

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาวะสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอำเภอเมืองกาญจนบุรี

ณัฐฐาวรรณ เหมือนชู พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ภาวะสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตเมืองกับชุมชนเขตชนบท 2) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเฉพาะในเขตชนบท ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตเมืองกับชุมชนเขตชนบทอำเภอเมืองกาญจนบุรี จำนวน 516 คน เครื่องมือมีทั้งหมด 2 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557- เมษายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที่ (t-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตเมือง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีความเสี่ยงในระดับสูงมาก 63.1% มีความรู้ในระดับปานกลาง 36.1% มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง 48.4 % โดยระดับดีมาก มีเพียง 4 % มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนถึง 72.2 % มีความเครียดในระดับสูงถึง 44.3 % และในระดับรุนแรง 7.3% ส่วนกลุ่มเสี่ยงชุมชนเขตชนบท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่2โดยมีระดับความเสี่ยงในระดับสูงมาก 51 % มีความรู้ในระดับปานกลาง 44.2 % มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง 54.1% และในระดับดีมาก 45.9 % มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 59.4 % ความเครียดระดับสูง 47.7 % และระดับรุนแรง 5.8% เมื่อเปรียบเทียบความเครียดของเพศหญิงและเพศชายพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เพศหญิงมีความเครียดสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชนเขตชนบท จำนวน 394 คน พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น ส่วนความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรม $\bar{X} = 12.86$, $SD = 1.426$ ก่อน $\bar{X} = 11.37$, $SD = 2.346$ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมกิจกรรม $\bar{X} = 51.18$, $SD = 7.725$ ก่อน $\bar{X} = 45.96$, $SD = 6.804$ ระดับความเครียดหลังเข้าร่วมกิจกรรม $\bar{X} = 35.08$, $SD = 11.541$ ก่อน $\bar{X} = 41.68$, $SD = 12.937$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ โรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

The study of health behavioral change program with participation action research to health status of non communicable disease risk groups at Mueang Kanchanaburi District

Nattawan Muanchoo MNS.*

Abstract

This participation action research aimed to :1) study health status of NCD risk among Urban and Rural area , 2) study the result of health behavioral change program(HBC) in NCDs risk groups at rural area of Mueang Kanchanaburi District. The methodology, the course action study during October 2014 to April 2015 with purposive sampling. There were 516 volunteers from Urban and Rural area attend HBC program, the data were collected by questionnaire and focus groups. Data were analysis by the descriptive, percentage, mean, standard deviation, Pair T-Test

Result showed as followed. 1) health behavioral of NCDs urban risk groups, relative risk of diabetes mellitus type2 was at high at level 63.1%, knowledge moderate level 36.1%, dietary consumption was moderate level 48.4% and dietary consumption good level 4%,over weight and obesity 72.2%, stress high level 44.3% and stress severe level 7.3%, health behavioral of NCDs risk groups rural, relative risk of diabetes mellitus type 2 high level 51%, knowledge moderate level 44.2%, dietary consumption moderate level 54.1% and dietary consumption good level 45.9%,over weight and obesity 59.4%, stress high level 47.7% and stress severe level 5.8%, however stress level of two groups sampling female was higher than male. They were statistically significant at $p < .001$

2) The result found that the mean score of knowledge, dietary consumption in 394 samples NCDs risk groups rural after HBC program intervention were statistically significant higher that the mean score before intervention at $p < .001$ and the mean score of stress level after intervention was also statistically significant lower that the mean score before intervention at $p < .001$ (knowledge after: $\bar{X} = 12.86$, $SD = 1.426$ and before: $\bar{X} = 11.37$, $SD = 2.346$, dietary consumption after: $\bar{X} = 51.18$, $SD = 7.725$ and before: $\bar{X} = 45.96$, $SD = 6.804$, stress level after: $\bar{X} = 35.08$, $SD = 11.541$ and before: $\bar{X} = 41.68$, $SD = 12.937$)

Keywords : Health Behavior, Non Communicated Disease: NCD, Risk Group

*Registered Nurse, Professional level, Phahonphonphayahasena Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าใน ปี ค.ศ. 2010 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 285 ล้านคนและคาดว่าปี ค.ศ.2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นไปถึง 366 ล้านคน โดยร้อยละ 60 จะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในเอเชีย ทุกๆ ปี โลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 366 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สำหรับประเทศไทยพบร้อยละของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจาก มัลดีฟส์¹ โรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นเหตุให้ประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก โดยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน 47,596 ล้านบาทต่อปี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 79,263 ล้านบาทต่อปี² สถานการณ์โรคเรื้อรังในจังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ.2556 พบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจำนวน 173,628 คน เป็นกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ 984 คน (ร้อยละ 0.56) กลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 255,137 คน เป็นกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ 618 คน (ร้อยละ 0.24) และมีอัตราการอุบัติการณ์เบาหวานรายใหม่ 57.61 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี³ วิธีการดำรงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคหวานมันเค็มเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารที่ทำจากผลิตภัณฑ์จากสัตว์และไขมันที่มีพลังงานสูง การบริโภคใยอาหารที่ไม่เพียงพอ รับประทานผักน้อยลง ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย มีชีวิตที่รีบเร่งและมีความเครียดสูง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง⁴⁻⁶ มีหลักฐานทางการศึกษา

อย่างมากมายที่บ่งบอกว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ควรจะเริ่มตั้งแต่อายุยังน้อย⁷ เพื่อจะได้มีผลต่อกระบวนการทางชีววิทยาของร่างกาย เพื่อเป็นการฟื้นฟูภาวะเสี่ยงให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ⁸ แต่อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล เนื่องจากสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพนั้นมีการเชื่อมโยงหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ ทัศนคติที่เป็นเงื่อนไขเฉพาะบุคคล เช่น แบบแผนการดำรงชีวิต อาชีพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหาร ปริมาณอาหารที่รับประทาน ความวิตกกังวลจนเกิดความเครียดเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ⁹ วิถีชีวิตชุมชนของประชากรเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี และเครือข่ายบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 22 แห่ง มีประชากรจำนวน 164,835 คน พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดกรองด้วยวาจาในชุมชนเขตเมืองจำนวน 15,242 คนป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่จำนวน 599 คน คิดเป็นร้อยละ 3.92 ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 1,518 คน (ร้อยละ 12.18) ส่วนชุมชนเขตชนบทมีประชากรจำนวน 113,495 คน มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,703 คน (ร้อยละ 1.5) ผู้ป่วยความดันโลหิต จำนวน 3,208 คน (ร้อยละ 2.8) จากสถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความชุกสูงขึ้นทุกปี แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การป้องกันการเกิดโรคที่ได้ผลดีโดยเฉพาะในชุมชนเขตชนบทของอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี การจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของโรคเรื้อรังที่ผ่านมา บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นผู้คิดกิจกรรมให้แก่ชุมชนแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการกิจกรรมที่แท้จริงของชุมชน ถึงแม้ว่าจะมี

การจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพก็เป็นเพียงการตอบสนองเชิงนโยบายเท่านั้น ซึ่งส่งผลให้การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ประสบผลสำเร็จที่ยั่งยืนเพราะไม่ได้เกิดมาจากฐานคิดของชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดอัตราการเกิดโรครายใหม่และลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดูแลโรคเรื้อรังตามแนวคิด Chronic Care Model (CCM)¹⁰ และแนวคิดของกลุ่มนักวิจัยอเมริกา Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group¹⁰ มีการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชื่อว่า Lifestyle Balance พบว่าการสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังให้เข้ากิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 58

ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในอำเภอเมืองกาญจนบุรี ทั้งในด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ความรู้และความเครียด ซึ่งผลการศึกษาจะช่วยให้นักวิจัยได้กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมตามความต้องการของบริบทของชุมชน โดยเฉพาะชุมชนเขตชนบท

เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังจำนวนมากและขาดโอกาสในการเข้ากิจกรรมบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ห่างไกลชายแดนตะวันตกของประเทศไทย ซึ่งโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นประโยชน์แก่พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องในการนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังต่อไป

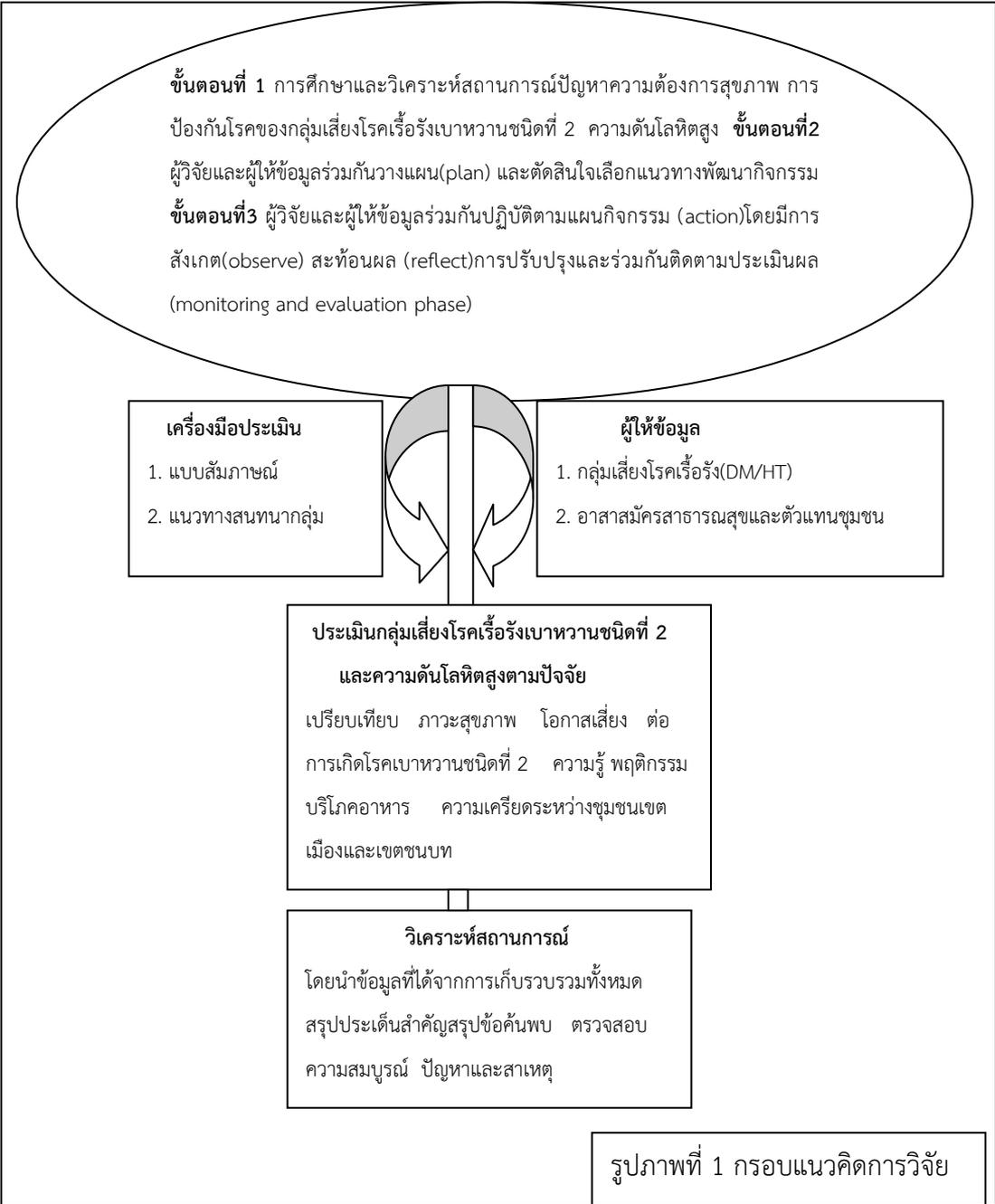
สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) ชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบท มีความแตกต่างกัน และความต้องการกิจกรรมป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) ชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบท มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (กลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) ชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบท โดยเปรียบเทียบ ความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และความเครียด

2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชนเขตชนบท



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมืองกาญจนบุรี ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 93,522 คน ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 26,136 คน มีการแบ่งเป็น 2 ลักษณะตามชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบท โดยชุมชนเขตเมืองอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จำนวน 3 ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองประกอบด้วย 1) ชุมชนตำบลบ้านไต้ 2) ชุมชนตำบลบ้านเหนือ 3) ชุมชนตำบลปากแพรกไม่มีหมูและชุมชนท่าล้อไม่มีหมู กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ซึ่งมาจากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งละ 40 คน มีกลุ่มเป้าหมายที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ จำนวน 122 คน และชุมชนเขตชนบทอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จำนวนแห่งละ 40 คน มีกลุ่มเป้าหมายที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ จำนวน 394 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 516 คน (sample size) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของ Yamane ณ ระดับความเชื่อมั่น 95%¹¹ ตามเกณฑ์นำเข้า (inclusion criteria)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase) เป็นการเข้าชุมชนเพื่อที่จะให้ชุมชนมีความพร้อมในการเข้ามามีร่วมส่วนการวิจัย และเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน 2) ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) โดยดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหาความต้องการสุขภาพและการป้องกันโรคกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มีระยะเวลา 1 เดือน ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการตัดสินใจเลือกแนวทางการพัฒนา กิจกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง มีระยะเวลา 1 เดือน และขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผน สังเกต สะท้อนผลการปฏิบัติและติดตามประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) และเครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ในการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดของกรมอนามัย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ¹³) มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 การให้คะแนนของแบบวัดความเครียด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนน 1-2-3-4-5 ซึ่งใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ โดยวัดจากหากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีจำนวน 14 ข้อ การแปลความหมายจากค่าคะแนนความรู้ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ทำการแปลผลจากการหา

ค่าคะแนนพิสัยของช่วงคะแนน (พิสัยของช่วงคะแนน เท่ากับคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย จำนวนขั้น) ที่แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้ในการสัมภาษณ์ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program)

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีคำถาม 13 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก และข้อคำถามด้านลบ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ใช้ในการสัมภาษณ์ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program)

เครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้ในการระดมสมองอาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนชุมชน เพื่อหารูปแบบกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง (NCDs) ที่เหมาะสมตามความต้องการของชุมชน โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามลำดับก่อนและหลัง โดยจำแนกเป็นชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบท

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด โดยใช้การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งหากผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน 3 คน จึงถือว่าข้อคำถามนั้นใช้ได้ แล้วผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล และสำหรับการหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ในความรู้ พฤติกรรมบริโภคอาหาร ไปทดสอบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา (try out) จำนวน 30 ราย แล้วนำมาตรวจสอบวิเคราะห์ค่าความเที่ยงในด้านความรู้ โดยใช้สูตร KR20¹¹ ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75

และด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.82¹¹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแนวทางการสนทนากลุ่ม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการประเมินหรือการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ภาวะสุขภาพ และการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ชุมชนเขตเมือง จำนวน 122 คน กับภาวะสุขภาพ และการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ชุมชนเขตชนบท จำนวน 394 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 516 คน โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วันละแห่งจนครบทุกแห่ง และใช้เครื่องมือชุดที่ 2 ในการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและตัวแทนชุมชน จำนวน 30 คน เพื่อเป็นการเข้าสู่การพูดคุยสนทนาแบบเจาะประเด็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ก่อนวางแผนและการตัดสินใจเลือกแนวทางการพัฒนากิจกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง โดยใช้เวลาหนึ่งวัน

2) การปฏิบัติตามแผนโดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและทีมสุขภาพในชุมชน ตลอดจนสะท้อนผลการปฏิบัติจากทีม

สุขภาพในชุมชนที่ร่วมคิดร่วมแก้ไขที่ช่วยทำกิจกรรม มีการติดตามประเมินการดำเนินการปฏิบัติการโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนออกแบบกิจกรรม บริการตามความต้องการที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม ท้องถิ่นของชุมชน จำนวน 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบในชุมชนเขตเมืองและ ชุมชนเขตชนบท

กิจกรรมที่ 2 การศึกษาผลของโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Health Behavioral Change Program: HBC Program) โดยเลือกศึกษาเฉพาะ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบทที่มีความใส่ใจ สุขภาพและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมจนกระทั่งสิ้นสุด โปรแกรม จำนวน 394 คน กิจกรรมจัดขึ้นที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่งๆ ละ 1 วัน เวลา 08.00-16.00 น.

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavioral Change Program: HBC Program) มีแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 คินข้อมูลภาวะสุขภาพ ชุมชนและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ทำการคัดเลือก กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังซึ่งยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และมีการสร้างความตระหนักโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และใช้เทคนิคฝึก การผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 กลุ่มที่สมัครใจร่วมกิจกรรม เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Health Behavioral Change Program: HBC Program) ที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักวิจัยอเมริกา Dr. Edward Wagner และคณะ (DDP Research Group)¹²

ประกอบด้วย 7 เทคนิค คือ 1) รับรู้ภาวะสุขภาพ ของตนเอง และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และวิธีป้องกันโรคเรื้อรัง 2) ตั้งเป้าหมายลดน้ำหนัก 0.5-1 กิโลกรัมในหนึ่งสัปดาห์ และออกกำลังกาย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 3 เดือน 3) สอน เทคนิคการติดตามการบริโภคไขมัน 4) ลดการบริโภค อาหารและสมดุลพลังงาน ผลดีของการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพ 5) เทคนิคการเอาใจใส่สิ่งแวดล้อมรอบ ตัวให้เกื้อหนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หนทาง อันสูงชันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) เทคนิค การแก้ปัญหาโต้ตอบความคิดในแง่ลบ ประเด็นทาง จิตวิทยาทางสังคมที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 7) การจัดการความเครียด และการสร้างแรงบันดาลใจ ซึ่งที่มสุขภาพประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักโภชนาการ และ อาสาสมัครเชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง หลังการนั้นมี การติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยใช้สมุดคู่มือสุขภาพ มีการบันทึกข้อมูลรายบุคคล ติดตามกลุ่มเสี่ยงให้ มี การตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร มีการบันทึกการ บริโภคอาหารใน 1 วัน กำหนดการบริโภคข้าวสวย กลุ่มผัก ผลไม้ ธัญพืช กลุ่มเนื้อสัตว์ติดมัน กลุ่มอาหาร หวานจัด ว่าได้ปริมาณลดลง เท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้น ประเมินกิจกรรมออกกำลังกาย ความต้องการตาม วิถีชุมชน เช่น เดิน เดินเร็ว เต้นแอโรบิค รำวงย่อย ยุค ถีบจักรยาน รำไม้พลองตามวิถีของชุมชน ประเมิน การจัดการทางอารมณ์และความเครียด

สัปดาห์ที่ 2-12 มีการติดตามกลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรังโดยพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ให้มีการควบคุมพลังงานและ ออกกำลังกาย ตามความต้องการและวิถีชีวิตของ บุคคล มีการบันทึกข้อมูลในสมุดคู่มือ มีการ มอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน 1 คน เป็นพี่เลี้ยงกลุ่มเสี่ยงจำนวน 10 คน ที่อยู่ในละแวก

บ้านเดียวกันให้ปฏิบัติตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง รายบุคคลจำนวน 1 ครั้ง และผู้วิจัยติดตามรายกลุ่ม เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามความถูกต้องจากบันทึกในสมุดคู่มือ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันละกัน

สัปดาห์ที่ 12 สรุปให้ความรู้ซ้ำทั้ง 7 เทคนิค ตลอดจนมีการประเมินผลพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ความรู้ และความเครียด เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนเข้ากิจกรรมและหลังเข้ากิจกรรม

การพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ 2014-03 ลงวันที่ 15 กันยายน 2557 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ พร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบนเบี่ยงมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยสถิติ t-test (Independent) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยดำเนินการจัดการข้อมูลเชิงเนื้อหาไปพร้อมๆ กันตลอดระยะเวลาวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังพบว่า ลักษณะทางประชากรของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตเมือง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.5 เป็นเพศชายร้อยละ 11.5 อายุเฉลี่ย 53 ปี ($\bar{X} = 53.0$, $SD = 8.451$) โดยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.5 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 35.2 อาชีพงานบ้านร้อยละ 33.6 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.4 สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวมีรายได้สมดุลรายจ่ายทุกเดือน แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 41.2 และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบท พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 83 เป็นเพศชายร้อยละ 17 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี ($\bar{X} = 48.72$, $SD = 9.448$) ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.2 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.1 มีอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 34.5 และอาชีพลูกจ้าง/รับจ้าง ร้อยละ 22.3 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.5 สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวมีรายได้สมดุลรายจ่ายทุกเดือน แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 44.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะประชากรกลุ่มเสี่ยง NCDs ในชุมชนเขตเมืองกับชุมชนเขตชนบท

ลักษณะประชากร	กลุ่มเสี่ยง NCDs ชุมชนเขตเมือง (N=122)		กลุ่มเสี่ยง NCDs ชุมชนเขตชนบท (N=394)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	1. เพศ			
ชาย	14	11.5	67	17
หญิง	108	88.5	327	83
2. อายุ				
35-39 ปี	8	6.6	77	19.6
40-44 ปี	18	14.8	70	17.8
45-49 ปี	20	16.4	61	15.5
≥ 50 □□□	76	62.3	186	47.2
	$\bar{X} = 53$ SD = 8.451		$\bar{X} = 48.72$ SD =9.448	
3. สถานภาพสมรส				
โสด	17	13.9	36	9.2
สมรส	75	61.5	291	74.5
หม้าย	11	9.0	39	9.9
หย่าหรือแยก	19	15.6	25	6.4
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	0	13	3.3
ประถมศึกษา	47	38.5	225	57.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	13.1	58	14.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25	20.5	54	13.7
ปวช./ปวส.	15	12.3	32	8.1
ปริญญาตรี	19	15.6	11	2.8
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	0.3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะประชากรกลุ่มเสี่ยง NCDs ในชุมชนเขตเมืองกับชุมชนเขตชนบท (ต่อ)

ลักษณะประชากร	กลุ่มเสี่ยง NCDs ชุมชนเขตเมือง (N=122)		กลุ่มเสี่ยง NCDs ชุมชนเขตชนบท (N=394)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	5. อาชีพหลัก			
งานบ้าน	41	33.6	71	18.0
รับราชการ	1	0.8	11	2.8
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.8	2	0.5
ค้าขาย	43	35.2	71	18.1
ลูกจ้าง/ รับจ้าง	18	14.8	88	22.3
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	3	2.5	136	34.5
ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากเจ็บป่วย	1	0.8	2	0.5
ว่างงาน	3	2.5	7	1.8
เกษียณ อายุราชการ	1	0.8	2	0.5
อื่นๆ เช่น อาชีพอิสระ	10	8.2	4	1.0
6. รายได้				
น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	9	7.8	37	9.9
1,000 -3,000 บาทต่อเดือน	28	24.3	75	20.1
3,001-5,000 บาทต่อเดือน	20	17.4	73	19.5
มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	58	50.4	189	50.5
7. สภาพเศรษฐกิจในครอบครัว				
รายได้สมดุลรายจ่ายและมีเงินเหลือเก็บ	19	16.0	72	18.9
รายได้สมดุลรายจ่ายแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	49	41.2	173	44.9
รายได้ไม่เพียงพอทุกเดือน	30	25.2	78	20.3
รายได้พอต่อรายจ่ายเป็นส่วนใหญ่	21	17.6	62	16.1

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงด้วยดัชนีความเสี่ยงต่อเบาหวานของไทยที่ประยุกต์/พัฒนาโดย วิชัย เอกพลากร (Diabetes Risk Score)¹⁴ ตามเกณฑ์การให้คะแนนความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) ของชุมชนเขตเมือง พบว่า ค่าเฉลี่ยโอกาสเกิดโรคเบาหวานเท่ากับ 9 คะแนน มีระดับความเสี่ยงสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 63.1 แต่ชุมชนเขตชนบท พบว่า โอกาสเกิดโรคเบาหวาน 8.21 คะแนน มี

ระดับความเสี่ยงสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 51 และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ พบว่าปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมด้านความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในทั้งสองกลุ่ม เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง NCDs ของชุมชนเขตเมืองกับชุมชนเขตชนบท

ความเสี่ยงต่อเบาหวานชนิดที่ 2 (Relative Risk: RR)	กลุ่มเสี่ยง NCDs ชุมชนเขตเมือง (N=122)		กลุ่มเสี่ยง NCDs ชุมชนเขตชนบท (N=394)	
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงน้อยคะแนน ≤ 2 (RR: 5%)	1	0.8	23	5.8
ระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นคะแนน 3-5 (RR: 8.3%)	11	9	59	15
ระดับความเสี่ยงสูงคะแนน 6-8 (RR: 14.3%)	33	27	111	28.2
ระดับความเสี่ยงสูงมาก คะแนน >8 (RR: 25-33.3%)	77	63.1	201	51
รวม	122	100	394	100
	$\bar{X} = 9.28$ SD = 2.815		$\bar{X} = 8.21$ SD = 3.392	
	Min= 0 Max =17		Min= 0 Max =17	

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program) ส่งผลให้ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบทสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (เบาหวานชนิดที่ 2/ความดันโลหิตสูง) ของชุมชนเขตชนบทก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับความรู้	กลุ่มเสี่ยง N=394 (ก่อน)		กลุ่มเสี่ยง N=394 (หลัง)		t	Sig.
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ		
ระดับน้อย (0-5 คะแนน)	212	53.8	0	0		
ระดับปานกลาง (6-11 คะแนน)	174	44.2	64	16.2		
ระดับดีมาก (12-14 คะแนน)	8	2.0	330	83.8		
รวม	394	100	394	100		
	$\bar{X} = 11.37$ SD=2.346		$\bar{X} = 12.86$ SD=1.426		10.734	.000*
	Min = 2 Max =14		Min = 2 Max =14			

* $p < .001$ (t-test Independent)

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program) ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบท มีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบทก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	กลุ่มเสี่ยง (N=394) ก่อน		กลุ่มเสี่ยง (N=394) หลัง		t	Sig.
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ		
ดีมาก (คะแนน 64 ขึ้นไป หรือ \geq ร้อยละ 80)	0	0	30	7.6		
ปานกลาง (คะแนน 48-64 หรือร้อยละ 60-79)	213	54.1	223	56.6		
น้อย (คะแนนน้อยกว่า 48 หรือ < ร้อยละ 60)	181	45.9	141	35.8		
รวม	394	100	394	100		
	$\bar{X} = 45.96$ SD = 6.804		$\bar{X} = 51.18$ SD=7.725		-9.882	.000*
	Min = 20 Max = 68		Min = 24 Max = 65			

* $p < .001$ (t-test Independent)

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program) ส่งผลให้ด้านความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบท ลดลงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความเครียดในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบทก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับความเครียด	กลุ่มเสี่ยง (N=394) ก่อน		กลุ่มเสี่ยง (N=394) หลัง		t	Sig.
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ		
ความเครียดน้อย (0-23 คะแนน)	24	6.1	74	18.8		
ความเครียดปานกลาง (24-41คะแนน)	159	40.4	199	50.5		
ความเครียดสูง (42-61 คะแนน)	188	47.7	111	28.2		
ความเครียดรุนแรง (>62คะแนน)	23	5.8	10	2.5		
รวม	394	100	394	100		
	$\bar{X} = 41.68$ SD=12.937		$\bar{X} = 35.08$ SD=11.541		7.497	.000*
	Min =20 Max = 85		Min =20 Max = 68			

* $p < .001$ (t-test Independent)

รูปแบบกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง (NCDs) ที่เหมาะสมตามความต้องการของชุมชน โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามลำดับก่อนและหลัง ด้วยการจำแนกชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบท ดังนี้ รูปแบบกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังที่ชุมชนเขตเมืองต้องการมากที่สุดและควรดำเนินการก่อน 3 อันดับแรก คือ 1) กิจกรรมออกกำลังกาย ลดพุง ลดอ้วน 2) อาหารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ

3) การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพในชุมชน ส่วนรูปแบบกิจกรรมตามความต้องการของชุมชนเขตชนบท 3 อันดับแรก คือ 1) กิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องอาหารและการออกกำลังกายโดยภาครัฐเป็นหลัก 2) กิจกรรมการให้ความรู้ นำอาสาสมัครสาธารณสุขออกเยี่ยมบ้านให้ความรู้แก่ประชาชน 3) กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ตามลำดับความต้องการของชุมชนเขตเมือง	กิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ตามลำดับความต้องการของชุมชนเขตชนบท
1. กิจกรรมออกกำลังกาย ลดพุง ลดอ้วน	1. กิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องอาหารและการออกกำลังกายโดยภาครัฐเป็นหลัก
2. กิจกรรมอาหารและสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ป้องกันโรค	2. กิจกรรมการให้ความรู้ นำ อสม. ออกเยี่ยมบ้านให้ความรู้แก่ประชาชน
3. กิจกรรมตรวจสุขภาพ คัดกรองภาวะสุขภาพในชุมชน	3. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย
4. กิจกรรมลด หวาน มัน เค็ม ลดพุง ลดโรค	4. กิจกรรมใช้สื่อเล่าเรื่องราวผ่านวงจรชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ก่อนเป็นจนกระทั่งเป็นโรคเบาหวาน เพื่อสร้างความตระหนัก ลดภาวะแทรกซ้อน
5. กิจกรรมธรรมชาติบำบัด ลดโรค	5. กิจกรรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลโรคเรื้อรัง
6. กิจกรรมให้ความรู้โรคเรื้อรัง NCDs ในชุมชน	6. กิจกรรมให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน
7. กิจกรรมปั่นจักรยานพิชิตโรค	7. กิจกรรมเมนูอาหารพื้นบ้านในชุมชน
8. กิจกรรมปลูกจิตสำนึกเยาวชนป้องกันโรคเรื้อรัง	8. กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยการวิ่ง/ ไม้พลงตอนเช้า และการปั่นจักรยานตอนเย็น
9. กิจกรรมบ้านหน้ามอง สิ่งแวดล้อมน่าอยู่เพื่อสุขภาพ	9. กิจกรรมปลูกผักพืชสมุนไพรเพื่อสุขภาพ
10. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มอ้วนลงพุง	10. กิจกรรมคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง NCDs

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ รูปแบบกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง ในชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบท ของประชากรในอำเภอเมืองกาญจนบุรี และศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเขตชนบท โดยผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ควบคู่ไปกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Health Behavioral Change Program: HBC Program) ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบท จำนวน 394 คน โปรแกรมนี้ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (DDP Research Group) ของ Dr. Edward Wagner และคณะ¹² ซึ่งเป็นนักวิจัยชาวอเมริกา โดยจากการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program) ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบท ที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม จำนวน 394 คน จำแนกเป็นผลวิเคราะห์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 ด้านได้แก่ ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านความเครียด โดยด้านความรู้พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีระดับความรู้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และด้านความเครียดพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้ เนื่องจากองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ประการที่ 1 การมีโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 7 เทคนิค ที่มีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่ใส่ใจสุขภาพ โดยโปรแกรมนี้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยในอำเภอ

เมืองกาญจนบุรี ประการที่ 2 การมีทีมสุขภาพที่มาจากภาครัฐและภาคชุมชนที่มีความพร้อม ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักโภชนาการ อาสาสมัครเชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง และตัวแทนที่มาจากบุคคลในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยจากตัวแทนชุมชนมีโอกาสเสนอความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน (Plan) และการดำเนินการตามกิจกรรม (Action) ผู้ร่วมวิจัยมีโอกาสในการค้นหาข้อมูล สังเกต (Observe) และมีการสะท้อนคิด (Reflect) เหตุการณ์ด้วยตนเอง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการปฏิบัติงาน ในสถานการณ์ปัจจุบันที่กำลังดำเนินการอยู่จนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย และ ประการที่ 3 มีการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โดยใช้สมุดคู่มือการดูแลสุขภาพ มีการบันทึกข้อมูลรายบุคคล ติดตามกลุ่มเสี่ยงให้มีการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยมีการบันทึกการบริโภคใน 1 วัน กำหนดการบริโภคข้าวสวย กลุ่มผัก ผลไม้ ธัญพืช กลุ่มเนื้อสัตว์ติดมัน กลุ่มอาหารหวานจัด ว่าได้ปริมาณลดลง เท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้น ประเมินกิจกรรมออกกำลังกาย และความถี่ตามวิถีชุมชน เช่น เดิน เดินเร็ว เต้นแอโรบิค รำวง ย้อยยูก ถีบจักรยาน รำไม้พลองตามวิถีของชุมชน มีการประเมินการจัดการทางอารมณ์และความเครียด มีการติดตามรายกลุ่มโดยนักกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และมีการติดตามรายบุคคล 1 ครั้งโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของแต่ละโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนั้นมีการมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญ 1 คน เป็นพี่เลี้ยงดูแลกลุ่มเสี่ยง 10 คน ที่อยู่ในละแวกหมู่บ้านเดียวกันให้ปฏิบัติตามโปรแกรม มีการกระตุ้นให้

เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้วิจัยเดือนละครั้ง เพื่อบันทึกความถูกต้องและพัฒนากิจกรรมให้เป็นปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน^{10,15-16} จนกระทั่งส่งผลให้ ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังชุมชนเขตชนบท เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงของสหรัฐอเมริกา โดยใช้ Diabetes Prevention Program¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Modification) จำนวน 1,079 ราย โดยมุ่งเน้นการบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ลดน้ำหนักตัวร้อยละ 7 และออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ภายใน 24 สัปดาห์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38 สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย เมื่อติดตาม 2.8 ปี และกลุ่มที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 58 และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของกลุ่มนักวิจัยชาวอินเดียที่มีแนวคิดในการใช้โปรแกรมการป้องกันและการจัดการโรคเบาหวาน (The Diabetes Prevention and Management Program) พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ในการจัดการกับโรคเบาหวานได้เพิ่มขึ้น และยังพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์เบาหวานในกลุ่มที่มีภาวะก่อนเบาหวานในผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 11¹⁶ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ได้รับระบุว่า พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) ชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบทมีความแตกต่างกัน และความต้องการกิจกรรมป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (NCDs) ในชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบทมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้เรียนรู้การทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HBC program) ไปใช้ในการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังได้ เนื่องจากมีบริบทพื้นที่คล้ายคลึงกันแบบภาคกลาง และสามารถนำรูปแบบกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 หรือกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงได้อย่างต่อเนื่อง โดยเป็นแผนสุขภาพตำบลเพราะเป็นกิจกรรมที่เกิดจากความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The World Health Statistics 2012. Retrieved March 19, 2014 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552 แผนงานยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาวะโรคและสุขภาพของประชากรไทย. กรุงเทพฯ, 2556.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. รายงานสถิติการคัดกรองโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดกาญจนบุรี. เอกสารอัดสำเนา, 2557.
4. นารีลักษณ์ นิ่มน้อย. โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ในวีรศักดิ์ ศรีนินภากร, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, ทองคำ สุนทรเทพวารากุล, สถิต นิรมิตมหาปัญญา.โรคเบาหวาน : Case Approach for Diabetes Mellitus Management. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร, 2553.

5. ชัยชาญ ตีโรจนวงศ์. โรคอ้วน. ในสูงชัย อังธารารักษ์, เพชรรัตน์ ดุสิตานนท์, สกานต์ บุณนาค, วิรุฬห์ ลิขิตเลิศล้ำ. อายุรศาสตร์ 2009. กรุงเทพฯ: ซีดีพีรีน, 2552.
6. วิโรจน์ เขียมจรัสรังสี และวิฑูรย์ โสสุนทร. การปรับวิถีชีวิตในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(3): 464-475, 2551.
7. Perreault, L., Kahn, S.E., Christophi, C.A., Knowler, W.C., Hamman, R.F. The Diabetes Prevention Program Research Group: Regression from Pre-Diabetes to Normal Glucose Regulation in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*, 32(9): 1583-1588, 2009.
8. Elley, C., Bramley, D., Robinson, E., Dury, P., Kenely, T. Derivation and Validation of a New Cardiovascular Risk Score for People with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 33(6):1347-1352, 2010.
9. Siminerio, L.M., Pitt, G., & Zgibor, J.C. Implementing the Chronic Care Model for Improvements in Diabetes Care and Education in a Rural Primary Care Practice. *Diabetes Educator*, 31 (2) : 225- 234, 2005.
10. The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of Lifestyle Intervention. *Diabetes Care*, 25(12): 2165-7110, 2002.
11. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด, 2547.
12. Goldberg, R.B., Mather, K., Temprosa, M., Marcovina, S., Haffner, S., Saudek, C. et al. Effect of Progression From Impaired Glucose Tolerance to Diabetes on Cardiovascular Risk Factors on its Amerlioration by Lifestyle and Metformin Intervention. *Diabetes Care*, 32(4): 726-732, 2009.
13. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาล และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. แบบวัดความเครียดสวนปรุง. ลำปาง:โรงพยาบาลสวน ปรุง, 2545.
14. วิชัย เอกพลากร. รายงานการศึกษาพัฒนา ดัชนีความเสี่ยงต่อเบาหวาน: Diabetes Risk Score. กรุงเทพฯ:สำนักงานพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2548.
15. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-52. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์, 2554.
16. Balagopal, P., Patel, T.G., Kamalamma, N., Misra, R. A Community-Based Diabetes Prevention and Management Education Program in a Rural Village in India. *Diabetes Care*, 31(6): 1097-1104, 2008.