติดบ้าน จำนวน 13 คน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกพื้นที่บ้านวังทอง ตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรที่มีความน่าสนใจคือเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท วิถีชีวิตของประชาชนมีความหลากหลายทั้งที่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม รับจ้าง และข้าราชการ พื้นที่ที่มีความโดดเด่นด้านการประสานความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในชุมชนในการหาวิธีการดูแลกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมจนไม่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตและยังเป็นโอกาสที่จะทำให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้มีการแสดงความคิดเห็นการวางแผนและดำเนินการร่วมกันในการหารูปแบบ วิธีการต่างๆ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของบริบทชุมชนและการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนและขยายแนวคิด วิธีการไปสู่พื้นที่ข้างเคียงต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

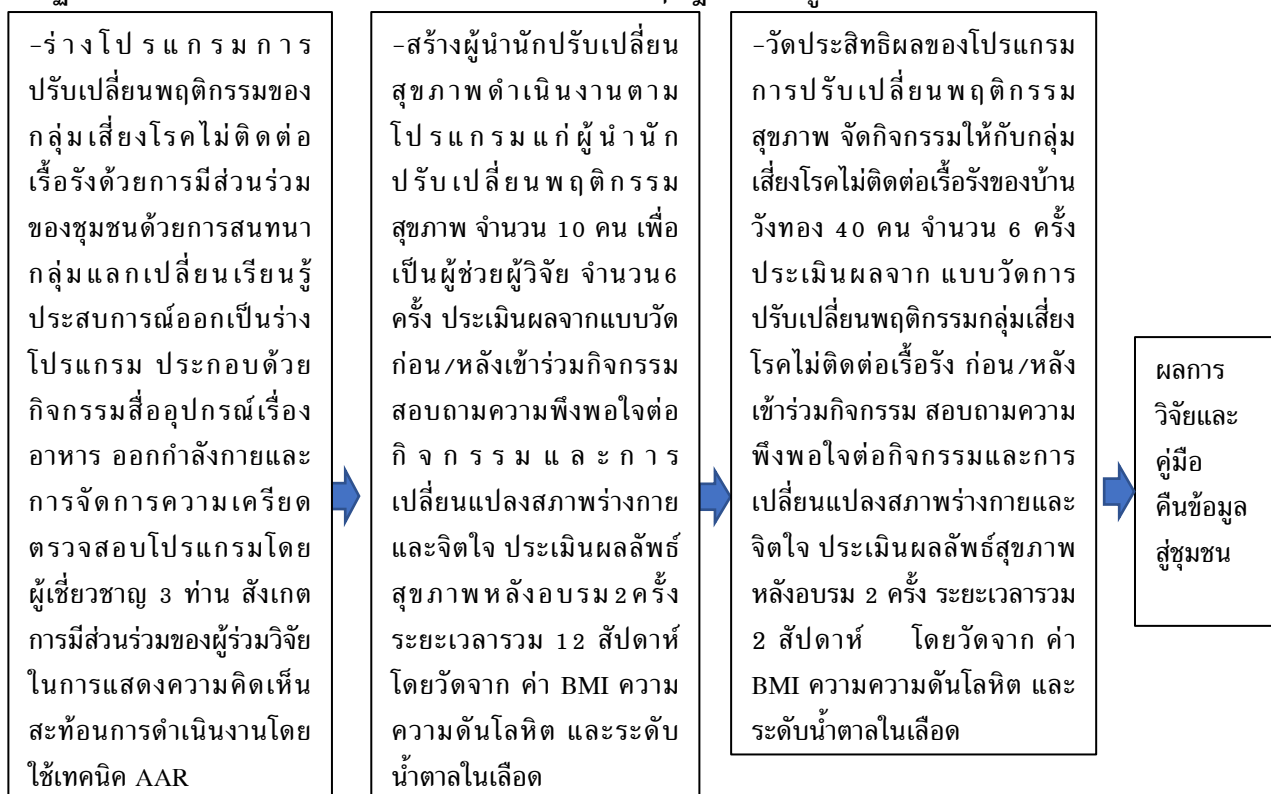
การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งขั้นตอนการวิจัย มี 3 ระยะ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ถึง 30 ธันวาคม 2565 ขั้นตอนดังนี้

1.ระยะก่อนดำเนินการคัดเลือกบ้านวังทองจากสถิติการคัดกรองมีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต ผู้สูงอายุติดบ้าน แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และปัจจัยสำคัญของพื้นที่คือความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในชุมชนมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท อาชีพมีความหลากหลายทั้งด้านเกษตรกรรม รับจ้างและข้าราชการ ⁽¹⁴⁾

2.ระยะสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สถานการณ์ความชุกโรค การดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ร่วมวิจัยโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อสร้างศักยภาพของตนเองและเตรียมความพร้อมในการทำวิจัย

3.ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงตามหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽²⁾ ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 ครั้ง แต่ละครั้งมีระยะห่าง 1 เดือน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผล ดังต่อไปนี้ คือ กิจกรรมครั้งที่1 ร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยนำผลจากระยะสำรวจข้อมูลพื้นฐานทั้งด้านสิ่งแวดล้อมเงื่อนไขการมีสุขภาพดีในชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นใช้การจัดการความรู้ร่วมกันในการกำหนดรูปแบบและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้เกิดความสอดคล้องระหว่างข้อมูลพื้นฐาน วัตถุประสงค์และกิจกรรม กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำรูปแบบและ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ปรับปรุงแล้ว (อาหาร ออกกําลังกาย และการจัดการ ความเครียด) ไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเข้ารับการอบรมเป็นผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและเป็นผู้ช่วยนักวิจัย 6 ครั้งและมีระยะติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 2 ครั้งหลังการอบรม รวม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสอนตามแผนการสอน เนื้อหา ทดลองใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมสุขภาพและ ผลลัพธ์สุขภาพ จัดการความรู้ด้วยเทคนิค AAR กิจกรรมครั้งที่3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับปรุงกิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงตั้งเป้าหมายของ ตนเองและวิธีการดูแลให้ถึงเป้าหมายนั้นและให้ผู้นำสุขภาพร่วมกันค้นหาผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ที่ เน้นการปฏิบัติจริงจำนวน 6 ครั้งและมีระยะติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีการทำงานเป็นทีม การเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องของกลุ่มเสี่ยงและการแลกเปลี่ยนและการ รับทราบผลลัพธ์ด้านสุขภาพทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านวังทองว่ามีสาเหตุใด ที่ช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืนและทำอย่างไร จึงจะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงด้วยการมีส่วนร่วมโดยชุมชน ภายใต้แนวคิด PRECEDE Model นำมาใช้ เป็นกรอบในการศึกษาระยะสำรวจข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาสาเหตุของปัญหา แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการกระทำ (Operant Condition Theory) แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ความรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจาก ความรู้ที่ฝังลึก(Tacit Knowledge) เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่เชื่อมโยงความรู้ที่ได้จากการทำวิจัยกับการ ปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงผสานเข้าด้วยกัน จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวผู้วิจัยกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยน



คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาที่มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอและระดับตำบล ผู้ให้ข้อมูลด้านประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทวิถีชีวิตของชุมชนคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) และมีประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพคือ ผู้สูงอายุและญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชนมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ที่บ้านวังทองมากกว่า 30 ปี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและยินยอมให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 10 คน ผู้ให้ข้อมูลรอง คือ ญาติผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันหรือให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและยินยอมให้ข้อมูล 10 คน

ระยะที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนรวมทั้งหมด 10 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง 1 คน นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 คน ผู้นำชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 คน และตัวแทนประชาชนทั่วไป 2 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) สมควรใจเป็นร่วมวิจัย อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้ด้านการสื่อสาร ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่บ้านวังทอง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งและเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและมีประสบการณ์ในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้รับการยอมรับจากชุมชน **กิจกรรมครั้งที่ 2** การสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมควรใจเข้ารับการอบรมให้เป็นผู้ดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6 ครั้ง ประเมินผลจากแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อน/หลังเข้าร่วมกิจกรรม สอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจ มีการติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และเป็นผู้ช่วยนักวิจัย 10 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้นำกลุ่มเป้าหมาย(Inclusion criteria) เป็นผู้ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้ด้านการสื่อสาร ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่บ้านวังทองและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งส่วนคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา(Exclusion criteria) คือมีปัญหาด้านการรับรู้และการสื่อสาร และเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย **และกิจกรรมครั้งที่ 3** วัดประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเมินผลจากแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อน/หลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง กลุ่มเป้าหมาย 40 คน สอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจ ประเมินผลลัพธ์สุขภาพหลังอบรม 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยวัดจากความความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นผู้ที่สมควรใจเข้ารับการอบรม อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้ด้านการสื่อสาร ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่บ้านวัง

ทองและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ส่วนคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษาคือมีปัญหาด้านการรับรู้ การสื่อสาร และเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งส่วนที่เป็นการศึกษาแบบพหุวิธีโดยใช้เครื่องมือ ดังนี้ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยวิธีเก็บข้อมูลจากเอกสาร แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อแสวงหาแนวทางการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดดังนี้ 1. การสัมภาษณ์เชิงลึกระยะที่ 1 เพื่อเก็บข้อมูลด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ศึกษาบริบท ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นการ (Interview) สาธารณสุขอำเภอบางมูลนากและผู้ที่ได้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่ออำเภอบางมูลนากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง รวม 3 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างรายบุคคลโดยที่นักวิจัยไม่ได้กำหนดกรอบหรือประเด็นที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้นๆ เช่น ปัญหาในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของอำเภอบางมูลนากเป็นอย่างไร เป็นต้น

2) แนวทางการปฏิบัติทางด้านสุขภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังเป็นคำถามปลายเปิดรายบุคคลแบบปลาย จำนวน 20 คน เน้นการยืดหยุ่นตามสถานการณ์เป็นหลักเพื่อเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงความคิดและการปฏิบัติของตนเองได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยจะต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการทะลอมถาม (Probe) เพื่อล้วงเอาความจริงหรือความรู้ลึกซึ้งๆ ให้มากที่สุด เช่น ท่านมีการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างไรจึงไม่เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

2. การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้ลักษณะของการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของแต่ละคนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง 1 คน นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 คน ผู้นำชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 คน และตัวแทนประชาชน 2 คน รวม 10 คน เพื่อมุ่งหาความคิดเห็นดังนี้ 1) จัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องการกินอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ตามหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ร่วมวิจัยโดยผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม การเข้าร่วมกิจกรรมการแสดงบทบาทการเป็นผู้ร่วมวิจัยการเป็นผู้นำสุขภาพการมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ โดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน 3) สังเกตผู้เข้ารับการอบรมขณะทำกิจกรรมในการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความสนใจในกิจกรรมทั้งการให้ความรู้และการปฏิบัติ เช่น การซักถามประเด็นต่างๆ การออกกำลังกาย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย จำนวน 9 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบวัดการดูแลสุขภาพตนเองที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จนถึง “ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์” ตัวอย่างแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ฉันทออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจนเหงื่อซึมครั้งละประมาณ 30 นาที ไม่ได้ปฏิบัติเลยได้ 0 คะแนน ปฏิบัติ

1-2 วันสัปดาห์ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ได้ 4 คะแนน ตอนที่ 3 แบบสอบถามการควบคุมตนเอง จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบวัดการควบคุมตนเองที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ "น้อยที่สุด" ถึง "มากที่สุด" ตัวอย่างแบบสอบถามแบบวัดการควบคุมตนเอง ฉันควบคุมตนเองให้ลดการกินอาหารทอดเช่นกล้วยแขกทอดมันทอด ข้าวเกรียบ ได้น้อยที่สุดได้ 0 คะแนน น้อยได้ 1 คะแนน ปานกลางได้ 2 คะแนน มากได้ 3 คะแนน มากที่สุดได้ 4 คะแนน ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ "ไม่เลย" ถึง "มากที่สุด" ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ฉันมั่นใจว่าสามารถหาวิธีลดความเครียดได้ด้วยตนเอง ไม่เลยได้ 0 คะแนน น้อยได้ 1 คะแนน ค่อนข้างมากได้ 2 คะแนน มากได้ 3 คะแนน มากที่สุดได้ 4 คะแนน

การหาคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษา ข้อความ ความหมายและโครงสร้าง สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องศึกษาเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) จากนั้นนำไปคำนวณหาค่า Average IOC ได้เท่ากับ 0.95 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบมาทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินมะกอก ซึ่งเป็นตำบลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง ตั้งอยู่ มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค์ (alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลและการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย การตีความข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูล และการสร้างข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วัดประสิทธิผลของรูปแบบ วิเคราะห์ด้วย Paired Sample t-test

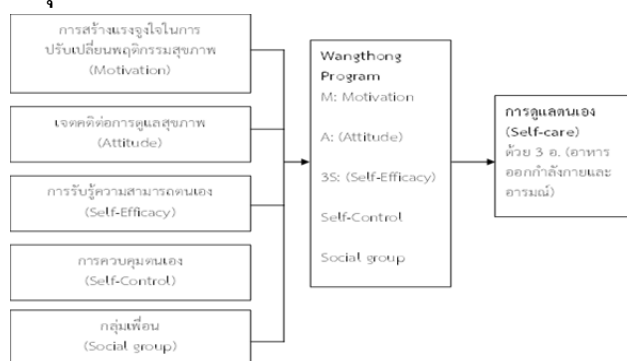
ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอบางมูลนากและผู้ที่ได้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่ออําเภอบางมูลนากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง ปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งการคัดกรองสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการค้นหากลุ่มที่มีโอกาสต่อการเกิดโรค รวมถึงเป็นการในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สาธารณสุขอำเภอ) การประกอบอาชีพที่เปลี่ยนไปจากที่ทำนาทำสวนกินอาหารเป็นเวลา เปลี่ยนเป็นอาชีพรับจ้าง เข้างานเป็นเวร เป็นกะ ทำให้กินอาหารไม่เป็นเวลา ไม่มีการออกกำลังกาย ส่วนการดูแลกลุ่มเสี่ยง คือการอบรมให้ความรู้ เรื่อง 3 อ 3 ส ส่งเสริมการจัดคลินิก DPAC ในชุมชน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคคลต้นแบบ ซึ่งผลลัพธ์ของกิจกรรมยังไม่

ดีเท่าที่ควร (ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ) ปัญหาในการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยคือการไม่ควบคุมพฤติกรรม การใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับโรค ไม่มาตรวจตามนัด รูปแบบที่ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ บ้านวังทองได้จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยนำกลุ่มเสี่ยงมาให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ และติดตามประเมินผลลงเยี่ยมบ้านและติดตามวัดความดันที่บ้าน 7 วันหลังจากเข้าโครงการ โดย อสม.ในละแวกที่รับผิดชอบ (ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.บ้านวังทอง) จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ สิ่งที่มีผลกระทบกับสถิติของการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรค และกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งการคัดกรองสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการค้นหากลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรค รวมถึงเป็นกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 คน พบว่า แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีแรงจูงใจทางบวกที่เกิดจากความต้องการภายในให้เกิดเป็นแรงผลักดันในแต่ละบุคคลทำให้สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง “สุขภาพดีของลุงคือตั้งใจว่าจะดูแลตัวเอง ไม่เป็นภาระใครในครอบครัว กินอยู่ก็ต้องระมัดระวัง ส่วนการออกกำลังกายก็ทำสวนปลูกผัก” (นาย 7) “เรื่องสวย ๆ งาม ๆ ไม่ยอมแพ้ ต้องดูดีไว้ก่อน ในวัยเดียวกันเราขอมไม่ได้” (นาง 5, 8) “ฉันป่วยไม่ได้ ต้องแข็งแรง ต้องดูแลภรรยาและคนรอบ ๆ ตัว” (นาย 9) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนมากเน้นการดูแลสุขภาพตนเองมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพตนเองและมีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเองอยู่เสมอ “ถ้าคนเราอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไรเลย มันก็จะแย่ ๆ ลง ต่อไปก็จะลำบากเอง” (นาย 1) “ทำแล้วก็สบาย กินอร่อย นอนหลับ ร่างกายแข็งแรงใจก็ดี ไม่หงุดหงิด” (นาย 2) “การมีอะไรทำที่สนุกสนาน คนก็เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น” (นาง 10) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถเลือกชนิดของอาหารในการรับประทานอาหารและวิธีการปรุงอาหารที่มีประโยชน์ด้วยตนเอง รู้วิธีการออกกำลังกายและหาวิธีที่จะผ่อนคลายอารมณ์เครียดด้วยตนเอง เป็นตัวอย่างให้กับบุคคลในครอบครัว “ที่นี้เลี้ยงปลาเยอะ และมีแหล่งให้หาปู ปลา กบ เขียด พอกิน บ้างครั้งขายได้ด้วย” (นาย 4) “ที่บ้านปลูกผัก หญ้า ไม้กินเอง หอมผักชี กระเพรา โหระพา พริก ก้อแบ่ง ๆ กันไป ไม่หวง” (นาง 3) “สมัยก่อนจะไปเอาความรู้ที่ไหน ต่างคนต่างอยู่ มาจากคนโบราณสั่งสอนมาด้วย ดูจากร่างกายตัวเองว่ามันแข็งแรงดี” (นาง 6) “ทำอะไรได้ก้อทำไป ทำมันเรื่อย ๆ เหนื่อยก้อหยุด ถ้าเราไม่ทำแขน ขา เส้นมันจะยึด” (นาย 4) การควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด “จะกินอะไร กินให้พอดี คนสมัยนี้มันกินเกินพอดีถึงอ้วนกันอย่างนี้” (นาง 7) “เดินไปแกว่งแขนแกว่งขา กระโดดโลดเต้นแล้วเราก็อสบาย ทำได้ทุกวัน” (นาง 5) “ออกกำลังกาย ผักผ่อนให้เพียงพอ ไม่กินเหล้า สูบบุหรี่” (นาย 1) กลุ่มเพื่อน (Social) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง “คุยกับเพื่อน ๆ บอกแกกินอย่างนี้ไม่ได้ละ ถ้าหน่วยงานถ้าเขามีกิจกรรมเราก็ก้อไปร่วมกับเค้า” (นาง 10) “การจัดเป็นคู่หู แข่งกันลดน้ำหนัก ทำให้เขาคอยเตือนกันมากขึ้นยิ่งถ้ามีรางวัลด้วยละก็ดีมาก ให้ทำคนเดียวไม่ค่อยประสบความสำเร็จ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group interview)

เมื่อรวบรวมข้อมูลที่เกิดการสัมภาษณ์โดยใช้ลักษณะของการสอน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ คือ แรงจูงใจ เจตคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเองและกลุ่มเพื่อน ได้แนวทางในการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ “Wangthong program” ที่ประกอบด้วยการปฏิบัติจริง จำนวน 6 ครั้ง ติดตามผลลัพธ์ 2 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กระตุ้นการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเป็นการ ตรวจสอบการปฏิบัติตัวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการวัดประสิทธิผลพบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกัน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้ม เข้าสู่ค่าปกติ แสดงว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดูแลกลุ่ม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบ้านวังทอง ประสบความสำเร็จ ตามแผนภูมิภาพ



กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 40 คนพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คนคิดเป็นร้อยละ 77.50 เพศชาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 อายุอยู่ระหว่าง 41 – 60 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาคืออายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 อาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง จำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 มีความเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 72.50 และมีความเสี่ยงโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 27.50 และมีดัชนีมวลกายมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตารางเมตร จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ดำเนินการทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า การดูแลตนเองและการควบคุมตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ($t = 11.24$ และ 6.16 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเอง แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.03$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ดำเนินการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักรอบเอว และดัชนีมวลกาย ของผู้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่างและระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 8.55$, 6.01 และ 4.30 ตามลำดับ) ส่วน รอบเอวและดัชนีมวลกาย ของผู้นำนักปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.00$ และ 4.00 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล(n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	31	77.50
ชาย	9	22.50
อายุ(ปี)		
15 – 40	10	25.00
41 – 60	17	42.50
60 ปีขึ้นไป	13	32.50
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	2	5.00
เกษตรกร / รับจ้าง	32	80.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	15.00
ภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
โรคความดันโลหิตสูง	29	72.50
โรคเบาหวาน	11	27.50
ดัชนีมวลกาย		
≤ 25 กก. / ตารางเมตร	24	60.00
>25 กก./ตารางเมตร	16	40.00

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง (n=40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
การดูแลตนเอง	3.85	0.32	4.21	0.34	11.24 ^{***}
การควบคุมตนเอง	3.45	0.58	3.86	0.32	6.16 ^{***}
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.64	0.72	3.93	0.48	3.03 [*]

* P-value <0.05 *** P-value < 0.001

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตาม ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (n=40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ระดับความดันโลหิตตัวบน	134.52	7.42	126.34	7.75	8.55***
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	83.90	8.03	81.14	6.83	6.01***
ระดับน้ำตาลในเลือด	113.70	14.82	108.50	13.51	4.30***
รอบเอว	87.40	9.80	85.40	9.54	6.00**
ดัชนีมวลกาย	24.60	3.52	23.75	3.19	4.00**

* P-value <0.05 *** P-value < 0.001

วิจารณ์

การศึกษา บริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ PRECEDE Model โดยศึกษาปัญหาของชุมชนด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้องและฐานข้อมูล เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบ การควบคุมโรคไม่ติดต่อ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรัง และวิเคราะห์ สาเหตุหลักของการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนคือ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Motivation) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-Control) และกลุ่มเพื่อน (Social group) เมื่อวิเคราะห์ชุมชนร่วมกัน เพื่อวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ค้นหาปัญหาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community – Based) และหาแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการสุขภาพดีด้วย 3 อ. ร่วมกันจนได้ “Wangthong Program” ที่เกิดจากการค้นหาปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการหาแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนเอง⁽¹⁵⁾

ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับความสนใจและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีพื้นฐานที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอก จึงต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุก่อนแล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถใช้ได้กับทุก ๆ ช่วงวัย⁽¹⁶⁾ แสดงว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบนี้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในทุกชุมชน ศักยภาพของผู้นำและทีม นอกจากนี้ด้านนโยบายก็มีความสำคัญเนื่องจากการพัฒนานโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการเข้าถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ⁽¹²⁾ ซึ่งแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพมีการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความรู้ ด้านการรับรู้ ด้านแรงจูงใจ การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจมีการรับรู้ที่ถูกต้อง มีเป้าหมายในการพัฒนาชัด ทำให้เกิดแรงจูงใจและส่งผลต่อการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นและประสบความสำเร็จ แสดงว่าปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานมาใช้ คือ จุดเริ่มต้นในบริบทที่เป็นอยู่ของชุมชนนั้นว่าเป็นอย่างไรทั้งสภาพปัญหา แหล่งสนับสนุนและผู้เข้ามาร่วมในการดำเนินงาน มีเทคนิคที่

ส่งเสริมให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น เห็นได้ถึงความแตกต่างของบริบทของปัญหา ไม่มีสูตรสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพและการดูแลโรคเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับบริบทที่แตกต่างกันของชุมชน สถานการณ์ที่แตกต่างกันที่ก่อให้เกิดการออกแบบกระบวนการที่แตกต่างกันไป

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม มี 8 ขั้นตอน คือ 1) ทำความเข้าใจบริบท สาเหตุ ปัญหาของชุมชน 2) เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3) การสร้างให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดความตระหนักและเสริมสร้างพลังอำนาจ 4) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน 5) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 7) จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 8) ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบที่กำหนดไว้ตามกรอบแนวคิดเนื่องมาจากการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนให้ควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้นหลักการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน ใช้กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลายและหัวใจสำคัญคือการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความเป็นหุ้นส่วนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุปัญหาและแนวทางการแก้ไข การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนจากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมและโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคม แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย คือการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ผลการสังเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) การมีแบบอย่างที่ดี 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 5) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ⁽²⁰⁻²¹⁾ ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเมื่อพิจารณาโดยรวม ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ ด้านการนำเสนอสื่อและด้านการนำไปใช้ประโยชน์พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก⁽¹⁷⁾ และองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลและแกนนำในครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 1)การเตรียมความพร้อม ด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติการดูแลและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ 2)การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง 3)การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และ 4)การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อช่วยเพื่อนแบบจิตอาสาและแบบวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำ คือการมีแรงจูงใจและมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการรับทราบผลลัพธ์และการมีเจตคติที่ดีต่อการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องมาจากโปรแกรมถูกสร้างขึ้นมาบนพื้นฐานของชุมชน (Community – Based) และแนวคิดการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากชุมชนคือ สาเหตุหลักที่สร้างให้คนในชุมชนมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จนเกิดเป็นชุดกิจกรรมที่ชุมชนสร้างขึ้นเอง คือ Wangthong Program การจัดอบรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามชุดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เป็นการให้ความรู้ภาคทฤษฎีและการฝึก

ปฏิบัติจำนวน 6 ครั้งและติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเป็นการตรวจสอบการปฏิบัติตัวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มเข้าสู่ค่าปกติและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบ้านวังทอง ประสบความสำเร็จ

นอกจากกลุ่มเสี่ยงจะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและมีเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพแล้ว อีกประการหนึ่งคือการใช้กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและได้ตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับญาติถึงการปฏิบัติตัวที่บ้านพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร และมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งทำทางออกกำลังกายและการทำงานบ้านทุกวัน จึงเห็นความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนถือได้ว่ากิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน จึงควรนำไปใช้กับการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไปและพบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น ควรมีการติดตามผลระยะยาวถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นสาเหตุหลักที่สร้างให้คนในชุมชนมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จนเกิดเป็นชุดกิจกรรมที่ชุมชนสร้างขึ้นเอง⁽¹⁸⁻²⁰⁾ การจัดอบรมตามชุดกิจกรรมเป็นระยะเวลาต่อเนื่องเป็นการให้ความรู้ภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเรื่องการปฏิบัติตัวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนทำให้เกิดความสำเร็จในการสร้างกิจกรรมการดูแลและใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holders)⁽²¹⁾ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชนและร่วมรับผลที่เกิดขึ้นมาด้วย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ก็ได้ใช้ “Wangthong Program” ช่วยเพิ่มระบบการดูแลที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งปัจจัยความสำเร็จ คือการมีส่วนร่วมดำเนินการโดยประชาชนดำเนินการร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านวังทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนากทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน วิทยากรที่ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาการวิจัย คุณสุกร โชติกคาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ(ข้าราชการบำนาญ) ผู้ประสานงาน ส่งผลให้การวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

- 1.ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
- 2.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ นโยบายสู่การปฏิบัติระบบเฝ้าระวังพฤติกรรม สุขภาพเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

ของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและการ ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกใน ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.

3.กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคดีไซด์; 2563.

4.ปิยรัตน์ ชูมี. การศึกษาระดับความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 21(1): 235 – 244.

5.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. ศรีเมืองการพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2557.

6.กองระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์ ฉบับที่ 231 (วันที่ 13 – 19 ต.ค. 2562). 2562.

7.วชิรา โพธิ์ใส. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่เวชสาร. 2564; 60(1): 63-74.

8.สมศักดิ์ เทียมเก่า. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำไปปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลทุกระดับ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.

9.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย พ.ศ.2554-2563. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2554.

10.สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปข้อมูลการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อระดับประเทศในการประชุม. กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์, 2555.

11.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. สุขภาพไทยวัฒนธรรมไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.

12.สุธาทิพย์ จันทักษ์. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562; 13(2): 67-74.

13.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก. รายงานการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอบางมูลนาก พิจิตร ปี 2564.

14.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังทอง. รายงานข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ ปี 2564 พิจิตร. 2564.

15.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion: วารสารพยาบาลสภาชาติ ไทย.2562; 12(1): 38-48.

16.พวงผกา สุวิสุธรรม. รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูนวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564; 17(2): 41-50.

17.เวธกา กลิ่นวิชิต, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, สรร กลิ่นวิชิต, พวงทอง อินใจ, คณิงนิจ อุลิมาศ,พลอยพันธ์ุ กลิ่นวิชิต. การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ปีที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล:

<http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/1912>.

- 18.นวรรตน์ โกมลวิภาต, วิลาวัลย์ อุดมการณ์. เกษตรประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะโภชนาการเกิน: วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2560; 37(2): 118 – 131.
- 19.นฤมล เพิ่มพูน และคณะ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของพนักงานในสถานประกอบการที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน: วารสารโรงพยาบาลรามธิบดี.2560; 22(2): 177– 191.
- 20.ศิลปชัย เนตรทานนท์, อุทัยวรรณ โคกตาทอง. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนเขตสุขภาพ ที่ 5: วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2564; 16(2): 8–22.
- 21.โสภณพันธ์ สะอาด. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของพนักงานในสถานประกอบการที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน. วารสารวิทยบริการ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2558; 26(2): 41– 49.