

พัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดด้วยงานที่มีภาวะอ้วน: กรณีศึกษาในครูอนามัยโรงเรียน

วันเพ็ญ สุธธิโกมินทร์*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยงานที่มีภาวะอ้วนในครูอนามัยโรงเรียน คัดกรองภาวะอ้วนด้วยค่าดัชนีมวลกายเกินรวมถึงเส้นรอบวงเอวเกิน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งพัฒนาภายใต้ทฤษฎีแรงจูงใจ การจัดแบบแผนการดำเนินชีวิต การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพ โปรแกรมนี้ใช้เวลา 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมสำคัญ คือ การให้ความรู้รายกลุ่ม การฝึกทักษะรายบุคคล การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบร่วมกับการให้ข้อมูล Infographic และวิดีโอผ่านโปรแกรมไลน์ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมการวิจัยใน 3 ระยะ คือ ก่อน- หลังการทดลอง และระยะติดตามผล หลังการทดลอง 3 เดือน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าคะแนนความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายใน 10 ปีข้างหน้ามีแนวโน้มลดลง ผลการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอ้วน ในเขตสุขภาพที่ 3 สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายในการลดน้ำหนักตัว และความดันโลหิตได้ ส่งผลให้ลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ สร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แบบแผนการดำเนินชีวิต, โรคหัวใจและหลอดเลือด, วัยทำงาน

* ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: suddikomin@gmail.com

A lifestyle and health literacy development to prevent the risk of cardiovascular diseases among working aged-people with obesity: a case study of school health teachers

Wanpen Suttikomin*

Abstract

This research and development study aimed to develop lifestyle patterns and health literacy to prevent the risk of cardiovascular diseases among obese working-age individuals, specifically secondary school teachers. Obesity was screened using body mass index (BMI) and waist circumference. The sample group participated in a motivational program designed based on motivational theory, lifestyle pattern planning, health literacy promotion for disease prevention, and the use of technology. The program lasted 12 weeks and included key activities such as group education sessions, individual skill training, learning from role models, and providing information through infographics and videos via the Line application. Data were collected through self-administered questionnaires at 3-stages: pre-intervention, post-intervention, and three months after the intervention. Data analysis was conducted using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that the participants significantly improved their health-promoting behaviors after participating in the program ($p < 0.05$). Their 10-year cardiovascular risk scores showed a decreasing trend. These findings demonstrate that lifestyle adjustments and health-promoting behaviors among obese working-age individuals in Health Region 3 effectively helped participants achieve goals such as weight loss and blood pressure reduction. Consequently, this approach reduced the risk of non-communicable diseases, lowered cardiovascular risk factors, and contributed to sustainable public health improvement.

Keywords: Health literacy, Healthy lifestyle, Cardiovascular diseases, Working-age people

* Health Promotion Center Region 3 Nakhon Sawan, Department of Health, Ministry of Public Health

E-mail: suttikomin@gmail.com

บทนำ

การปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ที่จำเป็น จนนำไปสู่การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว จนถึงชุมชนของตนเอง เป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อผลักดันการทำงานให้เกิดสัมฤทธิ์ต่อการสร้างพลเมืองที่มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม ข้อเสนอของสภาปฏิรูปสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้กำหนดให้มีแผนและวิธีการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ข้อที่ 10 เรื่อง การจัดให้มีการสำรวจเพื่อกำกับติดตามสะท้อนความก้าวหน้าและความสำเร็จในการทำงานด้านความรู้สุขภาพของทุกหน่วยงาน ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ (National Health Examination Survey)¹⁻² จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติของความรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 2) ในระดับประเทศ พบว่าประชากรไทยที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอโดยร้อยละ 19.09 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ไม่เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมหรือใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพในบริบทการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมและการใช้ผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว³

ปัญหาด้านสุขภาพมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือภาวะอ้วนลงพุง โดยเฉพาะการอ้วนที่บริเวณพุง เนื่องจากเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ จากเซลล์ไขมันออกสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น และเป็นผลให้เกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว⁴ ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่มีแนวโน้มสูง⁵ สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารสุขภาพและลดความอ้วน ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมที่เป็นแบบตะวันตกมากขึ้น รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง การใช้เทคโนโลยีที่สะดวกสบายมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง ตลอดจนสภาพสังคมการทำงานที่มีการแข่งขันสูงทำให้เกิดความเครียด รวมถึงการทำงานกลางคืน

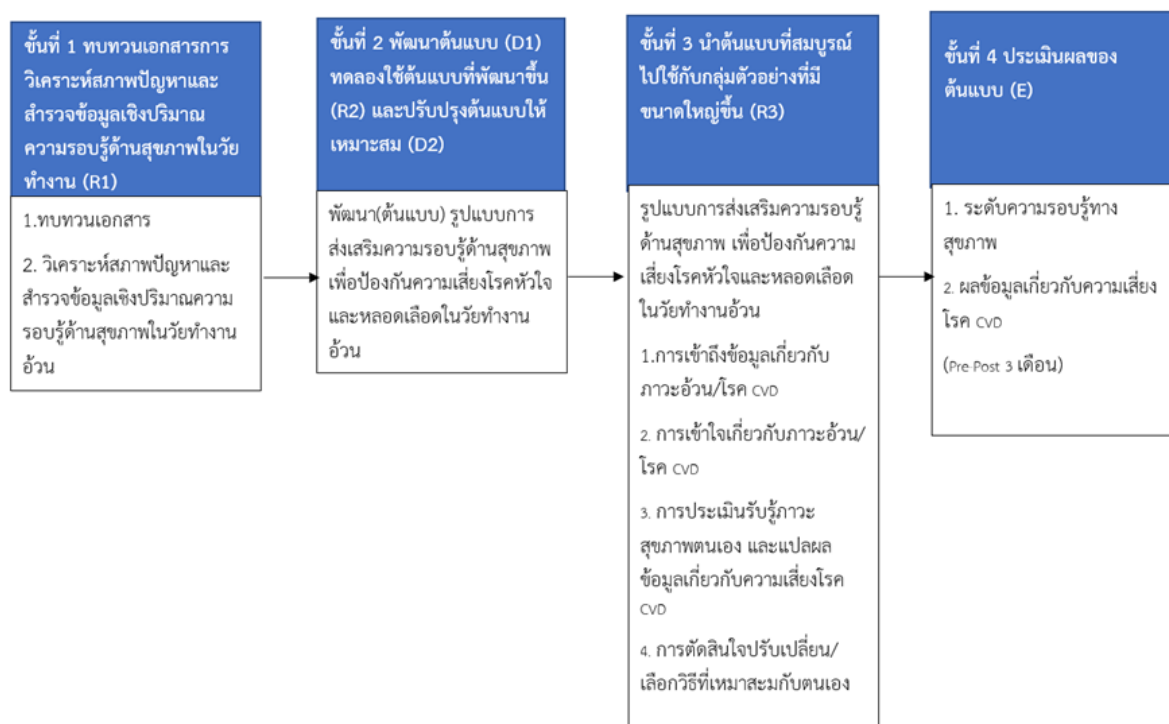
ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ประมาณ 56 ล้านคน เช่นเดียวกับเขตสุขภาพที่ 3 มีประชากรวัยทำงาน 2 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด คือ ประมาณ 1.9 ล้านคน ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะอ้วนลงพุง ข้อมูลจาก Health Data Center ปี

พ.ศ. 2562-2566 พบว่าประชากรวัยทำงาน อายุ 30-44 ปี มีแนวโน้มภาวะอ้วนลงพุงสูงขึ้น ร้อยละ 32.5, 32.8, 32.9, 33.6 และ 34.2 ตามลำดับ⁶ มีหลายการศึกษาที่ได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่มีความรู้ทางสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ผลจากการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ มีระดับความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวลดลง การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถลดผลกระทบจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ⁶ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิจัยและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในวัยทำงานกลุ่มครูนามัยที่มีภาวะอ้วนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการมุ่งเป้าให้กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารด้วยตนเอง เป็นต้นแบบสุขภาพในการบอกต่อให้นักเรียน ซึ่งจะเป็นวัยทำงานในอนาคต ตามกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ด้านสาธารณสุข ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน
2. เพื่อประเมินผลแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาทบทวนเอกสาร วิเคราะห์สภาพปัญหาและสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยทำงาน เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Research: R1) โดยการวิจัยสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 3

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนางานจากการนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบ (ต้นแบบ) การส่งเสริมความรู้ด้านอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน พัฒนาต้นแบบ (Development: D1) ทดลองใช้ (ต้นแบบ) ที่พัฒนาขึ้น (R2) กระบวนการออกแบบและพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้”อาหารทางเลือกสุขภาพ” เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ได้แก่ การสร้างความรู้ด้านอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพ การรับรู้และเข้าใจ การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้ครอบคลุม 30 251 ย (ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านสุราแอลกอฮอล์/ยาสูบ และด้านการใช้ยา/อาหารเสริมอย่างสมเหตุผล) แบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ฯ โดยเป็นกิจกรรมสร้างความรอบรู้การดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ฐานเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย วิธีเลือกส่วนประกอบอาหารจากใยสูง หวานน้อย ไขมันต่ำ เค็มพอดี เมนูอาหารสุขภาพ การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานด้วยแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score การใช้ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และระบบการสื่อสารทางแอปพลิเคชันออนไลน์ มีการส่งข้อความองค์ความรู้ผ่านสื่อ ได้แก่ คู่มือ one page คลิปวิดีโอ สื่อ Tiktok สำหรับกลุ่มตัวอย่างสามารถศึกษา/ทบทวนในเวลาที่เหมาะสม ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการ การประเมินผลโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม (D2)

ระยะที่ 3 นำต้นแบบที่สมบูรณ์ไปใช้ ศึกษาความเป็นไปได้โดยการนำแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน เขตสุขภาพที่ 3 (Implementation: R3) ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงภาวะสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาหารทางเลือกสุขภาพ รายบุคคล

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผล (Evaluation: E) เป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพ Pre-post test one group design ระยะเวลา 3 เดือน ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว และการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานด้วยแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score นำผลการศึกษาเสนอเพื่อกำหนดนโยบายลดอัตราการเสียชีวิตร่วมกับกรมการวางแผนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan โรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขตสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากร คือ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือนในเขตสุขภาพที่ 3 อย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) โดยจัดเรียง (Enumeration area: EA) ของแต่ละจังหวัดตัวอย่างตามภูมิศาสตร์ได้จำนวน EA ตัวอย่างทั้งสิ้น 50 EA จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้น 750 ครัวเรือน ประชากรตัวอย่างในแต่ละจังหวัดเท่ากับจำนวนครัวเรือนตัวอย่างในจังหวัด x ขนาดครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัด x สัดส่วนของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัด ได้จำนวนประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 989 คน

ระยะที่ 4 ประชากร คือ ครูอนามัยที่เข้าร่วมโครงการ 1 โรงเรียน 1 ครูอนามัยของกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข อายุตั้งแต่ 25-59 ปี ในโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 kg/m^2 หรือมีเส้นรอบวงเอวเกิน (เพศชาย มากกว่า 90 เซนติเมตร /เพศหญิง มากกว่า 80 เซนติเมตร) มีความสนใจเข้าร่วมศึกษาวิจัย จำนวน 83 คน **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ระยะที่ 1 ใช้แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีค่า Cronbach's alpha 0.9411⁷ ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ 1) ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และ 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบพบหน้า (Face-to-face)

ระยะที่ 4 ใช้แบบบันทึกความเสี่ยงภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพและการบริโภคอาหารทางเลือกสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามประเมินทัศนคติต่อภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ความเสี่ยง ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารทางเลือกสุขภาพ และการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานด้วยแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score หรือ “แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี สำหรับคนไทย” ตัวแปรประกอบด้วยเพศอายุ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวานและค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure ประมวลผลผ่านแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 0.89 แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับครูอนามัยในโรงเรียน 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Cronbach's alpha 0.85-0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด โดยให้ผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือ

แสดงความยินยอมตรวจร่างกายเพื่อหาค่าความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบบไม่ใช้ผลเลือดร่วมกับบันทึก และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตามกิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และค้นหาปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง สรุปผลร่วมกันโดยร่วมกันลงนามข้อตกลงจัดการความอ้วนลดโอกาสโรคหลอดเลือดสมอง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างพลังกลุ่มการเป็นบุคคลต้นแบบด้านโภชนาการ

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตรายบุคคลที่วิเคราะห์รายบุคคล จากกิจกรรมที่ 1 และตกลงร่วมกันในการบันทึกแผนฯ ดังกล่าว สื่อสารรายสัปดาห์เกี่ยวกับอาการที่ควรสังเกต และช่องทางด่วนการเข้ารับการรักษา ประเมินผล โดยใช้ line application

กิจกรรมที่ 3 การดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำแหล่งความรู้ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบคำถามและให้คำปรึกษา

กิจกรรมที่ 4 สรุปผล เชิดชูเกียรติ รายงานผู้บังคับบัญชาในกำกับสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาทุกจังหวัด และมอบเกียรติบัตรแก่ผู้ร่วมศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทั้งภาคเหนือ (Cluster 18) ในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่รับรอง NSWPHO-008/64 สิ้นอายุ 24 มิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไป และความรู้ด้านสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเขตสุขภาพที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิต และค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตจัดการความอ้วนป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาทบทวนเอกสาร วิเคราะห์สภาพปัญหาและสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 62.6 โดยนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.8 มีความสามารถในการอ่านและเขียนได้คล่อง มากกว่าร้อยละ 60 มีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย/พนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 69.6 โดยส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้บางเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.4 และมีเขตอาศัยนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 59.6 กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับ 1 และไม่มีโรคประจำตัว NCD ร้อยละ 50.3 และร้อยละ 61.4 ตามลำดับ

ในส่วนของการรับรู้ด้านสุขภาพพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรับรู้สุขภาพ ระดับเพียงพจนถึงระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยมีคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 105.43 ± 24.74 คะแนน จากคะแนนเต็ม 168 คะแนน คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน สูงสุด 168 คะแนน แปลผลได้ว่า ประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีความรับรู้ด้านสุขภาพระดับมีปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน จำแนกตามระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ

ระดับการรับรู้สุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เพียงพอ (0-84 คะแนน)	212	21.4
มีปัญหา (85-110 คะแนน)	357	36.1
เพียงพอ (111-144 คะแนน)	358	36.2
ดีมาก (142-168 คะแนน)	62	6.3
ภาพรวม (Mean = 105.43, SD = 24.74, Min = 17, Max = 168)		

ระดับการรับรู้ภาพรวมทั้งหมดของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ที่สามารถปฏิบัติได้ในระดับง่ายถึงง่ายมาก คิดเป็นร้อยละ 57.5 เมื่อจำแนกตามขั้นตอน V shape พบว่าส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ระดับยากมาก ร้อยละ 53.7 มีความสามารถในการเข้าใจ ระดับง่าย ร้อยละ 45.7 มีความสามารถในการโต้ตอบซักถาม ระดับง่าย ร้อยละ 42.4 มีความสามารถในการตัดสินใจจะเชื่อหรือปฏิบัติ ระดับยากมาก ร้อยละ 51.4 และมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับง่าย ร้อยละ 49.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อจำแนกการรับรู้ด้านสุขภาพรายมิติ พบว่าประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน มีความรับรู้ด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติได้ในระดับง่าย ได้แก่ มิติการส่งเสริมสุขภาพ และมิติการป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 35.6 และร้อยละ 35.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน จำแนกตามประเภทและระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ (n = 989)

การรับรู้	ระดับความสามารถในการปฏิบัติ							
	ง่ายมาก		ง่าย		ยาก		ยากมาก	
	n	%	n	%	n	%	n	%
การเข้าถึงข้อมูล (Mean 12.96, SD 11.85, Min 0, Max 32)	128	12.9	223	22.5	107	10.8	531	53.7
ความเข้าใจ (Mean 20.33, SD 5.20, Min 0, Max 28)	268	27.1	452	45.7	146	14.8	123	12.4
การโต้ตอบซักถาม (Mean 31.64, SD 7.29, Min 0, Max 48)	96	9.7	419	42.4	318	32.2	156	15.8
การตัดสินใจ (Mean 16.50, SD 6.34, Min 0, Max 28)	96	9.7	338	34.2	47	4.8	508	51.4
การเปลี่ยนพฤติกรรม (Mean 24.01, SD 4.01, Min 7, Max 32)	265	26.8	493	49.8	190	19.2	41	4.1
ภาพรวม (Mean 105.43, SD 24.74, Min 17, Max 168)	212	21.4	357	36.1	358	36.2	62	6.3

ระยะที่ 2 พัฒนาด้านแบบ (Development: D1) และทดลองใช้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น (R2) กระบวนการออกแบบและพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ “อาหารทางเลือกสุขภาพ” เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนา มีองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ และอาหารทางเลือกสุขภาพ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น เพื่อการดูแลสุขภาพการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ โดยในการพัฒนาแบบแผนนี้ ได้มีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการและการประเมินผล มีการปรับแก้กิจกรรมให้สัมพันธ์ต่อเนื่องกัน ด้านโภชนาการ ทักษะการเลือกรับประทานอาหาร สัญลักษณ์อาหารทางเลือกสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายและการออกแรงเคลื่อนไหว ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการงดดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการใช้ยารวมถึงวิตามิน อาหารเสริมอย่างสมเหตุผล โดยสรุป กิจกรรม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม ประเมินการรับรู้ ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และเข้ากลุ่มฐานเรียนรู้ 6 ฐาน (อาหาร กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ภัยสื่อโฆษณา/อาหารเสริม และการกำหนดแผนสุขภาพของตนเอง) สัปดาห์ที่ 2-12 สื่อสารส่งข้อมูลสุขภาพระหว่างผู้วิจัย ระหว่างกลุ่มไลน์ สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลแบบแผนการดำเนินชีวิตรายบุคคล วางแผนร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพื่อประเมินผลลัพธ์สุขภาพต่อเนื่องอีก 12 สัปดาห์ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และ CVD Risk score

ระยะที่ 3 นำต้นแบบที่สมบูรณ์ไปใช้ ศึกษาความเป็นไปได้ โดยการนำแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 3 (Implementation: R3) ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงภาวะสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพ “อาหารทางเลือกสุขภาพ” รายนุคคล ผลการศึกษา พบว่า ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ได้รับการอบรมหลักสูตร 1 โรงเรียน 1 ครูอนามัย จำนวน 83 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร ลดแอลกอฮอล์และการออกกำลังกาย ดังแสดงในตารางที่ 3

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผล (Evaluation: E) ด้วยแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ การไม่มีจำนวนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดขึ้นใหม่ ตลอดการศึกษาวิจัย 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 100 การลดลงของความดันโลหิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนได้จากความรู้ในการลดน้ำหนักตัว และแหล่งของโซเดียมในอาหาร เช่น อาหารปรุงสำเร็จ และเครื่องปรุง ลดแอลกอฮอล์และน้ำหวาน โดยพบว่า คะแนน CVD Risk Score ในกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น ร้อยละ 38.56 มีความดันโลหิตและน้ำหนักตัวที่ลดลง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการใช้แบบแผนดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 3 (n=83)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.55	1.15	4.31	0.397	9.381	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.02	0.826	4.85	0.54	7.143	<0.001
แบบแผนสุขภาพ	1.36	0.508	1.84	0.106	4.271	0.001
ด้านอาหาร	0.27	0.44	1.53	0.650	14.637	<0.001
ออกกำลังกาย	0.75	0.794	1.27	0.717	4.412	<0.001
อาหารเสริม	1.70	0.959	1.12	0.441	6.636	0.065
แอลกอฮอล์	1.27	0.717	1.00	0.401	2.957	0.004
บุหรี่	0.16	0.297	0.1	0.331	5.194	0.051
ความเครียด	0.43	0.697	0.41	0.515	5.194	0.066
การนอน	1.40	0.780	1.54	0.080	6.054	0.053

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพของวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 3 (n=83)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ดีขึ้น		คงที่		แย่ลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตัว	34	40.96	45	54.22	4	4.82
เส้นรอบวงเอว	18	21.69	63	75.90	2	2.41
ค่าความดันโลหิตตัวบน	23	27.71	55	66.27	5	6.02
คะแนน CVD Risk	32	38.56	46	55.42	5	6.02
การสูบบุหรี่	79	95.18	4	4.82	0	0.00

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาระยะที่ 1

ข้อมูลค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับมีปัญหา ซึ่งจะมีพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ การฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁸⁻⁹ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการ

ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอ้วนยังไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ขาดการออกกำลังกายเป็นต้น รวมไปถึงมีทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่น เข้าใจและยอมรับได้ไม่ดีเท่าที่ควร ขาดการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารมาปรับใช้กับการดูแลสุขภาพในมิติการ เข้าถึงบริการ การเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการตนเองด้วยการส่งเสริมสุขภาพ¹⁰⁻¹¹ สอดคล้องกับรายงาน ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย¹² ที่กล่าวว่าการพัฒนาให้มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพสูงขึ้น ให้อยู่ในระดับดีมากได้นั้น จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ซึ่งต้องอาศัยทักษะทางสังคมและปัญญา ทักษะทางปัญญาและสังคม สามารถ ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลที่ผ่านความตระหนักรู้ เลือก รับ ปรับ ใช้ และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและ สุขภาพของประชาชนทั่วไป ซึ่งทักษะด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นทักษะที่ต้องอาศัยเวลาในการสั่งสม ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ เช่น การมีบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วย แรงจูงใจในการมีสุขภาพดี การเป็นต้นแบบ ด้านการดูแลสุขภาพ¹³ เป็นต้น

การศึกษานี้ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย $25 - 29.9 \text{ kg/m}^2$ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว รวมถึงโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จากการศึกษามุมมองที่เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าเงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ การได้รับความรู้จากแหล่งที่มีผู้เชี่ยวชาญหรือนุคลากร ทางการแพทย์ จะสร้างความมั่นใจและผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพก่อนนำไปใช้ กรณี ข้อมูลที่มาจากเพื่อนหรือบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะวิเคราะห์ความเป็นไปได้ ด้วยการสอบถามความถูกต้องจาก บุคลากรทางการแพทย์จึงส่งผลให้กลุ่มรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วย NCDs มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ เข้าถึงบริการ จนถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค¹⁴ หรือคิดว่ามีสุขภาพดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นอิทธิพลทางบวก ได้แก่ ระดับ การศึกษา รายได้ การเข้าถึงแหล่งความรู้จากสิ่งพิมพ์/ทีวี/วิทยุ/สื่ออินเทอร์เน็ต การใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตร ประกันสังคม และบัตรพนักงานรัฐวิสาหกิจ¹⁵ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการศึกษาสูง ย่อมได้รับการพัฒนาทักษะ ขั้นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ เข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น การเข้าถึงสารสนเทศทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีประโยชน์ต่อ การดูแลสุขภาพ นับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจลดการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้

2. การศึกษาระยะที่ 2

กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในการศึกษานี้เป็นการบูรณาการ หลักการดำเนินชีวิตทุกมิติการดูแลสุขภาพผ่านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรม ด้านโภชนาการ เพื่อสร้างความเข้าใจ มีแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้ 1) การร่วมกิจกรรมกลุ่ม 2) การรับฟังบรรยายความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค 3) การวางแผนดำเนินชีวิต

รายบุคคลและฝึกทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง ในแบบบันทึกจนถึงระยะติดตามผล 4) ได้รับข้อมูล Infographic และคลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องผ่านทางโปรแกรมไลน์ โดยกิจกรรมการวิจัยที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค¹⁶ ที่เน้นส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสื่อสารที่เน้นภาพความสม่ำเสมอต่อเนื่อง การสื่อสารสองทางผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การส่งเสริมแหล่งข้อมูล แหล่งบุคคลที่เชื่อถือได้ รวมถึงเครื่องมือในการกำกับติดตาม เช่น ให้ข้อมูล Infographic คลิปวิดีโอที่ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้การประมวลผล Thai CVD Risk Score ให้กลุ่มตัวอย่าง ได้เห็นภาพทัศนในอนาคตต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มร่วมกับซักถามผู้วิจัยในประเด็นที่สงสัยและอภิปรายกลุ่ม¹⁷

3. การศึกษาระยะที่ 3 และระยะที่ 4

พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น หลังเข้าร่วมการวิจัยการใช้แบบแผนดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 3 เนื่องจากปัจจัยพื้นฐาน ระดับการศึกษา รายได้ และการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาแสดงผลการดูแลสุขภาพที่ดีสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสิทธิการรักษาในระยะที่ 1¹⁸ และการศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี¹⁹ นอกจากนี้สอดคล้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น²⁰ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ช่วยสร้างแรงจูงใจ ให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าว และสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีความพร้อมในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา²¹ พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้วัยทำงานได้มีเวลาคิดและทบทวนสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจาก Thai CVD Risk score ของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยที่เน้นการให้ความรู้รายกลุ่ม²² การส่งข้อมูล Infographic และคลิปวิดีโอผ่านทางโปรแกรมไลน์ การฝึกทักษะ

และการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตตัวบนมีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง คือ 140-159 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 53.3 ลงมาอยู่ในช่วงน้อยกว่า 139 มิลลิเมตรปรอท ถึงร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่เน้นการลดระดับความดันโลหิตตัวบนลงมา 10 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างลง 5 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด²³

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวทางสื่อสารเทคโนโลยีที่ประชาชนเข้าถึงง่ายและทักษะการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่ข้อมูลที่เชื่อถือได้ให้แก่ประชาชนเพื่อการตัดสินใจ และดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน องค์กร
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาความรู้ที่ประชาชนสนใจ ในการสร้างความตระหนักรู้เกณฑ์สุขภาพต่างๆ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว ความดันโลหิต การตรวจสุขภาพประจำปี พฤติกรรมเสี่ยง ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว โรคทางพันธุกรรม เพื่อลดอัตราความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ช่วยกระตุ้น ส่งเสริม เสริมพลัง และสนับสนุนประชาชนให้เป็นผู้นำชุมชน สมาชิกชมรมอาสาสมัครต่างๆ เนื่องจากการศึกษาพบว่าเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าประชาชนที่ไม่มีบทบาทในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ความสนใจ มุมมองสุขภาพของประชาชน และพฤติกรรมที่นิยมนำมาศึกษาเพื่อออกแบบการกระตุ้นการรับรู้ การเข้าถึงบริการ สู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี
2. ควรมีการประเมินผลโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการบูรณาการทรัพยากร งบประมาณ และมุ่งเป้าตามปัญหาบริบทพื้นที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
3. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น

เอกสารอ้างอิง

1. อารยา เขียวทอง. ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561
2. กองสุกศึกษา. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ จำกัด; 2554.
3. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย. ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

4. ปิยะสกล สกลสัตยาทร.คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน-ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>
5. เทิดศักดิ์ ไม้เท้าทอง. การสืบค้นและการประเมินแหล่งสารสนเทศทางสุขภาพบนเว็บ: ประเด็นและบทวิเคราะห์จากงานวิจัย. วารสารสารสนเทศศาสตร์ 2555; 29: 31-41.
6. วณิชา กิจวรพัฒน์. การพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้หญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วารสารสุขภาพ 2547; 26: 38-55.
7. Denuwara HMBH, Gunawardena NS. Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. BMC public health 2017; 17: 1-631.
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2564.
9. Manganello, J. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. Healthy Education Research. 2008; 23: 840-847.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ. ม.ป.พ.; 2558.
11. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15: 259-67.
12. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน: เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพ มุ่งสู่ประเทศไทย; 2 สิงหาคม 2560; ณ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
13. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. 2017. [cited 19 Jan 2019]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/faceheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/faceheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
14. ศิราวัลย์ เहरา, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์ 2563; 12(1): 39-51.
15. ศรีสุดา บุญขยาย. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4. สระบุรี: กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี; 2562
16. Boer HS. E.R. protective motive theory. In: Conner PN, editor. Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham 1996. p. 95-122.
17. รัชชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์, อาภาพร เผ่าวัฒนา, นฤมล เอื้อมณีกุล. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563; 36(2): 122-139.

18. ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชน ของตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสุขศึกษา. 2560;40: 38-52.
19. พงศธร ศีลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
20. ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, วีรณัฐ รอบสันติสุข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2558; 7(3): 26-36
21. ปราบธนา วัชรานุรักษ์, อัจฉรา กลับกลาย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(1): 217-233.
22. นฤมล เวชจักรเวร, ภารดี เต็มเจริญ, วงเดือน ปั่นดี, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในครูสตรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2010; 40: 40-52.
23. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ทรिक ชิงค์; 2562.