

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิง และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอปาดัว จังหวัดยโสธร

เดชา นิมพิลา, สุภาพร ใจการุณ, เฝ้าไทย วงษ์เหลา ***

*นักศึกษาลัทธิศาสตร์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

***คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

โรคอ้วนเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆตามมามากมาย เป็นสาเหตุการป่วย และสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องร่วมกันหามาตรการ และแนวทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบในการจัดการสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และสภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอปาดัว จังหวัดยโสธร และเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ และสภาวะสุขภาพหลังการทดลอง โดยใช้วงจรเดมมิง และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิง อายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 65 คน จากตำบลเชียงเพ็ง 30 คน และตำบลกระจ่าย 35 คน ซึ่งได้มา โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม 4 ขั้นตอน ซึ่งได้แก่ ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นที่ 2 การดำเนินงาน (Do) ขั้นที่ 3 การตรวจสอบ (Check) ขั้นที่ 4 การแก้ไขปรับปรุง (Action) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. การออกกำลังกาย อาหาร และการพักผ่อน คลายความเครียด และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ภายใต้การจัดการคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในเรื่องของการออกกำลังกาย โภชนาการ และการพักผ่อนคลายความเครียดดีขึ้นก่อนการทดลอง ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ และสภาวะสุขภาพหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสรุปการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ ประสบความสำเร็จโดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีการกระตุ้นเตือนให้กำลังใจติดตามความก้าวหน้าและให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการจัดการสุขภาพ; รูปแบบการจัดการสุขภาพ; วงจรคุณภาพของเดมมิง

Original Article

A Study of the Effects of the Health Management Model by Applying Demming's Quality Circle and Social Support to Promote Health Behavior and States of the Public Health Volunteers of Patiew District of Yasothorn Province

Decha Nimpila*, Supaporn Jaikarun**, Paothai Vonglao***

*Master of Public Health in Health Promotion Graduate School, Ubon Ratchathani Rajabhat University

** Ubon Ratchathani Rajabhat University, Faculty of public health

*** Ubon Ratchathani Rajabhat University, Faculty of science

Abstract

Obesity is a chronic disease caused by the many. Cause of illness and the cause of death of the country. Who is involved in all sectors must work together to find solutions to urgent measures. This research was Quasi- experimental study. Aims of this research the effect of variations in health management. The quality of the Deming cycle applications. And social support to promote healthy behaviors. And health status of volunteers at Patieu District, Yasothorn Province. An experimental group was 30 health volunteers aged between 40-60 years, in ChaingPeng Sub-district and comparison group was 35 health volunteers in Khajai Sub-district. By Cluster random sampling. The method of development was 4 level 1) Plan 2) Do 3) Check 4) Action. And data collecting was questionnaires and health records. This data were analyzed using descriptive statistics, percentage, mean and standard deviation. And inferential statistics, including an analysis of covariance (ANCOVA).

The results showed that Model of health management The obesity issue of village health volunteers, the researchers prepared. Using the principles of health promotion 3 Rd., Exercise, diet and stress. Theory and social support. Under the Quality Management PDCA (Plan-Do-Check-Act) to the experimental group were managed health behavior change in a matter of proper nutrition, exercise and stress better than before the experiment. The comparison between behavioral health management. And health status after the experiment showed that the experimental group had mean scores than the control group was statistically significant at 0.05 level.

In summary, the success factors in the obesity issue in public health volunteers is social support. The promptings encouraging progress. And provide information continuously. Cause a change in behavior management optimum health. And effective.

Keywords : Behavioral health management; Model of health management; The quality of the Deming cycle

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะเศรษฐกิจสังคม นโยบายการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย การสื่อสารและการคมนาคมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของประชาชนที่มากกว่านั้น คือความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้โรคที่เกิดจากการติดเชื้อต่างๆ ที่เคยเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ในสมัยก่อนค่อยๆ ลดลงไป แต่พบว่าการเกิดโรคเรื้อรังกลับมีอัตราเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศและเป็นสาเหตุของอัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นสาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชนซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทยอาทิโรคมะเร็งโรคหัวใจความดันโลหิตสูงหลอดเลือดสมองและเบาหวาน เป็นต้น

ประกอบกับรายงานองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคอ้วนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และได้กำหนดว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็ง ฯลฯ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอัตราตายร้อยละ 13 ส่วนผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราตายร้อยละ 6 ปัจจุบันพบว่าความชุกของโรคอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกกลุ่มอายุ ทั้งวัยเด็ก วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความชุกของโรคอ้วนสูงกว่าวัยอื่นๆ และองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปี พ.ศ. 2548 ประชากรตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 1,600 ล้านคน และมีภาวะอ้วนประมาณ 400 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2558 นี้ จะมีประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

เพิ่มขึ้นเป็น 2,300 ล้านคนและมีภาวะอ้วนประมาณ 700 ล้านคน² จากการศึกษาความชุกของโรคอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ปี พ.ศ. 2547 พบว่าประเทศไทยมีอัตราความอ้วนสูงถึงร้อยละ 50 คิดเป็นลำดับที่ 5 จากทั้งหมด 14 ประเทศ รองจากประเทศออสเตรเลีย มองโกเลีย วานูอาตู และฮ่องกง สำหรับโรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาหนึ่งของปัญหาสาธารณสุขที่ร้ายแรง ในปี 2550 ประมาณ 22 ล้านคนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกมีน้ำหนักเกินและอ้วนซึ่งมากกว่าร้อยละ 75 ของเด็กที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เด็กที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนมีแนวโน้มเติบโตเป็นผู้ใหญ่อ้วนและพัฒนาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจหลอดเลือด ในอายุน้อยลง

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ที่มีน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ม²) และอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก/ม²) ซึ่งเป็น สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังของคนไทย ร้อยละ 22.6 เพิ่มขึ้นจากปี 2550 ที่พบว่ามีผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 19.1 และพบว่าคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองอัตรา 174.88 ต่อแสนประชากรโรคความดันโลหิตสูงอัตรา 544.08 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือดอัตรา 198.68 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานอัตรา 490.53 ต่อแสนประชากรและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคกลุ่มนี้เฉลี่ย 30 คนต่อวัน และจากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังของประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด 81.40 ต่อแสนประชากรโรคหัวใจและหลอดเลือดอัตรา 59.12 ต่อแสนประชากรโรคหลอดเลือดสมองอัตรา 25.27 ต่อแสนประชากรโรคหัวใจขาดเลือดอัตรา 18.69 ต่อ

แผนประชากรโรคเบาหวาน 11.85 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิตสูง อัตรา 3.94 ต่อแสนประชากร¹ซึ่งมีแนวโน้มของการเป็นโรคเรื้อรัง และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีและเกิดขึ้นในกลุ่มอายุที่ลดลงเรื่อยๆ และจากการติดตามของสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ติดตามเฝ้าระวังปัญหาการเจ็บป่วยของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ การเฝ้าระวังตลอดปี 2551 พบว่าเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจาก 50 จังหวัดทั่วประเทศที่ส่งรายงานมีจำนวนทั้งสิ้น 2,176,620 รายและพบว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ชายเกือบ 2 เท่า ในกลุ่มคนวัยทำงานอายุน้อยกว่า 40 ปี มีแนวโน้มป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น และพบผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการแทรกซ้อนทั้งหมด 224,506 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณร้อยละ 30 เกิดที่หลอดเลือดแดงและเกิดภาวะไตวายสำหรับภาพรวมสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทุก 10 ปี อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เท่ากับ 33 ต่อแสนประชากรในปี 2529 เพิ่มขึ้นเป็น 100 ต่อแสนประชากรในปี 2539 และพุ่งสูงถึง 586.8 ต่อแสนประชากรในปี 2553

ทั้งนี้ จะเห็นการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเช่นออกกำลังกายสม่ำเสมอการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมมีการจัดการกับความเครียดที่ดีและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพเช่นการสูบบุหรี่ดื่มสุราเป็นต้นตั้งแต่อายุน้อยจะสามารถมีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและช่วยประเทศประหยัดงบประมาณในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากแต่ประชาชนส่วนใหญ่

ยังขาดการปฏิบัติต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายและโภชนาการเพื่อสุขภาพทำให้ชีวิตประชาชนไทยดำเนินไปในทางทำลายสุขภาพของตนเองตลอดเวลาเกิดภาวะเครียดประสิทธิภาพการทำงานลดลงซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคตทั้งในระดับองค์กรและประเทศชาติ

ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นต้นมามุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพของคนเป็นหลักโดยเฉพาะเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนทุกกลุ่มอายุ มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนองค์กรหน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้รับรู้ตระหนัก และใส่ใจสุขภาพร่วมกันสร้างเสริมและดูแลสุขภาพตนเองครอบครัวชุมชนโดยให้ประชาชนมีความรู้และทักษะด้านสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเช่นมีการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และปลอดภัยการลด ละ เลิกยาเสพติด และรู้วิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี และรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองเป้าหมายหลัก เพื่อการมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี ลดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 เน้นระบบสุขภาพพอเพียงมุ่งหวังให้ทั้งระดับบุคคลชุมชนและองค์กรรับรู้ถึงศักยภาพและประเมินตนเองสร้างภูมิคุ้มกันด้านตนเองมีความรู้ในการที่จะจัดการและดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของคน ในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องของการมีภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกลุ่มบุคคลวัยทำงานเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะบุคลากรด้านสาธารณสุขสมควร

อย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายโภชนาการและการจัดการความเครียดที่เหมาะสมรวมทั้งปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่าง (Model) และเป็นผู้นำด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป

ในปี 2553 จังหวัดยโสธรได้รายงานอัตราการตายของประชาชน พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด และ เบาหวาน มีอัตราตายเป็นอันดับ 2 และ 3 ดังนี้ คือ 48.11 และ 29.74 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ยกเว้นมะเร็งที่มีอัตราตายเป็นอันดับ 1 เท่ากับ 90.62 ต่อแสนประชากรซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการเกิดการตายของจังหวัดยโสธร ปี 2549 ถึง 2553 มีอัตราตายด้วยสาเหตุการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 32.42, 33.84, 33.6, 48.11 และ 52.79 ต่อแสนประชากรตามลำดับสาเหตุจากโรคเบาหวานมีอัตราตาย เท่ากับ 14.20, 15.24, 20.66, 24.76, 29.74 ต่อแสนประชากรตามลำดับส่วนโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราตายเท่ากับ 1.91, 1.96, 2.75, 7.91, 7.48 ต่อแสนประชากรตามลำดับทั้งสามโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการรายงานการตรวจคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนทั่วไป อายุ 15-74 ปี ในจังหวัดยโสธร ของปี 2550 -2553 มีผลดังนี้ คือมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 20.95, 16.17 และ 25.30 ตามลำดับ และจากผลการตรวจสุขภาพประชาชนในทุกตำบลของอำเภอป่าติ้ว จำนวน 39,22 คนจากประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ประจำปี 2552 จำนวน 98,622 คน คิดเป็นร้อยละ 60 พบว่า ประชาชนมีสภาวะสุขภาพอ้วน ร้อยละ 16.22 เส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 12.11 ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.71 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 1.37 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 0.05 ซึ่งผลการตรวจสุขภาพพบว่า ประชาชนในพื้นที่อำเภอป่าติ้วมีภาวะเสี่ยงทุกรายการและอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จำนวน 634 คน มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 43.5 เพศชาย ร้อยละ 15.1 เพศหญิง ร้อยละ 53.7 พบว่า อสม. เพศหญิง มีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าเพศชาย 3.5 เท่า และผลจากการตรวจสุขภาพ ในกลุ่ม อสม. ตำบลเชียงเพ็งทั้งหมด 72 คน คิดเป็นร้อยละ 100 พบว่า อสม. มีภาวะอ้วนลงพุงและ เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 51.60 ซึ่ง อสม. หญิงมีภาวะอ้วนกว่า อสม. ชาย 4.3 เท่า⁷

จากปัญหาสาธารณสุขดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคอ้วนเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมาอีกมากมาย เช่น น้ำตาลในเลือดสูงโรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการป่วย และสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องร่วมกันหามาตรการ และแนวทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน สำหรับการแก้ไขปัญหาในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้ดำเนินการรณรงค์สร้างกระแส “คนไทยไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดีด้วยหลัก 3 อ.” คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ พร้อมสร้างบุคคลต้นแบบไร้พุง ด้วยภารกิจ 3 อ รวมทั้งรับสมัครองค์กรต่างๆ เพื่อเป็นภาคีเครือข่ายองค์กรไร้พุงต้นแบบ และชุมชนไร้พุงต้นแบบทั่วประเทศ โดยตั้งเป้าหมายให้ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 48 ล้านคน มีหุ่นดีไร้พุงมีพฤติกรรม การบริโภค และการใช้ร่างกายอย่างเหมาะสม สามารถควบคุมน้ำหนักของตนเองได้จนไปสู่การลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ สำหรับในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้เป็นจังหวัดนำร่อง ในการดำเนินการโครงการจังหวัด ไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดี โดยในดำเนินการในปี 2553 เป็นปีแรก โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการ, ประชากรที่มีสิทธิ์ประกันสังคม, แก่นนำสุขภาพ และประชาชนทั่วไป แต่สำหรับกลยุทธ์หรือรูปแบบการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะแกนนำด้านสุขภาพในหมู่บ้าน และชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ในด้านการลดพุงของผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวเกินมาตรฐาน ยังไม่มีรูปแบบการจัดการสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในระดับตำบลที่ชัดเจน รวมทั้งการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังไม่มีกระบวนการจัดการคุณภาพที่เป็นระบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยภารกิจ 3 อ. ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในระดับหมู่บ้าน และตำบลของโครงการจังหวัดไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดี

ในการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนได้มีความพยายามในการศึกษาถึงการนำรูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิง ในการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน อาทิ การใช้กระบวนการคุณภาพ PDCA ของเดมมิงเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้ผลดีอีกรูปแบบหนึ่ง

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้โปรแกรมคุณภาพของเดมมิง ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเซเซ้ง อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธรโดยใช้แนวคิดของ Deming Cycle และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนารูปแบบให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ตั้งแต่กิจกรรมการวางแผน (Plan) กำหนดวัตถุประสงค์และตั้งเป้าหมายการวางแผนกลยุทธ์ว่าจะทำอะไรที่ไหน โดยใคร เมื่อไร และด้วยวิธีใดการปฏิบัติ (Do) ทำความเข้าใจ และลงมือปฏิบัติตามแผนการตรวจสอบ

(Check) ตรวจสอบ และยืนยันความก้าวหน้าหรือผลการปฏิบัติโดยใช้หลัก 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ จนกระทั่งทราบข้อบกพร่องและหาสาเหตุที่แท้จริงในกระบวนการทำงานแล้วมาปรับปรุงการทำงานใหม่การแก้ไข (Act) จัดทำแนวทางหรือวิธีดำเนินการในส่วนที่การปฏิบัติได้ผลดี และหาช่องทางในการปรับปรุงเป็นกิจกรรมที่มีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำการตรวจสอบแล้วการปรับปรุงอาจเป็นการแก้ไขแบบเร่งด่วนเฉพาะหน้าหรือการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำรอยเดิมการปรับปรุงอาจนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงานที่ต่างจากเดิมเมื่อมีการดำเนินงานตามวงจร Plan-Do-Check-Act ในรอบใหม่ข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงจะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้นตลอดจนทำให้สถานบริการสาธารณสุขสามารถแก้ไขปัญหาโรคอ้วนไปยังบุคลากร ชุมชน และประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบในการจัดการสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และสภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการสุขภาพ และสภาวะสุขภาพหลังการทดลอง โดยใช้วงจรเดมมิง และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้พฤติกรรมจัดการสุขภาพ

ด้านการออกกำลังกายโภชนาการและการผ่อนคลาย
ความเครียดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
โดยใช้ภาวะสุขภาพก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

2. ผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพโดย
ประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งและแรงสนับสนุนทาง
สังคม ทำให้ภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองมีการ
เปลี่ยนแปลงดีขึ้น มวลกายรอบเอวความดันโลหิต
และระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ของกลุ่มทดลอง
ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้พฤติกรรมจัดการ
สุขภาพก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง
(Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัด
ก่อนหลัง(Two-Group Pre-Post Design) โดยประยุกต์
ใช้กระบวนการ PDCA กับแรงสนับสนุนทางสังคมใน
การดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง อายุระหว่าง 40-
60 ปี มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขตอำเภอป่าตอง
อย่างน้อย 6 เดือน ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI)
มากกว่า 25 กก./ม.² และเส้นรอบเอว มากกว่า 80 ซม.
จำนวน 65 คน จากตำบลเชียงเพ็ง 30 คน และตำบล
กระจ่าย 35 คน ซึ่งได้มา โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม
(Cluster random sampling) โดยให้ตำบลเป็น
หน่วยการสุ่ม

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่
พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555
จำนวน 12 สัปดาห์ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3
ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ระยะ
ดำเนินการวิจัย และระยะสรุปและประเมิน
ผลการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

1. นำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์
เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอป่าตอง จังหวัดยโสธร

2. ติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอ
ความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอ
ความร่วมมือและชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3. จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์

ระยะดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยได้กำหนด อสม.
ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินมาตรฐานและรอบเอว
เกินมาตรฐานในพื้นที่ ตำบลเชียงเพ็ง เป็นกลุ่มทดลอง
2. ทำการทดสอบก่อนและหลังการ
ทดลองโดยใช้แบบสอบถาม

3. ขั้นตอนทดลองก่อนทดลอง 1 สัปดาห์ผู้วิจัย
ทำการเก็บข้อมูล และจัดโปรแกรมใช้กระบวนการ
กลุ่ม บรรยายความรู้ การฝึกปฏิบัติ ตามโปรแกรมการ
ประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของ เดมมิ่ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมตามแผนการ
ดำเนินการงานการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนโดยประยุกต์
เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งในขั้นตอนการ
วางแผนในการปฏิบัติงาน (Plan)

1. การอบรมความรู้ด้านการวางแผน
2. กิจกรรม“ร่วมเสวนาร่วมพลังร่วมใจ
แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย
โภชนาการและการผ่อนคลายความเครียดผู้วิจัยสรุป
และเพิ่มเติมข้อมูลที่สำคัญแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. แจกแบบบันทึกด้วยตนเองเกี่ยวกับ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย
การรับประทานอาหารการผ่อนคลายความเครียด
และคู่มือสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรพร้อมชี้แจงการ
ลงบันทึก

สัปดาห์ที่ 2 การดำเนินกิจกรรมตาม
แผนการดำเนินการงานการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนโดย
ประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง ใน
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Do) ประกอบด้วย

1. กิจกรรมสาธิตและฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

2. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

3. จัดหมายนัดพบและร่วมกิจกรรม “การเดินแอโรบิคเพื่อสุขภาพ”

4. ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่ได้จากการอบรม และระดมความคิดเห็น

สัปดาห์ที่ 3 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะสั้นโดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Do) ประกอบด้วย

1. กิจกรรมสาธิตและการฝึกทักษะ
2. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

3. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 1 กิจกรรม “สารรักฝากมาทวงหาจากเรา”

4. ส่งจดหมายนัดพบและร่วมกิจกรรม “การเดินแอโรบิคเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 4 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะสั้นโดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Do) ประกอบด้วย

1. กิจกรรมสาธิตและการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

2. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

3. ส่งจดหมายนัดพบและร่วมการสาธิตและฝึกปฏิบัติ “สมาธิเพื่อสุขภาพ”

4. สนทนากลุ่มการซักถามปัญหาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและให้คำปรึกษา

สัปดาห์ที่ 5 การดำเนินกิจกรรมตาม

แผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะสั้นโดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Do)

1. กิจกรรมการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม

2. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

3. กิจกรรม “ร่วมเสวนาร่วมพลังร่วมใจ” ผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมข้อมูลที่เป็นแก่นกลุ่มตัวอย่าง

4. กิจกรรม “ร่วมคิดสร้างสรรค์กับวันสบายๆ” คือการเล่าเรื่องความประทับใจในอดีตจากกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะสั้นโดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Do) ประกอบด้วย

1. กิจกรรมสาธิตและการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

2. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

3. ส่งจดหมายนัดพบและร่วมกิจกรรม “โยคะเพื่อสุขภาพ”

4. สนทนากลุ่มการซักถามปัญหาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันและสรุปผลการบันทึกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษา

5. กิจกรรม “แม่ครัวตัวอย่าง” ได้แก่การจัดเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพซึ่งรางวัล

6. กิจกรรม “กินอย่างไรร่างกายสวยงาม” การสาธิตและร่วมรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 7 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะสั้นโดย

ประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งในขั้นตอนการตรวจสอบกิจกรรม (Check)

1. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 3 กิจกรรม “สารรักฝากมาห่วงหาจากเรา”

2. ส่งจดหมายนัดพบและร่วมกิจกรรม “โยคะเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 8 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะที่ 8 โดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง ในขั้นตอนการตรวจสอบกิจกรรม (Check) โดยตรวจสอบกิจกรรมของกลุ่มทดลอง และให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 3 กิจกรรม “สารรักฝากมาห่วงหาจากเรา” การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและให้แรงสนับสนุนการให้กำลังใจติดตามความก้าวหน้าและการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 9 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะที่ 9 โดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งในขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action) โดยสังเกตการดำเนินงาน การจัดกิจกรรม การประสานงาน การประเมินผลการทำงานให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 4 กิจกรรม “สารรักฝากมาห่วงหาจากเรา” การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและให้แรงสนับสนุนการให้กำลังใจติดตามความก้าวหน้าและการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 10 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะที่ 10 โดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งในขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action)

สัปดาห์ที่ 11 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะที่ 11 โดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งในขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action)

สัปดาห์ที่ 12 การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาระยะที่ 12 โดยประยุกต์เนื้อหาการใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งในขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม (Action) ขั้นตอนประเมินผลและรายงานใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรม “ยิ้มแย้มแจ่มใสวันดอกไม้บาน” ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างการตรวจภาวะสุขภาพและตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลังร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ (Posttest)

2. กิจกรรม “รางวัลแทนใจ” มอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศการเล่าเรื่องประทับใจและเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ

3. กิจกรรม “อ้อลาล้าย” ร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย

ประเมินผลหลังดำเนินงาน (ตุลาคม 2555) ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม เพื่อประเมินผลความสำเร็จ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) ผสมผสานกับทฤษฎีการแก้ไขปัญหสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวิธีค้น ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง เอกสารคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ชุดแผ่นความรู้คนไทยไร้พุง 3 อ แผนการสอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองโดยมีค่าดัชนีร้อยละไม่น้อยกว่า 0.77

และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.825

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระดับความรู้ และข้อมูลการปฏิบัติ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการออกกำลังกายโภชนาการการผ่อนคลายความเครียดและภาวะสุขภาพได้แก่น้ำหนักดัชนีมวลกายรอบเอว ความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้การวิเคราะห์ตัวแปรร่วม (Analysis of covariance : ANCOVA)

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่ากลุ่มทดลองที่ศึกษาเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุต่ำสุด 40 ปี อายุเฉลี่ย 49.97 ปี สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 90 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.33 และประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60 รายได้ครอบคลุมต่อเดือนพอมีพอใช้ ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี และบุตร ร้อยละ 70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.33 บิดา มารดา พี่น้องมีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.67 กลุ่มทดลองไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 โทรทัศน์ ร้อยละ 76.67 และวิทยุ กระจายเสียง ร้อยละ 66.67

1. รูปแบบการจัดการสุขภาพ โดยใช้กระบวนการ PDCA และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อ

แก้ไขปัญหาโรคอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. การออกกำลังกาย อาหาร และการผ่อนคลายความเครียด และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ภายใต้การจัดการคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการสุขภาพที่เหมาะสมในเรื่องของการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำแผนการสอนขึ้นโดยกำหนดวัตถุประสงค์ จัดทำเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย เนื้อหา ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยภารกิจ 3 อ. เสริมสร้างความรู้ในด้านโรคต่างๆ การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม อาหารที่ถูกต้องเหมาะสม เสริมสร้างความรู้ เรื่องอารมณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม ใช้วิธีการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ สนทนากลุ่ม บุคคลต้นแบบ ใช้สื่อการสอน วีดิทัศน์ ชุดแผ่นความรู้ เอกสารคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อใช้แจกจ่ายให้กลุ่มทดลองนำไปใช้เป็นข่าวสารด้านสุขภาพที่บ้าน และใช้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติและการมารับการตรวจตามนัด โดยการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน และให้แรงสนับสนุนการให้กำลังใจติดตามความก้าวหน้าและการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพหลังสิ้นสุดการให้สุศึกษาและดำเนินกิจกรรมทุก 1 สัปดาห์

2. ผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้กลุ่มทดลอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการและการผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย

กายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.67 และหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายไปในทิศทางเดียวกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.00 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในทางที่ดีขึ้น

2.2 พฤติกรรมด้านโภชนาการ ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุศึกษาตามรูปแบบการจัดการสุขภาพส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในด้านโภชนาการอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 56.67 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านโภชนาการไปในทิศทางเดียวกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.67 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการในทางที่ดีขึ้น

2.3 พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุศึกษาตามรูปแบบการจัดการสุขภาพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.00 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดในทางที่ดีขึ้น

2.4 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน (การออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด) ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุศึกษาตามรูปแบบการจัดการสุขภาพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (คิดเป็นร้อยละ 90) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.67 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการสุขภาพ และภาวะสุขภาพหลังการทดลอง โดยใช้วงจรเดมมิง และแรงสนับสนุนทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 รอบเวก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\text{Sig.}=0.029 < 0.05$) และเมื่อควบคุมรอบเวของกุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าพฤติกรรม ออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\text{Sig.}=0.000 < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\text{Sig.}=0.000 < 0.05$) และเมื่อควบคุมดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

3.5 รอบเวก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Sig.=0.730 > 0.05) และเมื่อควบคุมรอบเวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมการด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

3.9 รอบเวรก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ไม่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของ

3.16 ระดับคลอเลสเตรอลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ไม่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกาจัดการสุขภาพ ทั้ง 3 ด้านของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\text{Sig.}=0.062 > 0.05$) และเมื่อควบคุมระดับคลอเลสเตรอลของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมกาจัดการสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\text{Sig.}=0.000 < 0.05$) โดย ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมกาจัดการสุขภาพทั้ง 3 ด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.18 พฤติกรรมด้านโภชนาการก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ไม่ส่งผลกระทบต่อรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Sig.=0.542>0.05) และเมื่อควบคุมพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า รอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ (Sig.=0.210>0.05) โดยค่าเฉลี่ยรอบเอวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.20 พฤติกรรมการจัดการสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลองเป็น ตัวแปรร่วม ที่ไม่ส่งผลกระทบต่อรอบเวลาของอาสาสมัคร สาธารณสุข ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Sig.=0.632>0.05) และเมื่อควบคุมพฤติกรรมการ จัดการสุขภาพทั้ง 3 ด้านของอาสาสมัครสาธารณสุข ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า รอบเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างทาง สถิติ (Sig.=0.239 > 0.05) โดยค่าเฉลี่ยรอบเวลาของ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.22 พฤติกรรมด้านโภชนาการก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ไม่ส่งผลต่อดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Sig.=0.308>0.05) และเมื่อควบคุม

(Sig.=0.002 < 0.05) โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.29 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลกระทบต่อระดับคลอเลสเทอรอลของอาสาสมัครสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig.=0.011 < 0.05) และเมื่อควบคุมพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับคลอเลสเทอรอลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig.=0.024<0.05) โดย ค่า เฉลี่ย ระดับ คล อเลสเทอรอลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.30 พฤติกรรมด้านโภชนาการก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลกระทบต่อระดับคลอเลสเทอรอลของอาสาสมัครสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig.=0.010 < 0.05) และเมื่อควบคุมพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับคลอเลสเทอรอลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig.=0.005 < 0.05) โดยค่าเฉลี่ยระดับคลอเลสเทอรอลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.31 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลกระทบต่อระดับคลอเลสเทอรอลของอาสาสมัครสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig.=0.000* < 0.05) และเมื่อควบคุมพฤติกรรมการ ผ่อนคลายความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุข ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับคลอเลสเทอรอลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างทางสถิติ (Sig.=0.513>0.05) โดยค่าเฉลี่ยระดับคลอเลสเทอรอลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3.32 พฤติกรรมการจัดการสุขภาพทั้ง 3

ด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลกระทบต่อระดับคลอเลสเทอรอลของอาสาสมัครสาธารณสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig.=0.006 < 0.05)และเมื่อควบคุมพฤติกรรมการจัดการสุขภาพทั้ง 3 ด้านของอาสาสมัครสาธารณสุข ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับคลอเลสเทอรอลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig.=0.013< 0.05) โดยค่าเฉลี่ยระดับคลอเลสเทอรอลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิจารณ์

สมมติฐานข้อที่ 1 ผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้พฤติกรรมการจัดการสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายโภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ภาวะสุขภาพก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมซึ่งพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรมการจัดการสุขภาพการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านโภชนาการพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และด้านการผ่อนคลายความเครียดพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐาน พฤติกรรม การ ผ่อน คลาย ความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับ Young, Deborah,

Stewart, Kerry J. (2006) ศึกษาเรื่อง A Church-based Physical Activity Intervention For African American Women เป็นการทดลองประเมินผลใน 6 เดือนโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในโบสถ์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกายระหว่างหญิงชาวแอฟริกันที่สัมพันธ์กับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health lecturer) และยืดหยุ่นตามสภาวะผู้เข้าร่วมได้แก่ผู้หญิง 196 คน จาก 11 โบสถ์วิธีสุ่มตัวอย่างโบสถ์ที่จะให้โปรแกรมแอโรบิกหรือ Health N Stretch พบว่าโปรแกรมทั้ง 2 ให้ผลด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันคือมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญและในกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำนายการเปลี่ยนแปลงด้านการออกกำลังกายได้สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ Roy F. Oman และอี.ดัน Terry E. Duncan (1994) ได้ศึกษาเรื่อง Women and Exercise: An Investigation of the Role of Social Support, Self-Efficacy and Hardinessจากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายเนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อกลไกทางจิตของบุคคลทำให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกายโดยการศึกษาที่ใช้ Structural equation modeling techniques เพื่อตรวจสอบความยืดหยุ่น (Hardiness) และความสามารถในตนเอง (Self-Efficacy) ที่เป็นตัวเชื่อมของตัวแปรภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมออกกำลังกายในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ 282 คน เข้าร่วมโปรแกรมแอโรบิก 5 สัปดาห์ พบว่า ความยืดหยุ่น (Hardiness) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการรับรู้ความสามารถตนเองแต่ไม่มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งสนับสนุนตามรูปแบบที่ศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการ

เพิ่มขึ้นของระดับการควบคุมภายในบุคคลอย่างมีความเชื่อมั่นจากผลการศึกษาแนะนำว่าแรงสนับสนุนทางสังคมความยืดหยุ่นและความสามารถในการตนเองมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในตัวบุคคลซึ่งส่งผลต่อการออกกำลังกายในกลุ่มประชากรซึ่งสอดคล้องกับมิ่งขวัญ ภู่งงศ์ทอง (2549) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานในบริษัทบ้านไผ่ยูเนี่ยนการเน้นที่ จำกัด อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยพนักงานในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 8 สัปดาห์ โดยมีการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย การให้กำลังใจ การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมอบรางวัลพร บ้ายเตือนอันตราย และการให้รางวัล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับ เครือฟ้า โยทองยศ (2549) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลที่มือและเท้าของผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อน นิคมโนนสมบุญ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยผู้ประสบจากโรคเรื้อนที่ได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรม โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติและผู้วิจัย ในการให้กำลังใจ ช่วยเตรียมและจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลมือและเท้า ช่วยจัดบ้านเรือนและสภาพแวดล้อม การเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ พบว่าผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดแผลที่มือและเท้าได้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สมมติฐานข้อที่ 2 ผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิงและแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายรอบเอวความดันโลหิตและระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้พฤติกรรมการจัดการสุขภาพก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม ซึ่งดัชนีมวลกายพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วนขั้นที่ 1 ร้อยละ 36.67 ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง เส้นรอบเอว หลังทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับเส้นรอบเอวอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 60 ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ความดันโลหิตพบว่าหลังการทดลองมีระดับความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มสูงสายรายใหม่หรือป่วย ร้อยละ 33.33 ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลอยู่ในกลุ่มปกติ (น้อยกว่า 200 mg/dl) ร้อยละ 93.33 มากกว่าก่อนการทดลอง สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิง (PDCA) กระบวนการกลุ่ม การกระตุ้นเตือน การมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อย สนทนากลุ่ม เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินกิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ทำให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้การแนะนำ สาธิต ฝึกทักษะการปฏิบัติให้กำลังใจ จดหมายนัดพบ การให้คำปรึกษาจากผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับ วีรยุทธ แสงส่อง (2555) ได้ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในชุมชนตำบลศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วย

เบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับวรวิไล วงศ์ศรีธา (2554) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการจัด การความเครียด พบว่าหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการผ่อนคลายได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้
การจัดกิจกรรมอบรมหรือให้สุศึกษาควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง เพื่อลดความตึงเครียด และเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง การสาธิตออกกำลังกาย ประเภทการออกกำลังกายควรเหมาะสมกับวัย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน จะทำให้ได้รับความสนใจ ความร่วมมือเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
ควรมีการศึกษาปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และอิทธิพลของคนในครอบครัวต่อพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

ด้านโภชนาการ และด้านการผ่อนคลายความ เครียด
ที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาจำกัด ควรมี
การศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามดูความต่อ เนื่อง
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประเมินภาวะสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้
และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.สุภาพร ใจการุณ ประธานกรรมการที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เผ่าไทย
วงศ์เหลา ที่ได้ดูแลให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ชี้แนะ
แนวทาง เอาใจใส่ แก้ไขปรับปรุงงานอันเป็นประโยชน์
ต่อการวิจัย พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอ
มา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ ได้แก่
ดร.กรรณิการ์ พุ่มทอง นักวิชาการ นายอิสระ ยาวะโนภาส
สาธารณสุขอำเภอป่าติ้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ป่าติ้ว จังหวัดยโสธร และนายสงวน บุญธรรม
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดยโสธร นายวินัย บุญอยู่ นักวิชาการ
สาธารณสุขชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านหนองชุมและนายปานพกรณ์ หูตาชัย
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอป่าติ้ว ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็น
ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ
ป่าติ้ว อสม.ในพื้นที่ตำบลเชียงเพ็ง และผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยทุกท่านที่กรุณาสละ
เวลาร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลงานวิจัย และคอยให้
กำลังใจด้วยดีเสมอมา



เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุขไทย ปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.

กรมควบคุมโรคสำนักโรคระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2553. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค, 2553.

กองสุขศึกษา สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพคนไทย 2553. นนทบุรี: กองสุขศึกษา, 2553.

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ
2553. ยโสธร: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2553.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเซ่ง. สรุปผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชน ตำบลเซ่งเพ็ง
ปีงบประมาณ 2553.ยโสธร: กลุ่มงานสารสนเทศ, 2553.

สุภัทรา อนันทวรรณ. การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.

World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategic for the prevention and control of
noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2009.

World Health Organization. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health
care in low-resource settings WHO. Geneva: World Health Organization; 2007.

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Ubon Ratchathani Rajabhat University