

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยมิตชุมชน

กรณีศึกษาตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

Community Behavior Modification Model for Chronic Disease Risk Group in Haudon Sub-District, Khuang Nai District, Ubon Ratchathani Province.

ศิริพร วงศ์ตรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เบอร์โทรศัพท์ : 08-9844-5863; E-mail: yutubon01@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ (1) หาแนวทางแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยง (2) สร้างแกนนำสุขภาพ (3) ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (4) พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง การดำเนินงาน 3 ขั้นตอนดังนี้ (1) ศึกษาบริบท (2) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน (3) การคืนข้อมูล กลุ่มตัวอย่างแกนนำสุขภาพ 8 คน และกลุ่มเสี่ยง 40 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบวัดการรับรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้เปรียบเทียบความแตกต่าง paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลวิจัยพบว่า (1) แนวทางในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ หน่วยงานบริการสาธารณสุข แรงจูงใจ เจตคติ การรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเอง โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรม-กลุ่มกัญชชุมชนและครอบครัว (P-MA-3 S-2 C-1 F program) (2) แกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการรับรู้ ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p<.01$) และมี

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p<.05$) 3) การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่ากลุ่มเสี่ยงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม การรับรู้ ความสามารถตนเอง ($p<.05$) การควบคุมตนเอง ($p<.01$) และการดูแลสุขภาพตนเอง ($p<.01$) เพิ่มขึ้นและมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p<.05$), 4) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย (1) บริบทปัญหาและสาเหตุที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ (2) สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมกลุ่มเสี่ยง (3) วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา (4) ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (5) พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (6) สร้างแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (7) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (8) ติดตามประเมินผลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (9) การสะท้อนผล

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ; การมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน; กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน; รูปแบบ

Abstract

The purposes of this research were (1) to study the causes and guidelines for solving the

health problems, (2) to build health behavior of the leader, (3) to study the effects of behavioral change, (4) to develop health behavior modification models of chronic diseases risks, 8 people in a risk group for developing health behavior modifications and leaders and 40 people who were a risk group regarding health behavior modifications. The methods employed were in-depth interviews and questionnaires. Analyze the data by descriptive statistics, presentation by percentage, mean, standard deviation and inferential statistics by comparing with the difference by Paired Sample t-test (0.05), content analysis for qualitative data.

The results revealed: (1) The main factors to create guidelines for health behavior modification including public health organization, motivation, attitude, self-efficacy, self-control, school of Elderly, club group, community rules and Family; (P-MA-3S-2C-1F Program), (2) according to building a health behavior modification leader analyzed the guidelines preparing the model and also had a revision of the model revision of implementation in risk groups which found that leaders had more self-efficacy, self-control, self-care ($p < .01$) than more health outcomes ($p < .05$) (3) the output of organized health behavior modification programs emphasizing that high risk groups had more self-efficacy and self-control ($p < .05$), more self-care ($p < .01$) at the end of the intervention were significantly different from those at the baseline, it was also indicated better health

outcomes ($p < .05$) and (4) healthy behavior modification model, (1) the investigation of the context, problems and causes regarding health care support in the community, (2) creating individual awareness and the preparation, (3) analyzing the problem and solving model, (4) building guidelines the health behavior modification, (5) developing model, (6) building a health behavior modification leader, (7) organizing activities in chronic disease risk group, (8) monitoring and evaluating and (9) After Action Review

Keywords : Changing Behavior health; Participate in sustainable; Chronic disease risk group; Model.

บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูง แนวโน้มสัดส่วนโครงสร้างประชากรไทย มีกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น และกลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในขณะที่ประชากรวัยรุ่นและวัยทำงานมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งนำไปสู่โรคที่รุนแรงอื่น ๆ เป็นภาระหนักของครอบครัวและระบบสาธารณสุขทั้งด้านการจัดบริการที่มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นมาก เป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตและอวัยวะ เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด การสูญเสียอวัยวะ ปัญหาที่พบสำหรับผู้ป่วยราย

ใหม่และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังส่วนใหญ่คือ ไม่สามารถเข้าถึงความรู้ เกี่ยวกับการมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดีและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ สอดคล้องกับลักษณะของโรคและการรักษา ที่มี ลักษณะเฉพาะรายกรณีเพื่อป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิด โรคหรือการควบคุมและการชะลอการลุกลามของ ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม และสิ่งสำคัญการมี ส่วนร่วมของคนในชุมชนมีบทบาทน้อย ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อสุขภาวะที่ดีและการทำให้เกิดตามผลลัพธ์ ดังกล่าว บริบทชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญสำหรับ การศึกษาปัญหา โดยชุมชนต้องมีส่วนร่วมช่วยกัน วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในการแก้ปัญหาของ ชุมชนเพื่อใช้วางแผนจัดกิจกรรมไปสู่เป้าหมาย ให้ มีกิจกรรมที่เหมาะสมในพื้นที่เป้าหมาย^[2] โดย การแสวงหาสาเหตุที่มีในบริบทของชุมชนด้วย การรวบรวมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จใน การดำเนินงาน แนวทางสุขภาพของ ผู้มี ประสบการณ์ในการดำรงอยู่ของ การมีสุขภาพดี ของคนในชุมชนล้วนเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปต่อ ยอดให้เกิดการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ NCD อำเภอ เชียงใน ปี 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 4,773 ราย อัตราความชุก 4.61 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7,101 ราย อัตราความชุก 6.86 เมื่อ เปรียบเทียบข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น ปัญหาในการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ ยังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ได้ หลักสูตรการสอนผู้ป่วยเบาหวานยังไม่เป็น รูปธรรมที่ชัดเจน อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน โลหิตสูงรายใหม่ อำเภอเชียงในปี 2557 – 2559

จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นในทุกปี ในปี 2557 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่ 970 ราย อัตรา 896.06 ต่อแสน, ปี 2558 มี 994 ราย อัตรา 919.03 ต่อแสน, ปี 2559 มี 1,006 ราย อัตรา 929.94 ต่อแสน ส่วน ปี 2557 ผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ 540 ราย อัตรา 498.84 ต่อแสน, ปี 2558 มี 512 ราย อัตรา 473.39 ต่อแสน, ปี 2559 มี 521 ราย อัตรา 481.61 ต่อแสน

ปัจจุบัน ชุมชน ใน เขตบริ การ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน ซึ่งเป็น เขตรอยต่ออำเภอเมืองที่ยังหลงเหลือวิถีชีวิตดั้งเดิม ร่วมกับวิถีของชุมชนเมืองที่สิ่งแวดล้อมส่งผล กระทบกับรูปแบบของการดำเนินชีวิตด้าน การบริโภคอาหารและการประกอบอาชีพ ส่วนด้าน การดำเนินการป้องกันโรคเรื้อรังนั้นโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอนผ่านเกณฑ์ประเมิน การจัดการคลินิกคุณภาพโรคเรื้อรังในพื้นที่ต้นแบบ ระดับเขตดีเยี่ยม ของกรมควบคุมโรค ปี 2559 ซึ่งมี นโยบายการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงรุก และเชิงรับเป็นพื้นที่ที่มีความโดดเด่น จนได้ผ่าน การประเมินผลสัมฤทธิ์งาน 5 ดาว 5 ดี และนโยบาย ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่ การบริหารจัดการกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาเพื่อ การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยมีชุมชนที่ตั้งอยู่บนพื้นฐาน ของบริบทชุมชนเพื่อความยั่งยืนในการจัดการ สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. หาแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

2. เพื่อสร้างแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

4. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ความสำคัญของการวิจัย

1. กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. ชุมชนได้มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

3. ชุมชนได้แบบอย่างหรือแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชนตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ : พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้คือ ชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านเนื้อหา : เป็นเนื้อหา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยเน้นมิติชุมชน ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขอบเขตด้านระยะเวลา : ดำเนินการในปี พ.ศ. 2560 – 2561

นิยามศัพท์

1. รูปแบบ หมายถึง กระบวนการ เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีการดำเนินการหรือจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และวิถีชีวิตของคนในชุมชน ตามแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมคนที่อยู่ในชุมชน มีการประเมินผลการดำเนินการกิจกรรมพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

2. กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นด้วยการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง โดยมีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพแล้วพบว่า อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

3. โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง หมายถึง การกระทำเพื่อการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ที่ประยุกต์ใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่สร้างขึ้นจากผู้ร่วมวิจัยในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอนประกอบด้วย บ้านหัวดอนหมู่ที่ 1, 2 บ้านหัวดอนหมู่ที่ 3 และบ้านท่าวาริ หมู่ที่ 4 เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเปลี่ยนแปลงทางความคิดแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพ

4. แกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่เข้ารับการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ เป็นตัวแบบที่ดีให้กับกลุ่มเสี่ยงใน

ชุมชนและสามารถถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติตัวในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้

5. โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

6. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง (1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (2) การควบคุมตนเอง และ(3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

7. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง การตรวจร่างกายในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น โดยในการศึกษารound นี้ มีค่าผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในระดับปกติดังนี้

7.1 ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) มีค่าน้อยกว่า 25 กก./ตารางเมตร

7.2 วัดรอบเอว ชาย < 90 ซม. หรือ 36 นิ้ว ส่วนหญิง < 80 ซม. หรือ 32 นิ้ว

7.3 ค่าความดันโลหิตวัดได้จากระดับความดันโลหิตซิสโตลิก <130 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก <85 มม.ปรอท

7.4 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้มาจากการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose) ได้ค่าน้อยกว่า 100 มก./ดล.

8. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นหลังจากกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังภาพ 1

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน^[5]

ผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน

ผู้ให้ข้อมูลด้านประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทวิถีชีวิตของชุมชนคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 12 คน

ระยะที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

2.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 : ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

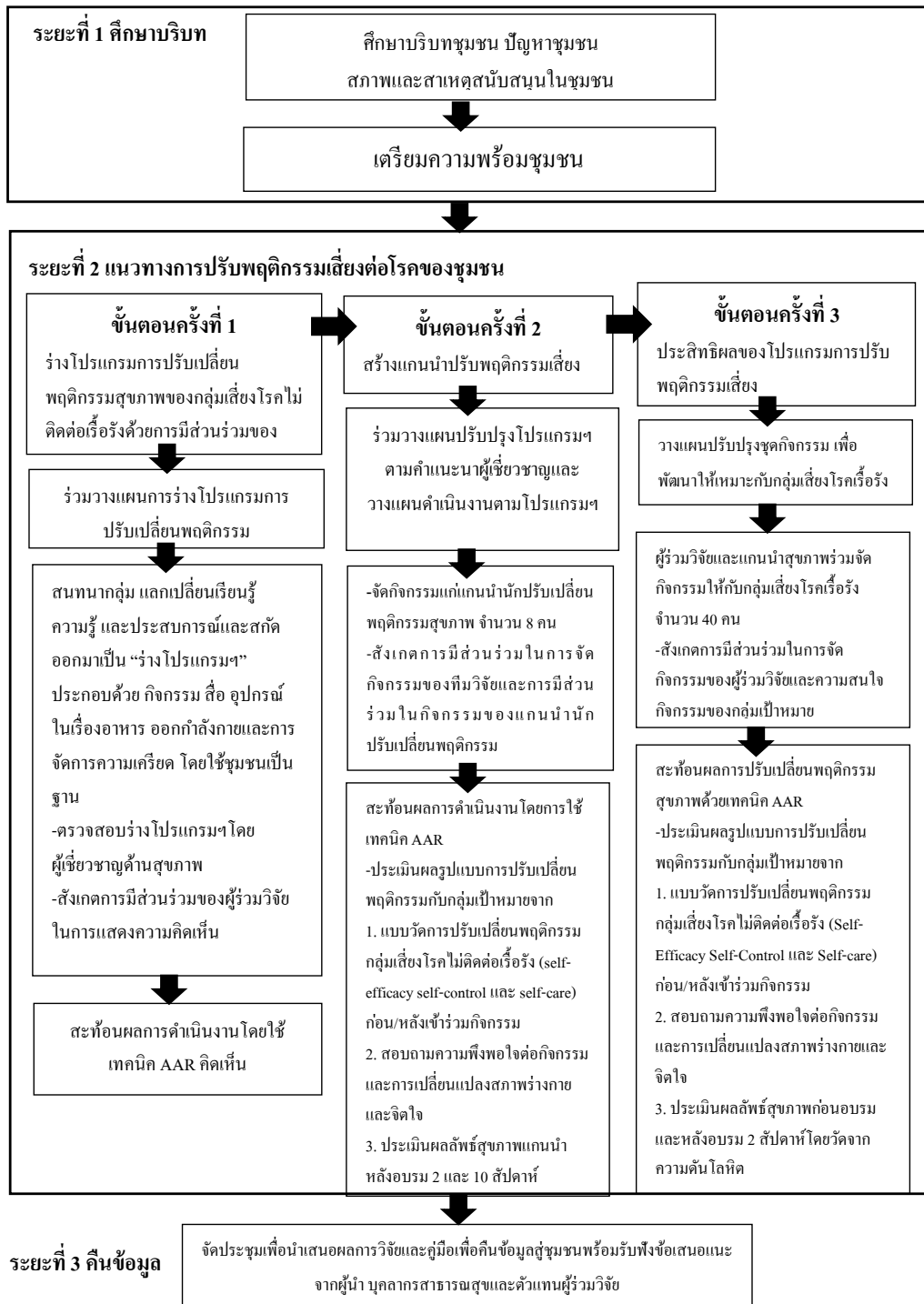
2.1.1 การวางแผน (planning: P): ก) การจัดประสบการณ์ให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้ง ด้านความรู้ และประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัยในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังให้มีการถ่ายทอดออกมาด้วยวิธีการสนทนากลุ่มการใช้เทคนิคการทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (before action research), ข) ในขั้นวางแผนนำเสนอข้อมูลหลักที่ได้จากการบันทึกการถอดประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน และการดำเนินงานการดูแลสุขภาพเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนที่เป็นประเด็นหลักในด้านการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมตนเองในด้านการดูแลเรื่องอาหารการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดเพื่อ

เป็นข้อมูลหลักในการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีเป้าหมายร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติในภาพรวมตลอดกระบวนการในกิจกรรมครั้งที่ 1

2.1.2 การปฏิบัติและการสังเกต (action & observe: A&O) (1) การจัดการสนทนากลุ่มเพื่อร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (2) การดำเนินการสนทนาความรู้จากการบันทึกความรู้จากการถอดประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน และการดำเนินงานการดูแลกลุ่มเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเพื่อแสวงหา “โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง” 2.1.3 การสะท้อนผล (reflex: R) โดยใช้

รูปแบบการตั้งคำถามเทคนิคการสะท้อนผลตามประเด็นคำถามต่อไปนี้ คำถามที่ 1 เป้าหมายของการมาประชุมครั้งนี้สิ่งที่คาดหวังหรือสิ่งที่คาดหวังการปฏิบัติ (after action review: AAR) จะได้รับจากการทำงานหรือกิจกรรมร่วมกัน คืออะไร คำถามที่ 2 เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลมากเกินไปเกินคาดเพราะอะไร คำถามที่ 3 เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลน้อยหรือไม่บรรลุผลเพราะเหตุใด คำถามที่ 4 สิ่งที่ได้เรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ที่สุดคืออะไร คำถามที่ 5 คิดจะกลับไปทำอะไรต่อ (เป็นการกระตุ้นให้ความรู้ที่สะสมฝังลึกและกระตุ้นให้มีแรงปรารถนาในดำเนินงานต่อ) คำถามที่ 6 ถ้าจะมีการจัดประชุมเช่นนี้อีกมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงส่วนไหนบ้าง

พัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยมิติดชุมชน



ภาพ 1 กรอบการดำเนินการวิจัย

2.2 กิจกรรมครั้งที่ 2: สร้างแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.1 การวางแผน (planning: P): ก) จัดประชุมการสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินกิจกรรมที่ 2 โดยใช้เทคนิคการทบทวน

ก่อนการปฏิบัติงาน (AAR), ข) จัดการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมุมมองของตนเองเพื่อยกระดับความรู้ที่จะนำมาปรับปรุงกิจกรรมสื่อและอุปกรณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอาหาร การออก

กำลังกายและการจัดการความเครียดให้มีความเป็นไปได้ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.2.2 การปฏิบัติและการสังเกต (act & observe: A&O) โดยมีขั้นตอนดังนี้ ก) รับสมัครประชาชนที่ได้รับการประเมินจาก รพ.สต. หัวดอน แล้วพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเพื่อเข้ารับการอบรมเป็นแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 8 คน, ข) จัดการเรียนรู้ตามกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ด้านเนื้อหาฝึกปฏิบัติจริง, ค) ทดลองใช้สื่อ อุปกรณ์ และแบบสอบถามเพื่อการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เข้ารับการอบรม

2.2.3 การสะท้อนผล (reflex: R): ก) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติงานการดำเนินการในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการสะท้อนผลการปฏิบัติงานด้วย (after action review: AAR), ข) สอบถามความพึงพอใจของกลุ่มแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อความเหมาะสมยิ่งขึ้น, ค) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามแบบสอบถามการรับรู้ ความสามารถ การควบคุมตนเองและการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการอบรม 2 สัปดาห์และหลังการอบรม 10 สัปดาห์ได้แก่น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด คีซีนิมวลกายและรอบเอว

กิจกรรมครั้งที่ 3: ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

2.3.1 การวางแผน (planning: P): ก) จัดการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยวางแผนการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์คือ (1) ปรับปรุงโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ในกิจกรรมครั้งที่ 2 (2) จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ในกิจกรรมครั้งที่ 3 มีการทบทวนร่วมกันโดยใช้เทคนิคการทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (BAR) และร่วมกันตั้งเป้าหมายในภาพรวมของกิจกรรมครั้งที่ 3, ข) จัดการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัยเพื่อปรับปรุงกิจกรรมสื่อและอุปกรณ์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังตามการสะท้อนผลของผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกิจกรรมครั้งที่ 2

2.3.2 การปฏิบัติและการสังเกต (act & observe: A&O) การปฏิบัติ: ก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในเขตตำบลหัวดอน สมัครเข้ารับการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนดจำนวน 40 คน, ข) จัดการเรียนรู้ ตามกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อ อุปกรณ์ผู้ร่วมวิจัยและแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้การสังเกต

2.3.3 การสะท้อนผล (reflex: R): ก) ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติงานตาม

กิจกรรมของโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ด้วยการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR), ข) มีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (1) ประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือการชั่ง น้ำหนักวัดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลใน เลือด ดัชนีมวลกายและรอบเอว ทั้งก่อนและ หลังการอบรม 2 สัปดาห์ (2) ประเมินผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบวัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค เรื้อรังประกอบด้วย การรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง (self-efficacy) การควบคุม ตนเอง (self-control) และการดูแลตนเอง (self-care) ทั้งก่อนและ หลังการอบรม 2 สัปดาห์ (3) สอบถามความ พึงพอใจต่อกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงสภาพ ร่างกายและจิตใจ

2.4 การนำเสนอผลการวิจัยและคืนข้อมูล กลับสู่ระบบ นำเสนอผลการวิจัยและคืนข้อมูลสู่ ชุมชนโดยการมอบสื่อและคู่มือให้กับแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและประชาชนที่ เข้าร่วมวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การ สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อแสวงหา แนวทางการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ เรื้อรังใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคล และการ สนทนากลุ่ม (focus group interview) เพื่อรวบรวม ข้อมูลที่เกิดการแลกเปลี่ยน

4.2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

4.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประเมิน ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

โรคเรื้อรัง ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนี มวลกายรอบเอว ระดับความดันโลหิต และระดับ น้ำตาลในเลือด

4.2.2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ปรับจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์^[6] ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

4.2.3 แบบสอบถามการควบคุมตนเอง ปรับ จากพัชรี ดวงจันทร์^[3] ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75 แบบวัดการควบคุมตนเองที่การ ประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อย ที่สุด”

4.2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความ สามารถ ของตนเอง ปรับจากสุพิชชา วงศ์จันทร์^[6] ข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และอังศินันท์ อินทร คำแหง^[9] ที่คำถามที่มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 แบบ การประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “ไม่ เลย”

4.2.5 การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ ดังนี้

1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถาม ที่ได้ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงคกับ ข้อคำถาม (index of item objective congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีคุณภาพคือข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป^[13] โดยข้อคำถามครั้งนี้มีค่า IOC ระหว่าง 0.60 - 1.00 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดย นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

ที่ไม่ได้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัค (cronbach's alpha coefficient)^[4] และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้ออยู่ระหว่าง 0.20-0.80 กับคะแนนรายฉบับด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.81, 0.84 และ 0.68

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ^[7] มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 การใช้แนวคิดทฤษฎีและสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ ขั้นที่ 2 การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้มั่นใจได้ความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ขั้นที่ 3 การจดบันทึกและการทำดัชนีข้อมูลผู้ศึกษา ยึดหลักของไมล์และอูเบอร์แมน^[1,12] ขั้นที่ 4 การสร้างบทสรุปในขั้นนี้ผู้วิจัยนำข้อสรุปย่อย ๆ มาเชื่อมโยงเพื่อให้เป็นบทสรุป ซึ่งตอบปัญหาของการวิจัย โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อสรุปย่อย ๆ เข้าด้วยกันแล้วนำไปเขียนรายงานการวิจัย

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติดังนี้

5.2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูงรอบเอว ค่าดัชนีมวลกายระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด โดยหาค่าเฉลี่ย

5.2.2 วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2.3 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุ และแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริบทชุมชน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชนจากการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับการสังเกต ของผู้วิจัยพบว่าชุมชน มีจำนวน 4 หมู่บ้าน เส้นทางเข้าสู่ชุมชนเป็นทางแยกออกมาจากถนนอุบลราชธานี-จังหวัดยโสธร เป็นแหล่งซื้อขายอาหารมะพร้าวเผา ไก่ย่างทั้งยังมีตลาดชุมชนอาหารสดเช่น เนื้อหมู ปลา ขนมหวาน และอาหารปรุงสำเร็จต่าง ๆ ทุกวันจันทร์ และวันศุกร์ หมู่บ้านมีแม่น้ำลำเซบายไหลผ่านซึ่งวิถีชีวิตชาวบ้านส่วนหนึ่งจับสัตว์น้ำเพื่อการดำรงชีวิต จากการสังเกตวิถีการดำเนินชีวิตทางการกิน นั้นพบว่าประชาชนยังมีการหาปลาตามธรรมชาติเพื่อมารับประทานด้วยวิธีการ ทอดแห ใต้มองดักปลา เป็นต้น ส่วนการออกกำลังกายในชุมชนที่นอกเหนือจากการประกอบอาชีพนั้น ได้พบกลุ่มที่มีการเดินแอโรบิก ที่ศาลากลางบ้านท่าวาริที่ประชาชนในชุมชนประมาณ 15 คน ที่มาร่วมกันออกกำลังกาย

วัฒนธรรมของชุมชนหัวดอน หัวดอน ท่าวาริที่น่าสนใจอีกอย่างก็คือชุมชนแห่งนี้ประชาชนส่วน

หนึ่ง เป็นเครือญาติที่แยกตัวออกจากชุมชนมาตั้ง หมู่บ้านใหม่เพราะพื้นที่จำกัด แสดงให้เห็นอยู่บ้าง ในเรื่องการสร้างที่อยู่อาศัย มีการปลูกบ้านเรือน ชิดติดกันโดยรอบ ๆ เป็นบ้านญาติพี่น้อง สถานบริการด้านสุขภาพ ในชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนในชุมชน และให้การรักษาโรคทั่วไป และมีคลินิกที่ให้บริการสำหรับประชาชนที่เป็น โรคเรื้อรัง ภายใต้ “โครงการเบาหวานใกล้บ้านใกล้ใจ” วิถีชีวิตของคนในชุมชนจึงผูกพันร่วมกัน บ้าน วัด โรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน ด้วยการเอื้อเฟื้อและพึ่งพาซึ่งกันและกันและเดินทางสะดวก และอีกหน่วยงานหนึ่งที่มี การทำงานร่วมกันและใกล้ชิดกับคนในชุมชนในการดูแลด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจในชุมชน คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวดอนซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่บ้านท่าวารี ผู้วิจัยสังเกตเห็นถึงความร่วมมือกันในชุมชนที่มีให้แกกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนชุมชน โดยกลไกสมัชชาสุขภาพชุมชน ถือได้ว่าเป็นชุมชนต้นแบบให้กับอีกหลาย ๆ ชุมชนในอำเภอเขื่องใน และจังหวัดอุบลราชธานี

1.2 สถานการณ์ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชน การศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา

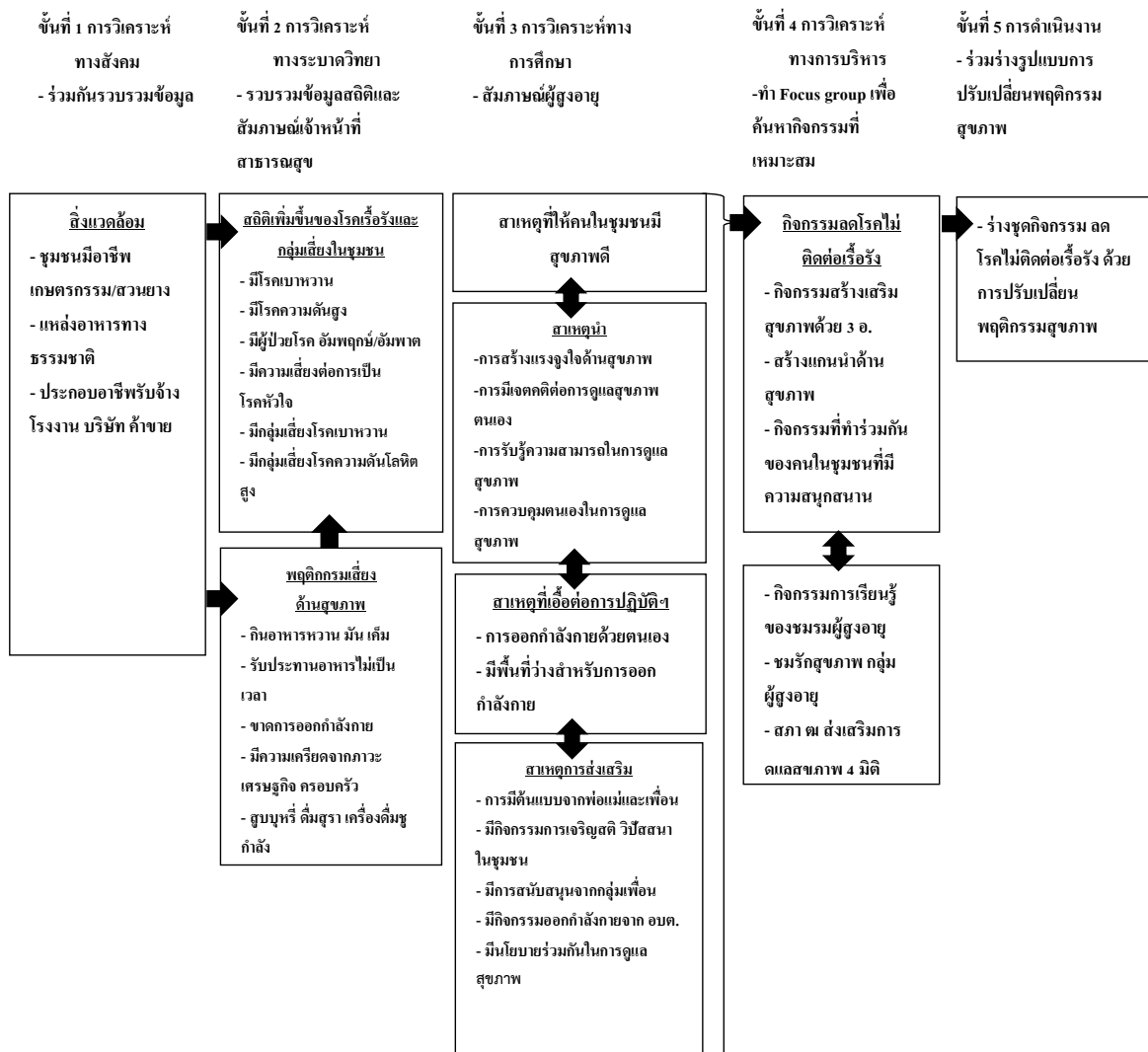
จากเอกสารและฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน พบข้อมูลของโรคเรื้อรังในพื้นที่ ที่ได้จากการตรวจสุขภาพคนในชุมชนตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป ดังนี้ ปี พ.ศ. 2558 มีประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 615 คน มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 120 คน คิดเป็น 19.51 ปี พ.ศ. 2559 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 626 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 15.17 และ ปี พ.ศ.

2560 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 619 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 ส่วนกลุ่มเป้าหมายของโรคเบาหวาน พบว่า ปี พ.ศ. 2558 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 802 คน กลุ่มเสี่ยงคิดเป็น 104 คน คิดเป็นร้อยละ 12.96 ปี พ.ศ. 2559 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 813 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 5.16 และ ปีพ.ศ. 2560 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 803 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86

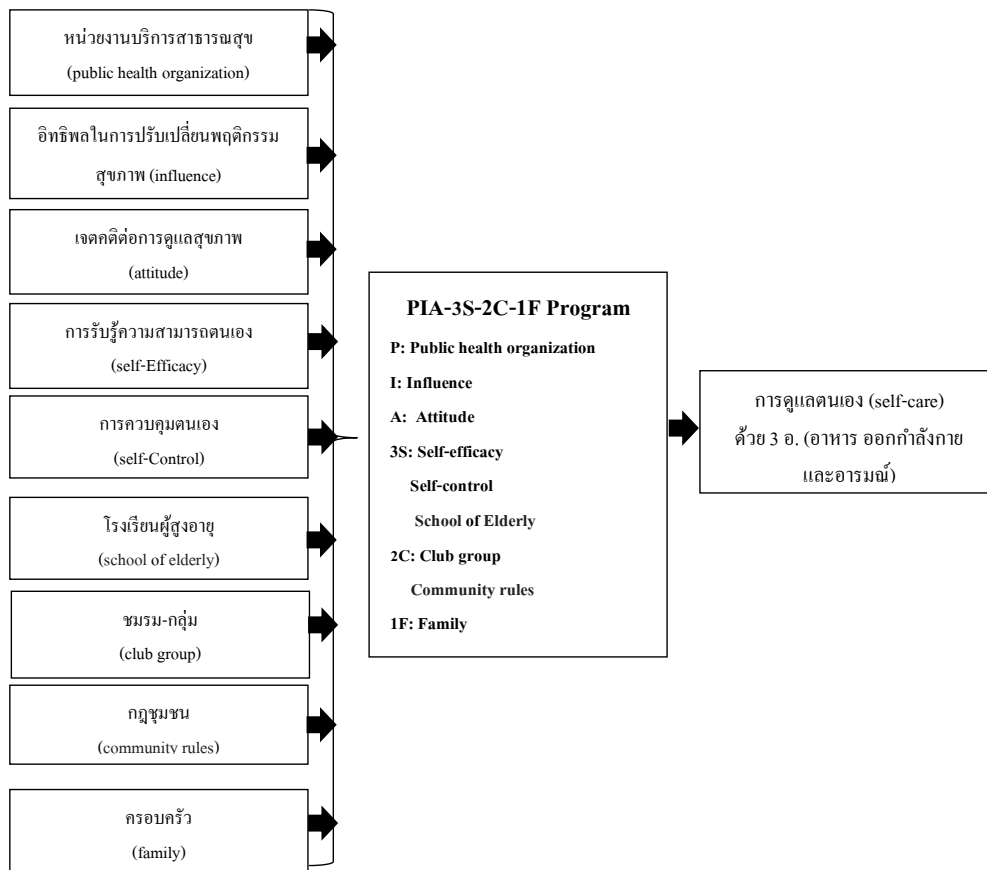
ส่วนที่ 2 ปัจจัย/สาเหตุที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพตามทฤษฎี PRECEDE MODEL

1. จากการศึกษาบริบทชุมชนทำความเข้าใจบริบทสาเหตุ ปัญหาของชุมชนและวิเคราะห์ชุมชนร่วมกัน (ดังภาพ 2) และแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนโดยการจัดโครงการ “พฤติกรรม 4.0 สร้างสุขภาพ หัวดอน หัวดอน ท่าวารี สู่ 80 ปียังแจ้ว” ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุสำคัญของคนในชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง มาเป็นแนวทางการสร้างกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังของชุมชนทั้ง 4 หมู่บ้าน ด้วย PIA-3S-2C-1F Program (ดังภาพ 3) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอนเสริมแรง (public health organization) กระตุ้นให้ประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (influence) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-Efficacy) การควบคุมตนเอง (self-control) โรงเรียนผู้สูงอายุ (school of Elderly) ชมรมและกลุ่มเพื่อน (club group) กฎชุมชน (community rules) ครอบครัว (family) และมีการเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยด้วยการสร้างความตระหนัก(awareness) ด้วยการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรคทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และ

ระดับตำบล การสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ด้วยการนำเสนอความสำเร็จของการสร้างหมู่บ้าน
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพ 2 การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะที่ 1



ภาพ 3 สาเหตุหลักการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง
ของชุมชนเขต รพ.สต.หัวดอน ด้วย PIA-3S-2C-1F Program

2. เพื่อสร้างแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมได้มีการจัดอบรมในภาคทฤษฎีแก่แกนนำและภาคปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกายประเมินผลด้วยแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผลการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพตนเองของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (แบบวัด 3 S) ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) การควบคุมตนเอง (self-control) และการดูแลตนเอง (self-care) และผลการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 8 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 45-50 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5

ในด้านความสามารถตนเองการควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 7.04, 4.07$ และ 6.12 ตามลำดับ)

ตาราง 1 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=8)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ระดับความดันโลหิต ตัวบน (systolic pressure)	135.40	17.42	124.40	11.52	3.24**
ระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (diastolic pressure)	89.90	8.31	87.8	8.04	0.19
ระดับน้ำตาลในเลือด	99.8	12.14	98.40	11.64	0.23
รอบเอว	94	15.20	92	14.13	-1.03*
ดัชนีมวลกาย	28.84	5.23	27.58	4.55	-1.15*

** P<.01 * P < .05

จากตาราง 1 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และดัชนีมวลกายของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic pressure) ของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 ($t = 3.24$) รอบเอว และดัชนีมวลกายของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.03$, และ -1.15 ตามลำดับ) ส่วนระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic pressure) และระดับน้ำตาลในเลือดของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

10 สัปดาห์ (n=10)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ระดับความดันโลหิต ตัวบน (systolic pressure)	135.40	17.42	122.60	5.62	2.37*
ระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (diastolic pressure)	89.90	8.31	85.40	2.05	2.41*
ระดับน้ำตาลในเลือด	99.8	12.14	95.20	4.08	3.40**
รอบเอว	94	15.20	90.70	7.25	2.12*
ดัชนีมวลกาย	28.84	5.23	26.84	5.50	2.80*

**p<.01 *p<.05

จากตาราง 2 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกายของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic pressure) และรอบเอวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 2.37, 2.41$ และ 2.12 ตามลำดับ) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย ของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 3.40$ และ 2.80 ตามลำดับ)

จากผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่วัดจากการรับรู้ ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองของแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วม

โปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องมาจากระยะเวลาสั้นเกินไปในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ แต่มีแนวโน้มผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นมีค่าใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานในสัปดาห์ที่ 10 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าแกนนำกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพวกเขาสามารถเป็นแกนด้านสุขภาพได้ สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชน และสามารถเป็นวิทยากรร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพในกิจกรรมครั้งต่อไปได้ สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำ คือการมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้จากการรับทราบผลลัพธ์สุขภาพเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีเจตคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค

เรื้อรัง จำนวน 40 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน การดูแลตนเอง และการควบคุมตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 11.20$ และ 3.06 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.43$)

ตาราง 3 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2 ปีคาห์ (n=24)					
ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ระดับความดันโลหิต ตัวบน (systolic pressure)	141.49	7.10	130.29	9.27	8.16**
ระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (diastolic pressure)	98.73	10.14	92.52	5.44	4.54**

**p<.01

จากตาราง 3 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic pressure) ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่า คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 และเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 40 ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic pressure)

ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic pressure) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 8.16, 4.54$ ตามลำดับ)

เมื่อทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคเบาหวาน คือ ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.42$)

ตาราง 4 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานก่อนและ
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ดัชนีมวลกาย	31.39	4.49	29.46	4.47	4.03**
น้ำหนัก	67.48	14.62	65.84	11.72	4.09**
รอบเอว	91.84	12.82	89.25	7.35	3.14**

**p<.01

จากตาราง 4 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคเบาหวาน คือ ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และรอบเอว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 4.03, 4.09 และ 3.14 ตามลำดับ)

4. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังด้วยการ

มีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วิเคราะห์สภาพปัญหาตามบริบทชุมชน (2) เตรียมความพร้อมของบุคคล (3) ร่วมกันค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา (4) ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (5) พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน (6) บุคคลต้นแบบและการขยายผล (7) จัดกิจกรรมแผนปรับเปลี่ยน (8) ติดตามประเมินผล (9) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (ภาพ 4)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยมิติดูหมิ่น ประกอบด้วย 2 ระยะ มี 9 ขั้นตอน คือ (1) ทำความเข้าใจบริบทสาเหตุ ปัญหาของชุมชน^[5] (2) เตรียมความพร้อมผู้เกี่ยวข้องโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (3) การสร้างให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดความตระหนักและเสริมสร้างพลังอำนาจ (4) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน (5) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (6) การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน (7) จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (8) ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนดไว้ตามกรอบแนวคิด เนื่องมาจากการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนเป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคล และชุมชนในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาวะ เป็นการเพิ่มสมรรถนะให้คนควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้นหลักการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน มีแนวคิดหลักคือ การใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน ใช้กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย และหัวใจสำคัญคือการสร้างการมีส่วนร่วม สร้างความเป็นหุ้นส่วนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุปัญหาและแนวทางการแก้ไข การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล^[10]

การศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับหลักการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนโดยในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินงานจนทำให้เกิดความสำเร็จในการสร้างกิจกรรมการดูแลของตาม

แนวคิดของ Green; & Kreuter^[11] และใช้หลักการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stake holders) ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชนและร่วมรับผลที่เกิดขึ้นมาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสมใจ วิจิตรกุล^[8] และมีความสอดคล้องกับระดับของนโยบายตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติที่ใช้กลไกชุมชน วิชาการ และภาครัฐ โดยหลักการสำคัญประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง ทั้งที่เป็นความรู้ดั้งเดิมในชุมชน หรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ ๆ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ปัญหาซึ่งได้ที่สำคัญ “PIA-3S-2C-1F Program” ที่นำไปสู่กระบวนการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังซึ่งปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบครั้งนี้

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยดังกล่าว ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัส SSJ.UB 2560-018 ระหว่างวันที่ 26 กันยายน 2560 ถึง 26 กันยายน 2561

การนำไปใช้ประโยชน์

1. กลุ่มเสี่ยงที่ค้นพบในแต่ละปีมีแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมจัดกระบวนการช่วยเหลือ กระตุ้น ติดตาม และประเมินผลร่วมกับกลุ่มเสี่ยงที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของกลุ่มเป้าหมาย

2. แขนงนำสุขภาพต้นแบบ ได้ไปถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหัวดอน และชมรมผู้สูงอายุใน “โครงการไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้ากินข้าวอร่อย” ในทุกเดือน ตลอดการเรียนรู้ทั้งปี

3. แบบแผนพฤติกรรมที่ได้ถูกนำเข้าสู่การออกข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวดอนผ่านธรรมนูญสุขภาพตำบลหัวดอนในหัวข้อการสนับสนุนงบประมาณส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการบ้าน ลานวัด พื้นที่องค์กรให้มีเครื่องออกกำลังกาย

4. กิจกรรมที่เกิดขึ้นได้แกนนำสุขภาพได้ไปสอนผู้ป่วยในคลินิก NCD คุณภาพ รพ.สต. หัวดอน และพื้นที่อื่น ๆ ในระดับอำเภอเชิงใน

เอกสารอ้างอิง

- [1] ชาย โพธิ์ธิดา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2554
- [2] ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์; 2536.
- [3] พัทรี ดวงจันทร์. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในเด็ก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิต [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
- [4] พวงรัตน์ ทวีรัตน์. การสร้างและพัฒนาแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร; 2530.

- [5] ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
- [6] สุพิชชา วงศ์จันทร์. อิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
- [7] สุภากร จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
- [8] สมใจ วินิจกุล. อนามัยชุมชน กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา. กรุงเทพฯ : ฟันนี้พับลิชชิ่ง; 2550.
- [9] อังสินันท์ อินทรกำแหง. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ: 3 self ด้วยหลัก PROMISE Model. กรุงเทพฯ : สุขุมวิท; 2552.
- [10] อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2556.
- [11] Green, L. and Kreuter, M. Health program planning: An educational and ecological

approach. 4th Edition, McGraw Hill, New York; 2005.

- [12] Huberman, A. M., & Miles, M. B. Data management and analysis methods. In N. K; 1994.
- [13] Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research 1977; 2: 49-60.