

บทความวิจัย

การพัฒนาพหุโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มวัยทำงาน: กรณีศึกษาบ้านลานข่อย

โสภิตา สุขจรุง*

รุธานา ยาชะรัต* นาดิยะะ ปือชา*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลของพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานอายุ 20-59 ปี ในชุมชน และแกนนำสุขภาพ จำนวน 53 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน มีโรคประจำตัวสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผลของพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอน และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่า $t = 2.972$ 2.520 3.963 2.019 และ 2.212 ตามลำดับ) ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.24$ 3.13 และ 2.22 ตามลำดับ) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน

พหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมส่งเสริมแบบแผนสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มวัยทำงานในชุมชน

คำสำคัญ: พหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ/การอมสุขภาพ/กลุ่มวัยทำงาน/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วันที่รับบทความ: 13 ธันวาคม 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 6 เมษายน 2567

*ผู้รับผิดชอบหลัก : โสภิตา สุขจรุง ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

E-mail : sopida161@gmail.com

*กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

The Development of a multiple-health promoting program to prevent chronic non-communicable diseases in the working- age group: Case study of Ban Lan Khoi

Sopida Sukjarung*

Ruhana Yacharat* Nadeeyah Bersa*

ABSTRACT

This action research aimed to examine the health behavior situation, develop a multi-health promotion program, and evaluate the effectiveness of multi-health promotion program for prevention of non-communicable diseases (NCDs) among working-age groups in the community. The study samples consisted of 53 community dwellers and health leaders aged 20-59 years. Data was collected using questionnaires, in-depth interviews, and a multi-health promoting program.

The research findings revealed that the top three chronic illnesses among working-age people were diabetes, hypertension and dyslipidemia. The results of the multi-health promotion program found that eating behavior, drinking water, exercising, sleeping, and breast self-examination were significantly different after intervention ($t = 2.972$ 2.520 3.963 2.019 and 2.212 respectively). In addition, body mass index, waist circumference, and diastolic blood pressure were significantly different after receiving the program ($t = 3.24$, 3.13 and 2.22 respectively). However, there were no differences in systolic blood pressure and blood sugar levels after receiving the program.

This multi-health promoting program in preventing non-communicable diseases could be used to promote health pattern and to change health behaviors in order to prevent chronic non-communicable diseases in the working-age population in the community.

Keywords: Multi-Health Promotion Programs/Health Savings/working age group/chronic non-communicable diseases

Article info: Received: December 13, 2023, Revised: February 2, 2024, Accepted: April 6, 2024

Corresponding Author: Sopida Sukjarung Health Center 12, Yala, Mueang District, Yala Province E-mail: sopida161@gmail.com

*Health Promotion Development Group Health Center 12 Yala, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non Communicable Diseases (NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ในประเทศไทย กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ของประเทศ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด(หมายถึง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง พบแนวโน้มความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น¹ จากรายงานสถิติ สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี² จากรายงานกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2564 พบว่าโรค NCDs ในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตปีละกว่า 3.2 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมา คือโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 126.3 52.8 และ 32.6 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ และอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง พบสูงขึ้นประมาณร้อยละ 24.7 หรือ

จำนวนประมาณ 13 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีระยะเวลานานหรือคิดเป็นร้อยละ 22 ของ Gross National Demotic Produce(GDP)³ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ หัวใจในการกำหนดสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายสถานะสุขภาพที่ดีกว่ารายได้การมีงานทำ ระบบการศึกษา เชื้อชาติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะชีวิตสำคัญในการสร้างต้นทุนสุขภาพให้มีการดำเนินอย่างมีคุณภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากการภาวะอ้วน การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย ดื่มสุรา ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะความเครียด การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนไทย⁴ ข้อมูลภาวะสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่ ในระบบรายงาน HDC สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลสถานการณ์ดัชนีมวลกายปกติของประชาชนวัยทำงาน อายุ 18 – 59 ปี 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2562 – 2564) ระดับประเทศ พบ ร้อยละ 51.96, 48.8 และ ร้อยละ 47.94 ตามลำดับ และข้อมูลสถานการณ์ดัชนีมวลกายปกติของประชาชนวัยทำงาน อายุ 18 – 59 ปี 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2562 – 2564) ระดับเขตสุขภาพที่ 12 พบ ร้อยละ 41.96, 41.71 และ ร้อยละ 40.97 ตามลำดับ พบว่าดัชนีมวลกายปกติของประชาชนวัยทำงาน

อายุ 18 – 59 ปี มีแนวโน้มลดลงทุกปี ทั้งในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพที่ 12 คนวัยทำงานมีภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วน เพิ่มมากขึ้น และข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนวัยทำงาน ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 4 ปี ย้อนหลัง (ปี 2562 – 2565) ระดับประเทศ พบร้อยละ 25.3, 36.5, 45 และร้อยละ 43.4 ตามลำดับ ระดับเขตสุขภาพ ที่ 12 พบร้อยละ 21.1, 31.5, 40.7 และร้อยละ 31.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีแนวโน้มลดลงทั้งในระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพที่ 12 พบว่าพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ภาวะเครียด รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ปัจจัยสำคัญ คือ การบริโภคอาหารที่หวานจัด ไขมันสูง รสเค็มจัด เครื่องดื่มรสหวาน น้ำอัดลม สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว⁵

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura, 1989 ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ แนวคิดกำกับตนเอง กระบวนการตัดสินใจ ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจในการมีพฤติกรรมนั้นและช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วม เน้นการพัฒนาแกนนำสุขภาพ การจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาทักษะการกำกับตนเอง และดูแลตนเอง

เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อสุขภาพที่ดี โดยเน้นบูรณาการ 9 พฤติกรรมสำคัญ (พหุโปรแกรม) “3อ. 2ส. 3น. 1พ.” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ การดื่มน้ำ การนอน การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และมี กิจกรรมสำคัญ ของ โปรแกรม คือ การบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพ “ออมสุขภาพ” รายวัน และรายเดือนของ กลุ่มแกนนำสุขภาพ (กลุ่มทดลอง) และใช้แนวคิดของการประกันสุขภาพ (Health Insurance) มาส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) สนับสนุนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล และกลุ่ม เพื่อให้ประชาชนมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) การจัดการปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁷ และประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และภาวะสุขภาพที่ดี เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในพื้นที่วิจัย
2. เพื่อศึกษาแนวทาง และองค์ประกอบ การพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประชาชนวัยทำงาน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และภาวะสุขภาพที่ดี

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการนำหุโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ กลุ่มแกนนำสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพ “3อ.2ส. 3น.1ฟ.” ที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง
2. หลังการนำหุโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ กลุ่มแกนนำสุขภาพ มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ภาวะน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการ ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน โดยดำเนินงาน ดังนี้ 1) ลงพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ จัดสนทนากลุ่ม กับผู้บริหาร แกนนำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) รับผิดชอบการดูแลสุขภาพในชุมชนพื้นที่วิจัย จำนวน 10 คน สัมภาษณ์เจาะลึก ดูแนวคิดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและกระบวนการจัดการสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมในระยะวินิจฉัยปัญหา (Problem Diagnosis) โดยใช้แนวคิด PRECEDE Model^๑ รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาองค์ประกอบ รูปแบบพัฒนา และตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การกำหนดรูปแบบพัฒนาและแผนปฏิบัติการ ดังนี้ 1) ประชุมทีมผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดรูปแบบ และวางแผนเพื่อการจัดการดำเนินงานพัฒนารูปแบบหุโปรแกรมฯ 2) รับสมัครอาสาสมัคร วิทยากร

อายุ 20-59 ปี เป็นแกนนำสุขภาพเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา 3) กำหนดรูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วม และใช้กระบวนการกลุ่ม 4) พัฒนาเครื่องมือการบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคล รายวัน และรายเดือนของกลุ่มแกนนำ เพื่อรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ 9 พฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนวดตัม การออกกำลังกาย การมีอารมณ์ไม่เครียด การนอนหลับ การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง) ตรวจสอบการพัฒนา รูปแบบ และการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ เชี่ยวชาญที่ เลือ กแบบเจาะจง เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการวิจัย และด้านสาธารณสุข จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัย จำนวน 3 คน ดำเนินการในรูปแบบการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง โดยประชุมวางแผนผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องพร้อมกัน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุปในการพัฒนา กำหนดเป็นรูปแบบหุโปรแกรมฯ สรุป ปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาความตรงประเด็น ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการดำเนินการจริง 5) สร้างแบบสอบถามและแนวทางการเก็บข้อมูลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ใน 9 พฤติกรรม และสถานะสุขภาพของคนวัยทำงานในชุมชน โดยนำไปทดลองกับกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ ทาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และ ค่าความ เชื่อ มั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

(Alpha-Coefficient) ด้วยสถิติตามวิธี cronbach' alpha coefficient ในช่วง 0.7-0.9 (Cronbach, 1990, p.202-204)⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแผน มีกิจกรรมสำคัญ คือ 1) กำหนดแผนการปฏิบัติงานและจัดทำปฏิทินการปฏิบัติงาน วางแผนการพัฒนาร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และรับสมัครแกนนำสุขภาพ (กลุ่มทดลอง) ในพื้นที่วิจัย 2) สืบหาข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และสถานะสุขภาพของกลุ่มแกนนำสุขภาพ (กลุ่มทดลอง) ชาย-หญิงวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี จำนวน 53 คน โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการศึกษา 3) จัดเวทีคืนข้อมูลจากการสำรวจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการ ระยะเวลาและบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง 4) จัดกิจกรรมพัฒนาแกนนำ สร้างความรอบรู้ในกลุ่มแกนนำที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา จำนวน 53 คน โดยจัดฐานการเรียนรู้ ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ครอบคลุม 9 พฤติกรรม “3อ. 2ส. 3น. 1ฟ.” จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 วันต่อครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ฐานการเรียนรู้ พฤติกรรมสุขภาพเรื่อง 3อ. 1น. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และการดื่มน้ำ) ครั้งที่ 2 ฐานการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่อง ส.2 1ฟ. (สุรา สูบบุหรี่ และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน) ครั้งที่ 3 ฐานการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่อง 2 น. (การนอนที่มีคุณภาพ และการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง) เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการกลุ่ม สอน-สาธิต และฝึกปฏิบัติ สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่

การสร้างสุขภาพที่ดี¹⁰ 5) การบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพ 9 พฤติกรรม (3อ. 2ส.3น.1ฟ.) ของกลุ่มแกนนำ โดยแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แนะนำการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคล รายวัน และรายเดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2565 เป็นเวลาจำนวน 9 เดือน กำหนดการติดตามและประเมินผลจากสมุดบันทึกการออมสุขภาพ เดือนละ 1 ครั้ง 6) จัดเวทีประชุมแกนนำ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการบันทึกและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน/ครั้ง กำหนดการให้คะแนน แยกรายพฤติกรรม และวิเคราะห์ข้อมูลแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคล และรายกลุ่มในภาพรวม 7) ดำเนินการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁰โดยจัดกิจกรรมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ มหกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” จัดนิทรรศการ สอน-สาธิต ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 9 พฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชนจัดกิจกรรม 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง

ระยะที่ 4 ประเมินผล (Evaluation)

การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้ 1) ประเมินผลจากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ประเมินผลลัพธ์การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการออมสุขภาพ ด้วยพหุโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำ จากค่าคะแนนของการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน 9 พฤติกรรม และประเมินผลลัพธ์ต่อภาวะ

สุขภาพ จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในนิคมบ้านลานข่อย เปรียบเทียบผลปี 2564 และปี 2565

3) การสนทนากลุ่มถอดบทเรียนประสบการณ์ของกลุ่มแกนนำสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาความรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและผลการปฏิบัติในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ใน 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านลานข่อย/หมู่ที่ 2 บ้านห้วยหลุด /หมู่ที่ 6 บ้านมาดนั่ง และหมู่ที่ 7 บ้านห้วยศรีเกษร ในตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 1,824 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการดำเนินงานตามขั้นตอนศึกษาวิจัย ดังนี้

1) การทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน ประกอบด้วยผู้บริหารเทศบาลตำบลลานข่อย ผู้นำชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่วิจัย จำนวน 10 คน

2) กลุ่มแกนนำที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา(กลุ่มทดลอง) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เป็นประชากรวัยทำงานชาย-หญิง อายุ 20-59 ปี ในพื้นที่วิจัย ที่สมัครใจ ยินยอม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดกระบวนการศึกษา ไม่กำหนดเพศชาย – หญิง จำนวน 53 คน

3) กลุ่มตัวอย่างถอดบทเรียนประสบการณ์การพัฒนา กลุ่มแกนนำสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 4 คน ได้แก่

แกนนำที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา จำนวน 1 คน

เครื่องมือการวิจัย และการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 5 ตอนประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิด มีตัวเลือก

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิดมีตัวเลือก และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง สันรอบเอว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินอาหาร จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็น Rating scale 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน = ไม่ได้ทำเลย 1 คะแนน = ทำได้บ้าง 2 คะแนน = ทำได้ดี

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิดมีตัวเลือก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถาม

ปลายปีมีตัวเลือกในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง
เพิ่มข้อคำถามพฤติกรรมตรวจมะเร็งเต้านม
ด้วยตนเอง จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบสอบถาม
ปลายปีมีตัวเลือก

2) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ หรือ
สมุดบันทึก “ออมสุขภาพ” ซึ่งออกแบบขั้นตอน
พัฒนารูปแบบกิจกรรมในการสะสม 9 พฤติกรรม
เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมี 5 พฤติกรรม
หลัก (1.อาหาร 2.การดื่มน้ำ 3.ออกกำลังกาย
4.อารมณ์ 5.การนอนหลับ) และ 4 พฤติกรรม
รอง (1.การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน
2.การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 3.ไม่ดื่มสุรา
4.การไม่สูบบุหรี่) ใช้เก็บข้อมูลการบันทึก
พฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครแกนนำ
สุขภาพ รายวัน รายเดือน มีหลักเกณฑ์การสะสม
คะแนน ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอน การตรวจ
คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพ
ช่องปากและฟัน มี 3 ระดับ คือ ไม่ได้ทำ
เลย ทำได้บ้าง และทำได้ดี มีเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้ 0 คะแนน = ไม่ได้ทำเลย 1 คะแนน = ทำ
ได้บ้าง 2 คะแนน = ทำได้ดี พฤติกรรมการตรวจ
สุขภาพช่องปากและฟัน 2 ครั้ง/ปี มี 2 ระดับ คือ
ไม่ได้ตรวจ และตรวจ 0 คะแนน = ไม่ได้ตรวจ
2 คะแนน = ตรวจ พฤติกรรมการจัดการอารมณ์
ความเครียด สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
มี 2 ระดับ คือ มีหรือทำ และไม่มีหรือไม่ทำ 0
คะแนน = มี หรือทำ 2 คะแนน = ไม่มี หรือ
ไม่ทำ อธิบาย 9 พฤติกรรมสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ย
เต็ม 2 คะแนน แบ่งเป็น ระดับดี (1.28 –
2 คะแนน) ระดับพอใช้ (0.68-1.27 คะแนน)
และต้องปรับปรุง (0.00 – 0.67 คะแนน)

วิเคราะห์รวบรวมคะแนนรายพฤติกรรม แปลผล
ระดับพฤติกรรม โดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณ
ค่า (Rating Scale) (Likert : 1961)¹²

3) เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
ประเด็นคำถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูล
สำคัญ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group)¹³
ในขั้นตอนการศึกษา ระยะเวลาที่ 1 และระยะที่ 4

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยและครั้งนี้ ผ่านความ
เห็นชอบได้รับการรับรอง อนุมัติจริยธรรมวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยกรมอนามัย
ระดับภาคใต้ รหัสโครงการวิจัย HPC12 - 13/64
วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจง
วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง
สามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา
มีการคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล ไม่มีการบันทึกชื่อ
ของผู้ให้ข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์
เปรียบเทียบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม
สุขภาพก่อนและหลังศึกษา โดยใช้ช่วงของค่า
ต่ำ - สูงสุด และความสัมพันธ์ Paired T - Test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
สังเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล ใช้ลักษณะ Content
Analysis จากเนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้
จากการถอดเทปเสียงโดยผู้วิจัยอีกท่านที่ไม่ได้
เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อป้องกันความ
ลำเอียงของข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้อง
ของข้อมูลก่อนดำเนินการจากผู้วิจัยทั้งสองท่าน
อย่างเป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพในครั้งนี้นำไปใช้ในการอภิปราย
สนับสนุนผลการการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงปริมาณในประเด็นที่สอดคล้องกัน

ผลการวิจัย

**การทำความเข้าใจ วินิจฉัยปัญหา(Problem
Diagnosis)พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัญหา
สุขภาพ และกระบวนการจัดการสุขภาพของ
คนในชุมชน**

การสะท้อนความคิดเห็นต่อพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และกระบวนการ
จัดการสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งได้จากการ
สนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน
ดังนี้

1) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ
คนในชุมชน สาเหตุและประเด็นที่น่าเป็นห่วง
มีดังนี้ คนในชุมชนไม่ตระหนักเรื่องสุขภาพ คน
ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันใน
เลือดสูงเพิ่มขึ้น กลุ่มสตรีพบเป็นมะเร็งเต้านม
สาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การกิน
อาหารไม่ถูกต้อง ไม่ปลอดภัย กินหวาน มัน เค็ม
ไม่กินผัก ผลไม้ ดื่มน้ำหวาน ไม่ออกกำลังกาย
การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ยกตัวอย่างความ
คิดเห็น ในกระบวนการจัดการสุขภาพในชุมชน
“อยากให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักเรื่องของ
การปรับเปลี่ยนสุขภาพ..[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2,5,8]

2) รูปแบบในการพัฒนาการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง-ลดโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง แก่
ประชาชนในชุมชนโดยใช้เวทีการประชุม
ประจำเดือนของหมู่บ้าน พัฒนาการรู้แกนนำใน
ชุมชน หรือ อสม. เพื่อไปแนะนำบอกต่อคนใน
ชุมชนได้ ยกตัวอย่าง ดังนี้ “มีกิจกรรมที่ให้คน

ในชุมชนมีส่วนร่วม..ทำให้คนในชุมชนเป็นเจ้าของ
ปัญหาสุขภาพ [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1,5,8,9]”
กิจกรรมของชุมชนที่คิดว่าทำได้ดีอยู่แล้ว ได้แก่
การรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน
การส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนมีการปลูกผักกินเอง
และมีการคัดกรองตรวจสุขภาพของประชาชน
ทุกปี

**การพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริม
สุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน
ชุมชนบ้านลานข่อย**

ผลการวิจัยจากการระดมความเห็นจาก
ผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนใน
ระยะที่ 1 และผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดเป็น
รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วน
ร่วม สรุปรูปแบบปรับแก้ไข และการทดลอง
ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีองค์ประกอบ
ที่เกี่ยวข้อง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสร้าง
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 2) การพัฒนาแกนนำสุขภาพในชุมชน (Health
leader) 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่
เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) การรณรงค์
ประชาสัมพันธ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสำรวจ
ข้อมูลสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อ
สุขภาพของคนวัยทำงานในชุมชนพื้นที่วิจัย
2) การคืนข้อมูลผลการสำรวจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องใน
ชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ
จัดกิจกรรมในรูปแบบฐานการเรียนรู้
พหุโปรแกรม 9 พฤติกรรม “3อ.2ส.3น.1พ.”
สอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ โดยผู้เชี่ยวชาญ
4) การจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 9 พฤติกรรม
รายวัน และรายเดือน 5) การกำกับ ติดตามผล

การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ รายวัน รายเดือน ของกลุ่มแกนนำ 6) การขยายผล การสื่อสาร สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนโดยแกนนำสุขภาพ 7) การสร้างแรงจูงใจแก่แกนนำที่มีผล การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีคุณสมบัติเป็น บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ (Health model) 8) กิจกรรมการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ มหกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และขั้นตอนการประเมินผลก่อนและหลังการ ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในชุมชน 2) ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มแกนนำ จากการจดบันทึกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “ออมสุขภาพ” 3) ประเมินภาวะสุขภาพของ กลุ่มแกนนำจากข้อมูลการตรวจคัดกรอง สุขภาพประจำปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) การสนทนากลุ่มถอดบทเรียน การเข้าร่วม กระบวนการพัฒนา

ผลลัพธ์การพัฒนาเส้นทางพหุโปรแกรมการ ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และเปรียบเทียบผล รายพฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพ

ผลการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม แกนนำ จำนวน 53 คน ภาพรวมในระยะเวลา 9 เดือน พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระดับ ดีทั้ง 9 พฤติกรรม ผลการทดสอบผลลัพธ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลัง เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา พบว่า พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอน และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (ค่า $t = 2.972$ 2.520 3.963 2.019 และ -2.212 ตามลำดับ) ผลการทดสอบ ผลลัพธ์พฤติกรรมด้านอารมณ์ การดูแลสุขภาพ ช่องปากและฟัน การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่ม สุราไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

Table 1 Health savings results, details according to 9 health behavior issues (n=53)

Behavior	Health savings results (1month)	Health savings results (3month)	Health savings results (6month)	Health savings results (9month)	Health savings results (Total)	t	Sig. (2-tailed)
1. Food consumption behavior	1.53	1.61	1.62	1.64	1.60	2.972	.004*
2. Water drinking behavior	1.68	1.75	1.79	1.80	1.76	2.520	.015*
3. Emotional behavior continuous	1.90	1.89	1.90	1.91	1.90	.337	.738

Behavior	Health savings results (1month)	Health savings results (3month)	Health savings results (6month)	Health savings results (9month)	Health savings results (Total)	t	Sig. (2-tailed)
4. Exercise behavior for 30 minutes	1.31	1.39	1.47	1.50	1.42	3.963	.000*
5. Sleeping behavior	1.69	1.74	1.87	1.77	1.73	2.019	.049*
6. Oral health care behaviors	1.84	1.89	1.89	1.88	1.87	.994	.349
7. Non-smoking behavior	1.92	1.94	1.93	1.93	1.93	1.192	.239
8. Behavior of not drinking alcohol	1.86	1.87	1.87	1.94	1.89	1.388	.171
9. Breast self-examination behavior	1.91	1.87	1.84	1.86	1.87	-2.212	.031*

Note: Health savings results level greater than 1.28 – 2 is at the good level

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กับภาวะสุขภาพของกลุ่มแกนนำ (ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม)

ผลการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแกนนำ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure)

ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา พบว่าค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวเพศหญิง และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t = 3.24, 3.13$ และ 2.22 ตามลำดับ) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน ก่อน-หลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกัน ดังใน (ตารางที่ 2)

Table 2 Compare and contrast health conditions and related factors of leaders before and after participating in the development process (n = 53)

Health conditions and related factors	Before testing		After testing		Df	t	p-value	95% CI	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				lower	upper
BMI	24.85	2.86	24.35	2.82	52	3.241	.002	.189	3.241
Waistline male	91.5	.000	91.5	.500	3	1.000.	.391	-.546	1.046
Waistline female	84.70	.422	82.37	.481	48	2.203	.032	.011	.234
Fasting blood sugar	99.15	12.06	98.64	13.99	52	.275	.785	-3.210	.275
Systolic blood pressure	117.65	11.53	117.36	8.93	52	.239	.812	-2.134	.239
Diastolic blood pressure	76.69	8.20	74.36	7.53	52	2.226	.028	.265	4.388

* Waistline Male n=4 Waistline Female n=49

ผลการถอดบทเรียนประสบการณ์ การพัฒนาของกลุ่มแกนนำสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

(1) ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ถอดบทเรียนประสบการณ์ในกลุ่มตัวอย่างแกนนำสุขภาพ สะท้อนความคิดเห็นในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาครั้งนี้ ดังตัวอย่างข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

1) การทำพฤติกรรมสุขภาพ 9 พฤติกรรม ในแต่ละวัน (3อ. 2ส. 3น. 1ฟ.) พฤติกรรมสุขภาพที่ทำได้ทุกวัน เป็นนิสัย ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ลดอาหารรสจัด (หวาน/มัน/เค็ม) พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้หรือทำได้บ้างในแต่ละวัน ได้แก่ การนอนครบ 6 – 8 ชั่วโมง เนื่องจากการประกอบอาชีพทำสวนยางพาราส่งผลกระทบต่อารนอน และการแปรงฟันที่ถูกรวิธี ตัวอย่างความคิดเห็น “พฤติกรรม

การแปรงฟัน สูตร 2-2-2 ..ความแรงรีบจึงไม่สามารถแปรงฟันใช้เวลานาน 2 นาทีได้.. [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1]” ส่วนพฤติกรรมสุขภาพเรื่องที่ทำไต่ยาก ได้แก่ การบริโภคอาหาร เช่น การกินผักตามปริมาณที่แนะนำให้กินผัก 5 ทัพพีต่อวัน บางวันไม่สามารถกินได้ตามสัดส่วนที่แนะนำ ยกตัวอย่างความคิดเห็น “ผักซื้อจากตลาดกั่วงวล เรื่องยาฆ่าแมลง..เน้นกินผักที่ปลูกเองบางวันกินไม่ได้ตามปริมาณที่แนะนำ..[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1]”

2) การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 9 พฤติกรรม ในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นตรงกัน มีการบันทึกเป็นประจำทุกวัน เพราะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จะบันทึกก่อนนอนทุกวัน ความมั่นใจต่อความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกพบว่า พฤติกรรมอื่น ๆ มั่นใจว่าบันทึกได้ถูกต้อง

ตามความเป็นจริง แต่ไม่มั่นใจเรื่องการบริโภคอาหารตามสัดส่วน ปริมาณที่แนะนำ และส่วนใหญ่เห็นว่าไม่มีความลำบากในการบันทึก ยกตัวอย่างความคิดเห็น “การบันทึกพฤติกรรมไม่สร้างความลำบาก ช่วงแรกมีปัญหาในการลืมนบันทึก แต่เห็นผลจากการบันทึกเหมือนได้พบทวนพฤติกรรมตัวเองทุกวัน ช่วยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี..[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1,2 และ3]”

3) การเรียนรู้ที่เกิดจากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพแต่ละวัน ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิธีการบันทึกข้อมูลพฤติกรรม ส่วนใหญ่เห็นว่า การบันทึกที่อ้อมสุภาพสามารถทำได้ การบันทึกพฤติกรรมทุกวันเกิดผลที่ดีต่อสุขภาพแบบไม่คาดคิด วิธีการบันทึกที่อ้อมสุภาพควรทำรูปแบบในการบันทึก 2 แบบ คือ การบันทึกลงในสมุดบันทึกที่อ้อมสุภาพ..เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สะดวกในการใช้โทรศัพท์ และควรทำแบบบันทึกเป็นแอปพลิเคชัน เพื่อบันทึกในโทรศัพท์ ยกตัวอย่างความคิดเห็น “ควรเพิ่มเติมคำแนะนำในคู่มือหรือสมุดบันทึก โดยแปรผล หรือให้คำแนะนำพฤติกรรมทันทีที่มีการบันทึก และต้องมีการสร้างแรงจูงใจ ให้คนที่พฤติกรรมและสุขภาพที่ดี[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3]”

(2) ผลการถอดบทเรียนประสบการณ์การพัฒนาของผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาสะท้อนความคิดเห็น ดังนี้

1) ความคิดเห็นในฐานะที่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างสุขภาพคนในชุมชน “การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษา...

ช่วยแก้ปัญหาด้านอื่นๆได้อีกหลายปัญหา[ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพ.สต.]” เป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน “สร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตัวเอง และมีความตระหนัก และให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น[ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพ.สต.]”

2) ความมั่นใจในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “อ้อมสุภาพ” เห็นด้วยกับรูปแบบการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “ผมมีความเชื่อมั่นว่า การบันทึกพฤติกรรมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ แก่นำสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรม มีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ นำมาใช้ในการตรวจเช็คพฤติกรรม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลดีต่อสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด [ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพ.สต.]”

3) เสนอแนะเพื่อพัฒนาใช้ประโยชน์ของวิธีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “รูปแบบการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบสมุดบันทึกที่ใช้ชื่อย่อก็ได้ แต่ถ้าปรับเป็นรูปแบบ ของแอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ น่าจะดีกว่าและง่ายกว่าพัฒนาให้มีการแปรผลข้อมูลคืนกลับให้ผู้บันทึกได้เลยน่าจะดีมาก ตอนนี้อย่างน้อยมีโทรศัพท์มือถือที่เป็น Smart Phone ใช้กันมากขึ้นแล้ว [ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพ.สต.]”

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในชุมชนมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในภาวะอ้วน เพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวเกินเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง และพบว่า มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงสภาวะสุขภาพ และ

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพในชุมชน รูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชาชนวัยทำงาน ในชุมชนบ้านลานข่อย ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 2) การพัฒนาแกนนำสุขภาพในชุมชน (Health leader) 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ จากผลการศึกษาส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลลัพธ์ต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา และกิจกรรมการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพรายวัน รายเดือนทำให้เกิดการ “อมสุขภาพ” โดยการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเองประจำวัน เป็นการตรวจเช็ค ทบทวนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ “การบันทึกไม่ลำบาก เพราะทำให้สามารถใช้ทบทวนพฤติกรรมตัวเองทุกวัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวันต่อๆ ไปได้ และรู้สึกสนุกกับการบันทึกถือว่าเป็นกิจกรรมประจำวันไปแล้ว [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3]” เกิดกระบวนการจัดการ สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเวทีต่างๆ ของชุมชนโดยแกนนำ และขยายผลไปในทุกกลุ่มวัยในชุมชนโดยการจัดเวที รณรงค์ สื่อสารประชาสัมพันธ์ มหกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” และเป็นไปในทางเดียวกับ

ศิริเนตร สุขดี 14 ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พบว่าได้ใช้แนวทางกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเข้าร่วมทดลองใช้แนวทางปรับปรุงร่วมกัน เพื่อนำไปใช้จริงจะให้ผลที่ดีขึ้น

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประชาชนวัยทำงาน ในชุมชนบ้านลานข่อย พบว่า ผลการทดสอบผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวเพศหญิง และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ปริญญาธิ นิพนธ์ 15 ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า หลังทดลองการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ถอดบทเรียนในการเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการพัฒนาของกลุ่มตัวอย่าง

แกนนำสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาโดยรวม สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติ รูปแบบ พหุโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นและการดำเนินกิจกรรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน และกิจกรรมการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “ออมสุขภาพ” ส่วนใหญ่เห็นด้วยและมีความเชื่อมั่นว่าการบันทึกมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลดีต่อสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด สามารถใช้รูปแบบนี้ดำเนินการได้ต่อไป และมีความคาดหวังจะขยายผลสู่ประชาชนกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนให้มากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ “การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ดี การันต์ว่ามีการทำพฤติกรรมสุขภาพดีตรงตามที่มีการบันทึกจริง เห็นด้วยกับรูปแบบนี้ [ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพสต.] “การบันทึกพฤติกรรมของเราทุกวันคิดว่าดีมากทำแล้วได้ผลดีกับสุขภาพแบบไม่คาดคิด... [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2]” สอดคล้องกับนิลภา จิระรัตนวรรณ, สุคนธ์ วรรณขอมร และศรีสุตา รัศมีพงศ์16 พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพแต่ละกลุ่มวัย โดยการดำเนินการขององค์กรหลักในพื้นที่ โดยชุมชนมีการดูแลกันเอง ร่วมคิด ร่วมวางแผน กับหน่วยงานหลักในพื้นที่ จะช่วยสร้างกระบวนการตัดสินใจตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตที่มองเป็นองค์รวม ที่จัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการสุขภาพ เป็นประโยชน์เบื้องต้นในการปรับคุณภาพชีวิต และผลการศึกษาของ วรรณภา ประทุมโทน พนารัตน์ เจนจบ สมตระกูล ราศิริ และนันทวรรณ ธีรพงศ์17 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เพื่อศึกษาสร้าง ตรวจสอบ พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตสูงขณะคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ ความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบมีลักษณะที่ดีขึ้น

จุดแข็งของการศึกษาคั้งนี้ คือ กระบวนการพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพคั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม เป็นการออกแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการสุขภาพของตนเอง เกิดจากการระดมสมองของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจริงในชุมชน และผู้นำชุมชนผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยทำให้สามารถปรับเทคนิค วิธีการปฏิบัตินำไปใช้ได้จริง

จุดอ่อนในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาคั้งนี้ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลทำให้ขาดการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1) รูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำไปใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถจัดการตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง ในประชากรหรือพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

2) การพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังฯ ครั้งนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบกิจกรรมการพัฒนา ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้มีความมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของดำเนินกิจกรรม และส่งผลต่อการสร้างความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรทำการศึกษาพัฒนารูปแบบนี้ ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อศึกษาผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดจากการใช้พหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจบันทึกพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

References

1. Department of Disease Control. National 5-year strategic plan for prevention and control of non-communicable diseases (2017-2021). Bangkok: Emotion Art; 2021.
2. World Health Organization. Essential medicines and basic health technologies for noncommunicable diseases: towards a set of actions to improve equitable access in Member States: World Health Organization; 2015.

3. Office for International Health Policy Development. Report on the burden of disease and injury in the Thai population 2014. Nonthaburi: International Health Policy Development Office; 2018.

4. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of operations in the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs). Nonthaburi: Noncommunicable Disease Division Department of Disease Control; 2019.

5. Office of Disease Prevention and Control 12, Songkhla Province. Annual report 2021. Songkhla: Department of Disease Control. Ministry of Public Health; 2021.

6. Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. *Annals of Child Development*. 6: 1-60.

7. Intharakamhaeng A. Development and use of tools by Thai adults. Evaluate compliance with the principles of 3A.2S. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2014.

8. Thaweerat P. Research methods in behavioral science. 8th printing. Bangkok: Road Testing Office. Education and Psychology, Srinakharinwirot University; 2000.
9. Suntharayutthon T. Transformative management, educational theory, research, and practice, Bangkok. Nakhon: Netikul Printing Company; 2008.
10. Inthakamhaeng A. Health knowledge. Measurement and development. 1st printing. Bangkok: The Company. Sukhumvit Printing Co., Ltd. 2017.
11. Ungpansattawong S. Sampling techniques. Khon Kaen : Department of Statistics, Faculty of Science, Khon Kaen University; 2015.
12. Likert, Rensis. (1961). New Pattern of Management. New York : McGraw – Hill.
13. Ueawong K. Group discussion: Effective qualitative data collection techniques. Journal Education, STOU. 2019;12(1):17-30.
14. Sukdee S. Development of behavior modification models. Health of groups at risk for chronic communicable diseases by community participation [Doctor of Philosophy Thesis]. Bangkok: Srinakarin University Wirot; 2017.
15. Nilnon P. Perceived self-efficacy in food consumption and exercise. Physical strength of members of the Elderly club, Bang Khla district, Chachoengsao province Rajanagarindra Journal July-December 2017:93-100.
16. Jiratanawanna N, Watthanamon S, Rasameephong S. Community participation in promoting health. Mahachula Academic Journal [Internet]. 2019 [Accessed 2023 December 28]; 6:[365-81]. Accessible from:<https://so04.tcithaijo.org/index.php/JMA/article/download/180992/133210/>
17. Pratumthon W, Janjob P, Rasiri S. and Teeraphong N. Development of the Continue to promote participatory health Health promotion behaviors and health status of personnel Boromarajonani College of Nursing. Journal of Public Health. [Internet].2019 [Accessed in 2023. December 26]:[96-108]. Accessible from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/6795/6675>