

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน



ปริญญาานิพนธ์

ของ

ศรีนครินทร์ สุชาติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

สิงหาคม 2560

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน



ปริญญาานิพนธ์

ของ

ศรินเตร สุขดี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

สิงหาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน



บทคัดย่อ

ของ

ศิริเนตร สุขดี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

สิงหาคม 2560

ศิริเนตร สุขดี. (2560). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. ปริญญาานิพนธ์ ปร.ด.(การวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง,
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการ
แก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย
การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน
กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 4) พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยผู้ร่วมวิจัยขับเคลื่อนในพื้นที่ 10 คน กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วม
วิจัยในบทบาทผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 10 คน และกลุ่มเสี่ยงฯ ที่เข้าโปรแกรมฯ 51 คน
โดยใช้การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ศึกษาบริบทพื้นที่ ร่วมวางแผน นำแผนไปปฏิบัติ และปรับปรุง
สรุป เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุม
ตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .82, .86 และ .70
ตามลำดับ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า 1) บริบทชุมชนบางถือเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท มีสถิติกลุ่มเสี่ยงโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ สาเหตุที่ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี
ได้แก่ แรงจูงใจ เจตคติ และความสามารถในการดูแลสุขภาพ สาเหตุที่เอื้อต่อการปฏิบัติตัว ได้แก่ มี
พื้นที่ว่างสำหรับการออกกำลังกาย มีนโยบายร่วมกันเรื่องการคัดกรอง และสาเหตุส่งเสริมการปฏิบัติ
ตัว ได้แก่ การมีตัวแบบจากพ่อแม่และเพื่อน การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน และมีกิจกรรมการออกกำลังกาย
ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสาเหตุหลักที่ทำให้คนในชุมชนของกลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพดี
มาจากปัจจัยสำคัญคือ การดำรงชีวิตประจำวันตามแบบดั้งเดิมและเรียนรู้ที่จะพัฒนาสุขภาพตนเอง
เสมอ และนำสาเหตุหลักมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ
แรงจูงใจ เจตคติ การรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนกลุ่ม
เพื่อน 2) กระบวนการพัฒนาผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์จัดทำ
แนวทางกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเข้าร่วมกิจกรรมทดลองใช้แนวทางกิจกรรมฯ พร้อม
ทั้งร่วมกันปรับปรุง เพื่อใช้ได้จริงในกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้นำฯ มีการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุม
ตนเอง และการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ($p < .01$) และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p < .05$) 3) ผลการจัด
กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้นำ พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯ ภายหลังจากการเข้า

ร่วมกิจกรรมมี การรับรู้ความสามารถตนเอง ($p < .05$) การควบคุมตนเอง ($p < .01$) และการดูแลสุขภาพตนเอง ($p < .01$) เพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p < .05$) และ 4) ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางเกลือด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่ (1) ศึกษาบริบท ปัญหา และสาเหตุที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของชุมชน (2) สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (3) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา (4) พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยผู้ร่วมวิจัย (5) สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (6) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ (7) ติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (8) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)



DEVELOPMENT OF THE HEALTH BEHAVIOR MODIFICATION MODEL FOR
NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES RISKS USING PARTICIPATORY
APPROACH IN THE COMMUNITY



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

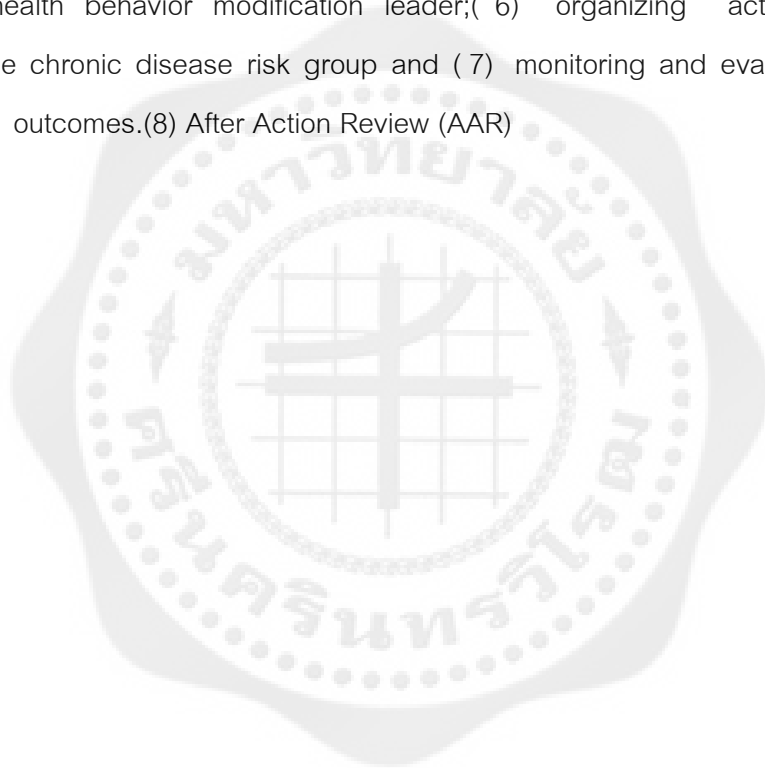
August 2017

Sirinadee sukdee. (2017). **Development of the Health Behavior Modification Model For Non-Communicable Chronic Diseases Risks using Participatory Approach in the Community**. Dissertation Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University. Advisor committee: Assoc.Prof. Dr. Ungsinan Intarakamhang. Assist. Prof. Dr. Patcharee Duangchan

The purposes of this research were 1) to study the context, situation, the causes and guidelines for solving the health problems specifically the risk of non-communicable chronic diseases by translating experience into health management, including best practices or healthy elders, 2) to build health behavior, with modifications of the leader of community participation, 3) to study the effects of behavioral change and 4) to develop health behavior modification models of non-communicable chronic diseases risks using participatory processes with ten co-researchers, ten people in a risk group for developing health behavior modifications and leaders and fifty-one people who were a risk group regarding health behavior modifications. This research followed the participatory approach, beginning with context, planning, implementation and conclusion. The methods employed were in-depth interviews and questionnaires on self-efficacy, self-control and self-care with alpha coefficient .82, .86 and .70, respectively, as well as health outcomes

The results revealed that: 1) Bangklua is a semi-urban and rural, area with a risk of non-communicable chronic diseases. The predisposing factors were motivation, attitudes and abilities in health care. The enabling factors were blank spaces for exercise and co-policy in screening. The reinforcing factors were role-models including parents and peers, peer support and exercise activities by the local administrative organization. The main factors that caused healthiness in the elderly were traditional livelihoods and learning to develop self-health to create guidelines for health behavior modification activities including motivation, attitude, self-efficacy, self-control and peer support ; 2) according to building a health behavior modification leader co-researchers 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 and self-care ($p < .01$) than more health outcomes ($p < .05$) 3) the output of organized health behavior modification programs

emphasizing the participation of the leader demonstrate that high risk groups had more self-efficacy and self-control ($p < .05$) and 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) increased the healthy behavior modification model of the Bangklua community in the participation process, from (1) the investigation of the context, problems and causes regarding health care support in the community; (2) creating individual awareness and the preparation of co-researchers was community-based; (3) an analyzing the problem and solving model (4) developing the health behavior modification model; (5) building a health behavior modification leader; (6) organizing activities in a non-communicable chronic disease risk group and (7) monitoring and evaluating the health behavior and outcomes. (8) After Action Review (AAR)



งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ประกาศคุณูปการ

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นับว่าเป็นเกียรติอย่างสูงในการได้รับทุนครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จได้ด้วยดี เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีสุขภาพะที่ดี เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้สนใจต่อไป

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จากการได้รับความกรุณาในการให้คำแนะนำปรึกษา และการให้ข้อเสนอแนะจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ กรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบปากเปล่าที่ให้ข้อเสนอแนะ ทำให้งานปริญญาานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ กิตติพิชัย ประธานกรรมการสอบปากเปล่า รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ และอาจารย์ ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาและตรวจเครื่องมือประกอบด้วย อาจารย์ ดร.พรรณี บุญประกอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป จินฉิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพสภ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา วัฒมาญ และอาจารย์ ดร.ฐิติมา เวชพงศ์ รวมทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนบางเกลือที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกท่าน ทำให้งานวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ และคณะกรรมการบริหารหลักสูตรสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ทุกท่านที่มีส่วนสำคัญทำให้ปริญญาานิพนธ์สำเร็จด้วยดี

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่ทำให้การอุปการะ อบรมเลี้ยงดู ตลอดจนส่งเสริมการศึกษาและให้กำลังใจเป็นอย่างดี และขอขอบคุณเจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่าน ที่ผู้วิจัยค้นคว้าและนำมาอ้างอิงในการทำวิจัย จะกระท้งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ศิริเนตร สุขดี

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ขอบเขตด้านเนื้อหา.....	5
นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	14
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	24
ทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	42
วิธีวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	80
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	93
การคัดเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย.....	93
การออกแบบการวิจัย.....	96
การดำเนินการวิจัย.....	97
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	103
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	111
ตอนที่ 1 ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	111
ตอนที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน.....	132

สารบัญ (ต่อ)

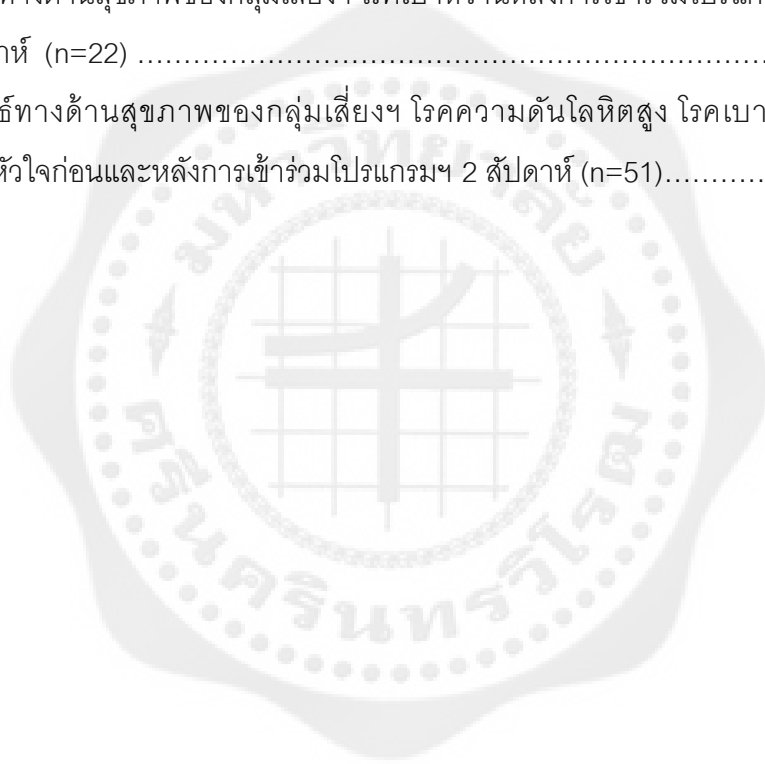
บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ.....	153
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	159
สรุปผลการวิจัย.....	160
อภิปรายผล.....	162
ข้อเสนอแนะ.....	170
บรรณานุกรม.....	172
ภาคผนวก.....	190
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	228

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 การจำแนกภาวะโภชนาการตามระดับดัชนีความหนาของร่างกายและเส้นรอบเอว.....	75
2 อัตราความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีความหนาของร่างกาย ในระดับต่างๆ และเส้นรอบเอวในกลุ่มผู้ใหญ่เอเชีย.....	75
3 ค่ารอบเอวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สำหรับคนเอเชีย.....	76
4 ค่าระดับน้ำตาล และการแปลผล.....	77
5 การจำแนกระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป.....	79
6 จำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปปี พ.ศ.2558-2560.....	114
7 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ.....	116
8 ผลของการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review :AAR)การร่างโปรแกรมฯ	131
9 การทบทวนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) การสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	135
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	137
11 ผลของการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=10).....	138
12 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=10)	138
13 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ (n=10)	139
14 ตัวอย่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ.....	144
15 การทบทวนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	147
16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=51).....	149

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17 ผลของการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถของกลุ่มเสี่ยงโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=51).....	150
18 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=27)	150
19 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=22)	151
20 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ โรคหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=51).....	151



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	13
2 สามเหลี่ยมทางระบาดวิทยาประยุกต์สำหรับโรคเรื้อรังและความผิดปกติทางพันธุกรรม(Advanced epidemiology triangle diseases and behavioral disorders)	20
3 ความเชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	24
4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาชุมชน.....	24
5 วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	27
6 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	34
7 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model.....	41
8 การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล(P).....	46
9 ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	48
10 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	51
11 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	52
12 ภาพรวมของระยะที่ 1 การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อการวางแผนการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PRECEDE Model (ขั้นที่ 1-5).....	83
13 สาเหตุหลักของการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของชุมชนบางเกลือ ด้วย MA-3S Bangkok Program	121
14 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ....	122

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

“การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขนั้นเป็นความต้องการ และความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนแสวงหาได้อย่างชอบธรรม สุขภาพอยู่ในตัวของคุณอยู่ในครอบครัว อยู่ในโรงเรียน สถานที่ทำงาน ในชุมชน นั่นคือ อยู่ในชีวิต” (ประเวศ วะสี. 2543) จากคำกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพที่ดีนั้นเป็นที่ปรารถนาของทุกคนในสังคมเป็นสิ่งที่แสวงหาและสร้างมันขึ้นมาได้ด้วยตนเอง แต่ทว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัวส่งเสริมให้เกิดโรคและภัยสุขภาพให้แนวโน้มของอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กระบวนการเกิดโรคนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการแพร่กระจายของเชื้อโรคแต่มีปัจจัยที่เพียงพอ (Sufficient agent) ก็สามารถทำให้เกิดโรคได้ ปัจจัยดังกล่าว เช่น ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้มีระยะเวลาการดำเนินการของโรคที่มีความต่อเนื่องและยาวนานตลอดช่วงชีวิต (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2553) อันได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนับวันทวีความรุนแรงและมีการกระจายของโรคเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากความเจริญด้านเทคโนโลยี สภาพแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของประชากรในชุมชนนั้นๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีความซับซ้อนและยากที่จะจัดการป้องกันและควบคุมโดยใช้เครื่องมือใดๆ (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2556: 4)

จากการศึกษาข้อมูลของสถานการณ์โรคขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2013) ได้มีการแจ้งเตือนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในวันอนามัยโลกปี พ.ศ.2556 ว่าโรคนี้ได้คร่าชีวิตคนจำนวน 1.5 ล้านคน เกือบทุกปี ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจวาย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน (Heart attack) ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) ซึ่งมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลจำนวนมาก และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ จำนวน 23 ล้านคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2557) ส่วนข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation) พบผู้ที่เป็นเบาหวานทั่วโลกมีถึง 285 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573 หากไม่มีการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาพบว่า สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยง ในการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารที่มีพลังงานเกิน

กินผักผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า อันเป็นปัญหาที่จะนำไปสู่โรคเรื้อรังต่างๆ (กองสุขศึกษา. 2556: 2; อ้างอิงจาก Arthur. 2005)

จากสถานการณ์การตรวจสุขภาพของคนไทยในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของความอ้วน (BMI \geq 25 กก/ตรเมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิง ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 41.8 ในปี 2557 ความชุกของโรคเบาหวานมีร้อยละ 8.9 สูงกว่าปี 2552 (ร้อยละ 6.9) โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 24.7 สูงกว่าปี 2552 (ร้อยละ 22) ความชุกของภาวะเมแทบอลิกซินโดรมพบร้อยละ 28.9 ซึ่งสูงกว่าปี 2552 (ร้อยละ 21.1) ซึ่งอนาคตในอีก 10-20 ปีข้างหน้าถ้าปัญหานี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข รัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาอาการแทรกซ้อนจากภาวะการกินเกินจนก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นเงินมหาศาลมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท และส่งผลเสียต่อชีวิตและสุขภาพ คือ ความพิการ ภาวะสุขภาพจิตที่แย่งลงของผู้ดูแลและครอบครัว และอาจเสียชีวิตได้ (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2555) แต่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยมีวิถีการดำเนินชีวิตแบบที่เหมาะสมกับสุขภาพ (Healthy lifestyle) ร่วมกับการนำไปเป็นประเด็นสำคัญต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อเพิ่มระดับการตระหนักรู้ของประชาชนให้สูงขึ้นจึงจะสามารถป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้ (WHO. 2013)

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ถือว่าเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดความยั่งยืน จึงทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานมีการผลักดัน และบรรจุให้เป็นนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) โดยหลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้าร่วมช่วยเหลืองาน ด้านสาธารณสุขทั้งด้าน กำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ โดยประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง ทั้งที่เป็นความรู้ดั้งเดิมในชุมชน หรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ๆ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชน ในการแก้ปัญหา ทั้งนี้กลวิธีการดำเนินการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุข เพื่อเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์. 2550)

จากนโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ชุมชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง เช่นการสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกาย การเพิ่มการรับประทานผัก

และลดไขมัน (กองสุขศึกษา. 2556) ส่วนการประเมินผลนั้นยังไม่ได้ให้ผลลัพธ์ที่ชัดเจน ในแนวทางการปฏิบัติและการลดจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับประเทศ (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ; และคณะ. 2556) อาจเป็นเพราะว่าบุคคลภายนอกชุมชนมักเป็นผู้กำหนดหรือวิเคราะห์และสรุปปัญหาของชุมชนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำการมีส่วนร่วม โดยคนในชุมชนให้อยู่ในฐานะผู้ร่วมวิจัย ทำให้ประชาชนก้าวไปสู่การคิดเอง ทำเอง และแก้ปัญหาเองได้ในที่สุด (ดุษฎี โยเหลา. 2555) การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมได้มีบทบาทและมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาทุกระดับ เกิดจากการให้ความสำคัญกับศักยภาพและความสามารถของคนภายในชุมชน เช่น การศึกษาของสมาชิก วินิจกุล และนิตยา สุขชัยสงค์ (2556) ได้นำการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้วิธีการประชุมระดมความคิดเห็น ร่วมค้นหาปัญหา ดำเนินโครงการ โดยกลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น กระบวนการดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการจำลองการทำงานในชุมชนที่ประสบผลสำเร็จที่ส่งเสริมให้เกิดการใช้ข้อมูลของชุมชนเป็นฐานในการระดมความคิดเห็นอย่างเป็นประชาธิปไตย (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์; และเฉลิมพล ต้นสกุล. 2550) ทำให้เกิดการพัฒนาทั้งการวิจัยและการพัฒนามนุษย์ (ดุษฎี โยเหลา. 2555)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญา และพฤติกรรมของบุคคล (Bandura. 1969) พบว่าการนำหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์สุขภาพ หลังจากการได้ร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันที่ลดลง โดยมีการจัดการในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด (พรพนิต ปวงนิยม. 2552; สุรพล อริยะเดช. 2555; อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. 2555) ในประเทศเม็กซิโกมีการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกายควบคู่กับการบันทึกร่วมด้วยตนเอง โดยมีนักสุขภาพเป็นผู้ที่คอยสนับสนุน (Staten; et al. 2008) อีกทั้งมีการประยุกต์ใช้วัฒนธรรมของท้องถิ่นและทรัพยากรในชุมชนมาร่วมสนับสนุน (Whitt-Glover; et al. 2013) และมีการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักโดยเพิ่มทัศนคติในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการผสมผสานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าไปด้วย (McVey; et al. 2013)

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี การดำเนินการให้เกิดตามผลลัพธ์ดังกล่าวนั้น บริบทชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ โดยใช้วิธีศึกษาปัญหาและความต้องการ ช่วยกันวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน ในการแก้ปัญหาของชุมชนเพื่อใช้วางแผนจัดกิจกรรมไปสู่เป้าหมายและความเหมาะสมของกิจกรรมในพื้นที่เป้าหมาย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. 2536: 253-254; อ้างอิงจาก Green; et al. 1979) โดยการแสวงหาสาเหตุที่มีในบริบทของชุมชนด้วยการรวบรวมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน แนวทางสุขภาพของผู้มี

ประสบการณ์ในการดำรงอยู่ของการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน ล้วนเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปต่อยอดให้เกิดการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (กองสุขศึกษา. 2554; จงจิต วงษ์สุวรรณ; และคณะ. 2552) ทุกขั้นตอน ทุกภาคส่วนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมด้วยเสมอ ทั้งการรับรู้ข้อมูลและแนวทางพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาข้อมูลจากเอกสารและสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 28,041 คน มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 1,887 คน (ร้อยละ 6.73) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8,511 คน (ร้อยละ 30.35) และเมื่อศึกษาเป็นรายตำบล พบว่าตำบลบางเกลือเป็นพื้นที่หนึ่งที่พบปัญหาประชาชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ในปี 2558 มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 198 คน (ร้อยละ 4.80) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 337 คน (ร้อยละ 8.18) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง. 2558) และพบพฤติกรรมที่ส่งผลให้ประชาชนมีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ คือเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และกลุ่มประชาชนดังกล่าวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืนเป็นกลุ่มเดิมที่กลับมาสู่วงจรของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซ้ำๆ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง. 2558) และคุณสมบัติที่เป็นลักษณะเฉพาะของชุมชนแห่งนี้คือมีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีของประชาชนและองค์กรต่างๆ ในชุมชน

ชุมชนตำบลบางเกลือเป็นชุมชนที่ยังหลงเหลือวิถีชีวิตดั้งเดิม ร่วมกับวิถีของชุมชนเมืองที่สิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อรูปแบบของการดำเนินชีวิต เช่น ด้านการบริโภคอาหาร การประกอบอาชีพ เป็นต้น ส่วนด้านการดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง มีนโยบายการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ และพื้นที่ก็มีความโดดเด่นในด้านการประสานความร่วมมือ จนได้รับรางวัลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานด้านสุขภาพระดับดีมาก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง. 2557) และนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันนั้น ได้มีการผลักดันให้มีการดูแลร่วมกันในชุมชน โดยการเปิดคลินิกโรคเรื้อรังขึ้นที่สถานีอนามัยตำบลบางเกลือ ส่งผลให้ทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความตระหนักในเรื่องของปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โรคเรื้อรังในชุมชน จึงมีแนวคิดร่วมกัน ในการหาวิธีการดูแลกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม จนไม่ก่อให้เกิดโรคในอนาคต และยังเป็นโอกาสที่จะทำให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง ได้มีการแสดงความคิดเห็น การวางแผน และดำเนินการร่วมกัน ในการหารูปแบบในการดูแลประชาชนในชุมชน โดยวิธีการต่างๆ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของบริบทชุมชน และการมีส่วนร่วมทุกชั้นตอน เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในการดูแลสุขภาพต่อไป

ความมุ่งหมายการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบางเกลือ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
4. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการมีส่วนร่วม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ
2. ชุมชนได้มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. ชุมชนได้แบบอย่างหรือแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชนตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ชุมชนตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นเนื้อหาในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ในชุมชนตำบลบางเกลือ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน

1.1 ผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลบางเกลือ คือ สาธารณสุขอำเภอบางปะกง และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อของสาธารณสุขอำเภอบางปะกงและสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ

1.2 ผู้ให้ข้อมูลด้านประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทวิถีชีวิต คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่ในชุมชนบางเกลือมานานกว่า 30 ปี **ระยะที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน**

กิจกรรมครั้งที่ 1 ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง และประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน ได้แก่

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักพัฒนาได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัย ตำบลบางเกลือ นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ

2) กลุ่มประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และตัวแทนประชาชนทั่วไป รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครเข้ารับการอบรมให้เป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและผู้อื่น และเพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 10 คน

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประสิทธิภาพผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สมัครเข้าร่วมโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 51 คน

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **รูปแบบ** หมายถึง กระบวนการที่เป็นขั้นตอน เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีการดำเนินการหรือจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา และวิถีชีวิตของคนในชุมชน ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยที่อยู่ในชุมชน มีการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมด้วยพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

2. **โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** หมายถึง การกระทำในการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประยุกต์ใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่สร้างขึ้นจากผู้ร่วมวิจัยในชุมชนตำบลบางเกลือ เพื่อมุ่งกระทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเปลี่ยนแปลงทางความคิด แก้ไขพฤติกรรมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

3. **กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นด้วยการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด ซึ่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง โดยมีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพแล้วพบว่า อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีดังนี้

3.1 ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) มีค่า 130-139 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) มีค่า 85-89 มม.ปรอท และไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาด้วยยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2555)

3.2 ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วมือ (Fasting capillary blood glucose) พบค่าน้ำตาลในเลือดมีค่า >100-125 มก./ดล. และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาด้วยยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2555)

3.3 กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ หมายถึง ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคคือกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีการสูบบุหรี่ มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ น้ำหนักเกินและความอ้วน บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างใดอย่างหนึ่ง (กระทรวงสาธารณสุข. 2554)

4. **ผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ เป็นตัวแบบที่ดีให้กับกลุ่มเสี่ยงฯ ในชุมชนและสามารถถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติตัวในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

5. **เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน** (After Action Review: AAR) หมายถึง เป็นการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จ และปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อค้นหาคนที่ทำผิดพลาด ไม่ใช่การกล่าวโทษใครทั้งสิ้นแต่เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ให้เกิดปัญหานี้อีก ในขณะเดียวกันก็คงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว

6. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง

1) **การรับรู้ความสามารถของตนเอง** หมายถึง การที่กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการออกกำลังกาย บริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

2) **การควบคุมตนเอง** หมายถึง วิธีการที่กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำมาใช้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดนั้น ยังคงอยู่และแผ่ขยายได้ เพื่อให้ตนเองไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยเทคนิคการควบคุมตนเอง ดังนี้

1. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) การควบคุมสิ่งเร้าเป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อมเพื่อที่จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้

2. การเตือนตัวเอง (Self-monitoring) เป็นเทคนิคหนึ่งของการควบคุมตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกตนเอง (Self-recording) การเตือนตนเองนั้น สามารถใช้ได้กับพฤติกรรมทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมภายนอกหรือพฤติกรรมภายใน อีกทั้งยังสามารถใช้ได้ทั้งในการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

3. การเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเอง (Self-reinforcement and self-punishment) เป็นเทคนิคการควบคุมตนเองโดยที่บุคคลจะเป็นผู้ให้ผลกรรมด้วยตนเอง ต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลักในการดำเนินการนั้นมีอยู่ด้วยกัน 2 ขั้นตอน คือ 1) บุคคลต้องพิจารณาถึงเกณฑ์ในการเสริมแรงหรือการลงโทษด้วยตนเอง และ 2) บุคคลต้องให้การเสริมแรงเมื่อการตอบสนองนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ หรือการให้การลงโทษเมื่อการสนองตอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งเรียกว่าเป็นการเสริมแรงหรือการลงโทษด้วยตนเอง

4. การทำสัญญาตนเอง (Self-Contracting) เป็นวิธีการที่บุคคลสัญญากับตนเองว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเช่นใดบ้าง แต่แทนที่จะเก็บสัญญากับตนเอง จัดทำให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ดังนั้นการทำสัญญากับตนเองจึงมีผู้อื่นเข้ามาเกี่ยวข้องของการทำสัญญานั้นควรมีการทำเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้เพื่อการป้องกันการกระทำที่ไม่สม่ำเสมอ แต่ถ้าไม่ทำลายลักษณ์อักษรในกรณีที่ตกลงกันกับผู้อื่นว่าจะกระทำตามที่ตนเองได้กล่าวไว้

3) **พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)** หมายถึง การกระทำที่ทำให้ตนเองไม่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. การออกกำลังกาย หมายถึง บุคคลนั้นๆ ได้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการออกกำลังกายซึ่งมีผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การเดินเร็ว การวิ่ง เป็นต้น ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายดังกล่าวต้องมีความสม่ำเสมอ มีความหนัก และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเผาผลาญพลังงานของร่างกายส่งผลให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระดับความดันโลหิตอยู่ในภาวะปกติ

2. การบริโภคอาหาร หมายถึง บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร ปริมาณพลังงานที่ได้รับ และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม

3. การจัดการความเครียด หมายถึง บุคคลมีความพยายามเปลี่ยนแปลงความรู้สึก และการแสดงออก เพื่อจัดการอารมณ์ของตนเองและจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความเครียดและรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้วัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1. แบบสอบถามการดูแลตนเอง (Self-efficacy) ผู้วิจัยปรับจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และอังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) ที่ได้สร้างแบบวัดการดูแลสุขภาพวัดผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยมีการปรับเป็นแบบวัดการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย”

2. แบบสอบถามควบคุมตนเอง (Self-control) ผู้วิจัยปรับจากพัชรี ดวงจันทร์ (2553) ที่ได้สร้างแบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และแบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 โดยผู้วิจัยปรับเป็นแบบวัดการควบคุมตนเองครั้งนี้ที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด”

3. แบบสอบถามการดูแลตนเอง (Self-care) ผู้วิจัยปรับจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และอังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) ที่ได้สร้างแบบวัดการดูแลสุขภาพวัดผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยมีการปรับเป็นแบบวัดการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย”

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนจากคำตอบทั้ง 5 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบ ในแต่ละข้อคำถาม มีทั้งคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าตอบ “6-7วัน/สัปดาห์” “มากที่สุด” หรือ “มากที่สุด” ในคำถาม

เชิงบวกจะได้ 5 คะแนนและลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” หรือ “น้อยที่สุด” “ไม่เลย”จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะได้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงถึงการดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

7. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง การตรวจร่างกายในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น โดยในการศึกษาคั้งนี้มีค่าผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในระดับปกติ ดังนี้

6.1 ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มีค่าน้อยกว่า 25 กก./ตารางเมตร

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

6.3 ค่าความดันโลหิตวัดได้จากระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) <130 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) <85 มม.ปรอท

6.4 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้มาจากการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (Fasting capillary blood glucose) ได้ค่าน้อยกว่า 100 มก./ดล.

8. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นหลังจากกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการหาคำตอบว่าสาเหตุใดๆ ในวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุน ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน และเราจะทำอย่างไรจึงจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนเอง ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมในการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนบางเกลือ จึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาร่วมกันพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่จะทำให้ไปถึงเป้าหมายในการดำเนินการทั้งหมดที่อยู่ภายใต้แนวคิดและทฤษฎี ดังนี้

1. แนวคิด PRECEDE Model (Green; & Kreuter. 2005) นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาในระยะที่ 1 ศึกษาบริบท โดยที่มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากหลายสาเหตุในการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานโดยตั้งเป้าหมายไปที่ผลลัพธ์ (Outcome) โดยนำการวาง

แผนการสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5 ดังนี้ การประเมินทางสังคม การประเมินปัญหาการเจ็บป่วย การวิเคราะห์ทางนิเวศวิทยา การประเมินการบริหารนโยบายและการวางแผนการดำเนินงาน และการดำเนินงานตามแผน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้มาจากการสนทนากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้แบบการกระทำ (Operant Condition Theory)

2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไม่ได้ผลมาจากสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีผลมาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย กล่าวคือ ถ้ากระบวนการทางปัญญาเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลก็จะเปลี่ยนแปลงด้วย (Bandura, 1986) ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าจึงนำวิธีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) มาเพื่อเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญาหรือพฤติกรรม

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการกระทำ (Operant Condition Theory) ในการศึกษาได้นำเทคนิคการควบคุมตนเอง (Self-control) อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้แบบการกระทำซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะถูกควบคุมด้วยเงื่อนไขและผลกรรม นั่นคือถ้าเงื่อนไขเปลี่ยนแปลงหรือผลกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในเงื่อนไขของการควบคุมตนเองนั้น บุคคลจะเป็นผู้จัดการเงื่อนไขและผลกรรมด้วยตนเอง แทนที่บุคคลอื่นจะเป็นผู้จัดการให้ (Skinner, 1953)

การนำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นมาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมก่อให้เกิดความยั่งยืนของการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและการควบคุมตนเองในการดูแลตนเองสุขภาพทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

3. แนวคิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และมีความเครียดที่ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะมีการดำเนินของโรคช้าๆ และมีอาการรุนแรงขึ้น หากไม่มีการควบคุม แต่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2556)

4. แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participatory Approach) เป็นแนวทางการดำเนินงานที่ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทั้งระดับบุคคลและองค์กรมีขั้นตอนการพัฒนา มี 4 ประเด็น ได้แก่

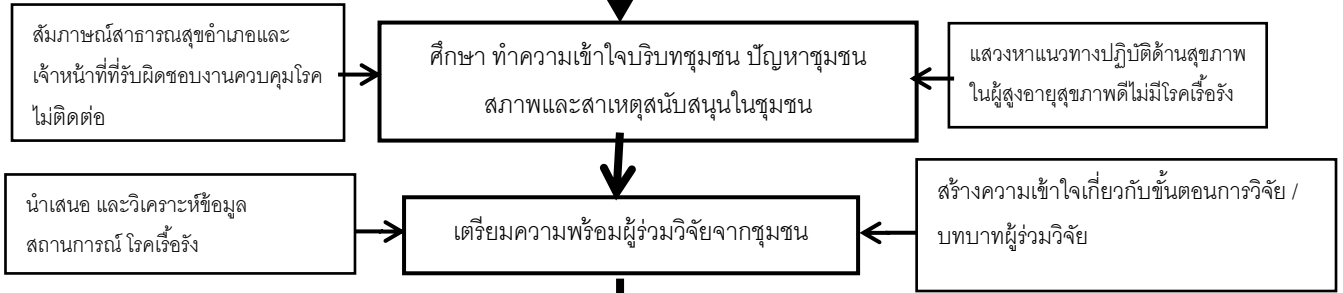
- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตั้งแต่ การกำหนดปัญหาและความต้องการ การวางแผน การ

ดำเนินการทำกิจกรรม และการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหารจัดการ การให้ความร่วมมือ รวมทั้งการร่วมแรงร่วมใจ การประสานงานและให้ความช่วยเหลือ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผลประโยชน์ทั้งทางบวกและทางลบที่ได้จากโครงการ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งเป็นส่วนร่วมในการควบคุม ตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด (Cohen; & Uphoff. 1981)แนวคิดดังกล่าวนำมาใช้ในการดำเนินการในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภาพรวมของการศึกษาในครั้งนี้ แสดงในภาพประกอบ 1

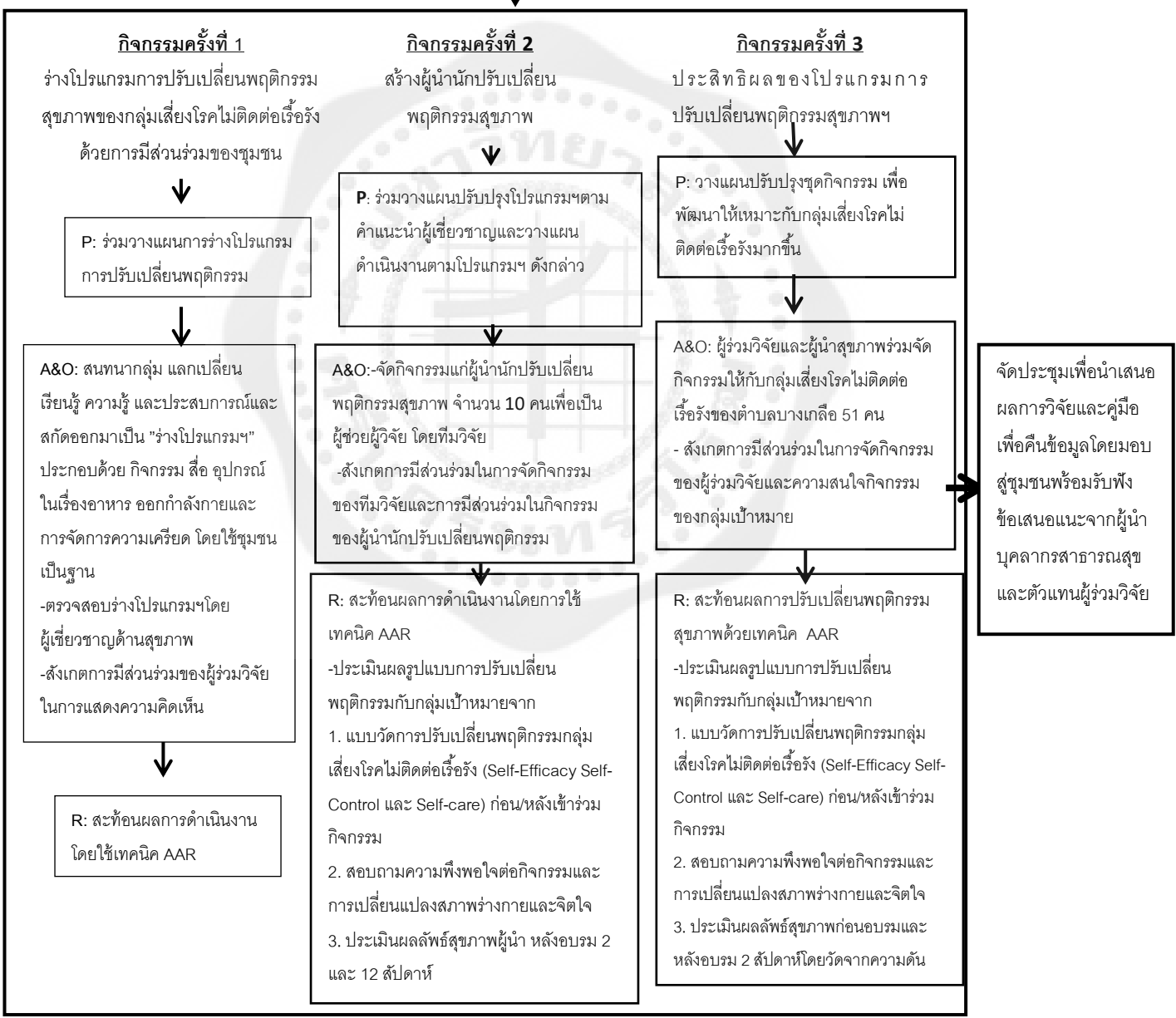


**พัฒนารูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน**

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท: PRECEDE Model



ระยะที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี

1. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 การพัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Base Development)
 - 2.3 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. ทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 การส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE MODEL
 - 3.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ได้แก่
 - 3.2.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)
 - 3.2.2 การควบคุมตนเอง (Self-control)
 - 3.2.3 การดูแลสุขภาพ (Self-care) ตามหลัก 3 อ.
 - 3.2.4 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ
4. วิธีวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 การมีส่วนร่วม
 - 4.2 การสะท้อนผล

ส่วนที่ 1 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.1 ภาพรวมสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มโรคสาเหตุสำคัญของ “โรคไม่ติดต่อ” ซึ่งปัจจุบันนับเป็นความเสี่ยงของโรคในสองสาเหตุสำคัญที่มีขนาดใหญ่มากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวดเร็วและมีความรุนแรงต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจของระดับโลก ได้แก่ วิกฤตสิ่งแวดล้อมและโรคไม่ติดต่อ โรคกลุ่มนี้ได้ถูกศึกษาและยอมรับว่าสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมและแบบแผนชีวิตที่เสี่ยง ดังนั้นการลดหรือการเพิ่มขึ้นของโรคกลุ่มนี้ จึงขึ้นอยู่กับความรู้และตระหนัก เพื่อให้เกิดการป้องกันและควบคุมปัญหา(สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2553) ซึ่งสถานการณ์ของโรคเรื้อรังในภาพรวมมีรายละเอียดดังนี้

1) โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงคือภาวะที่มีระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แรงดันในหลอดเลือดที่สูงจะไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกายจึงเรียกโรคนี้ว่าเป็น “เพชรฆาตเงียบ” (ธาริณี พงษ์จันทน์; และนิตยา พันธุเวชย์. 2557) องค์การอนามัยโลก รายงานทั่วโลกพบว่ามีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูงและประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่ามี 1 ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกันและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ.2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน (WHO. 2011) และสมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) คาดการณ์ว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลก จะเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1.8 พันล้านคน ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก ส่วนประชากรแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนี้ ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบ ร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต และโรคหัวใจ (ธาริณี พงษ์จันทน์; และนิตยา พันธุเวชย์. 2557)

ส่วนในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 22 ในปี พ.ศ.2546-2547 เป็นร้อยละ 21.4 (10.8 ล้านคน) ในปี พ.ศ.2551-2552 ผู้ชายและผู้หญิงมีภาวะความชุกใกล้เคียงโดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 28.6 เป็น ร้อยละ 49.7 ทั้งในส่วนของ การรักษาและสามารถควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.6 เป็น ร้อยละ 28.6 นอกจากนี้การตรวจคัดกรองสุขภาพคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศในปี พ.ศ.2552 ทั้งสิ้น 21.2 ล้านคน พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2.2 ล้านคน (ร้อยละ 10.2) และกลุ่มเสี่ยง 2.4 ล้านคน (ร้อยละ 11.4) กลุ่มป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 93,144 คน (ร้อยละ 6.2) ทั้งทางหัวใจร้อยละ 26.8 สมอง ร้อยละ 23 ไต ร้อยละ 21.8 และตา ร้อยละ 17.5 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2554) และจากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ.2555 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็น จำนวน 3,684 คน สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบกับจากปี พ.ศ.2544 และปี พ.ศ.2555 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 287.5 (จำนวน 156,442 ราย) เป็น 1,570.6 (จำนวน 1,009,385 ราย) ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 5 เท่า (5.46 เท่า)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขสรุปว่าเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตโดยเฉพาะการบริโภคอาหารเค็ม รับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ ความอ้วน

ขาดการออกกำลังกาย ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และมีภาวะเครียด อายุที่เพิ่มขึ้นความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อสุขภาพคือเป็นสาเหตุให้เกิดหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) โรคเบาหวาน และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคไตวายระยะสุดท้ายตามมาได้ (ธาริณี พังจุนันท์; และ นิตยา พันธุ์เวทย์. 2557: 3; อ้างอิงจาก WHL. 2013)

2) โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม (Metabolism) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน ก่อให้เกิดการเสื่อมและเสียหายที่ของระบบหลอดเลือดและหัวใจและอวัยวะอื่นๆ ทำงานล้มเหลวได้ (วิชัย เอกพลากร. 2549) จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ.2555 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในศตวรรษที่ 21 ปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 371 ล้านคน และประมาณ 280 ล้านคน เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน คาดว่าปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 500 ล้านคน โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2555)

สำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2546-2547 และปี พ.ศ.2551-2552 แนวโน้มความชุกของโรคเบาหวานคงเดิมร้อยละ 6.9 (3.5 ล้านคน) ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 7.7 และ 6) แต่มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเพิ่มจาก ร้อยละ 44.3 เป็น ร้อยละ 68.8 และในส่วนของ การรักษาสามารถควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 12.2 เป็นร้อยละ 28.5 และจากการคัดกรองคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2552 จำนวน 21 ล้านคน พบผู้ป่วยเบาหวาน 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) และกลุ่มเสี่ยง 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 8.2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 107,225 คน (ร้อยละ 10) ทั้งทางสายตาร้อยละ 38.5 เท้า ร้อยละ 31.6 และไต ร้อยละ 21.5 และคาดการณ์ว่าปี 2568 จะพบผู้ป่วยถึง 4.7 ล้านคนเสียชีวิต ปีละ 52,800 คน ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา ทำให้มีสายตาเลือนรางและอาจตาบอดในที่สุดประมาณ ร้อยละ 2 หากเป็นมานานกว่า 15 ปี แต่ถ้ามีการตรวจรักษาตาในระยะที่เหมาะสมสามารถลดโอกาสตาบอดได้ถึงร้อยละ 50 และทำให้เป็นแผลเรื้อรังบริเวณเท้า ต้องตัดขาหรือเท้า ผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงเป็น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ และมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน พบความผิดปกติของปลายระบบประสาท ผู้ชายกว่าครึ่งเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2554)

จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2553 ในประชากรอายุ 15-75 ปี พบว่า ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคได้แก่ มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 21.3 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 4.4 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 29.5 ส่วนของพฤติกรรมป้องกันโรคของประชาชนที่มีการปฏิบัติ ได้แก่ การมี

กิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ ร้อยละ 82.2 การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 34.3 และการรับประทานผักและผลไม้รวมกันต่อวันที่เพียงพอ ร้อยละ 21.7 (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. 2553) ดังนั้นหากสามารถป้องกันควบคุมการเกิดของปัจจัยเสี่ยงร่วม ก็ สามารถลดโรคได้อีกหลายโรคโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สำคัญ คือการลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับ ปกติ และออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้ความเสี่ยงจากการเกิดโรคเบาหวานลดลงถึงร้อยละ 58 ดังนั้น การปรับวิถีชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มป่วย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2554)

3) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ คือ โรคหัวใจขาดเลือด (Cardiovascular diseases) โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (Cerebrovascular diseases) อัมพฤกษ์ อัมพาตซึ่งเป็นสาเหตุการป่วย การเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรไทย เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุการ เสียชีวิต พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุของ โรคกลุ่มนี้เกิดจากโรคเรื้อรัง คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน และอ้วน (นิตยา พันธุเวชย์; และหทัยชนก ไชยวรรณ. 2557)

3.1) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) ในประเทศไทยจาก ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ.2554-2556 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและ หลอดเลือดต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจากปี พ.ศ.2554 พบอัตราการตาย 61.91 ส่วนในปี พ.ศ.2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบอัตราการตาย 83.34 หรือจำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน (นิตยา พันธุเวชย์; และหทัยชนก ไชยวรรณ. 2557)อัตราการตายที่แสดงให้เห็นว่า โรคหัวใจขาดเลือดยังคงมีความรุนแรงเพราะอัตรา ตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะท่อนให้เห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่ มีความรุนแรงและต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและ ควบคุมก่อนที่จะเกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2557) และผลการ สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกรมควบคุมโรคปี พ.ศ.2548-2550 พบว่ามีความเสี่ยง ป่วยโรคหัวใจสูงร้อยละ 86 ที่นิยมรับประทานอาหารไขมันสูงทำให้มีไขมันสะสมในเส้นเลือดแดง ทำ ให้เกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดตีบและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสร้างค่านิยมความเสี่ยงจากปัจจัย ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่และสุราด้วยการกินดี ไร้พุง งดอาหารหวานจัดและเค็มเพิ่มผัก ผลไม้ มองโลกในแง่ดี การปรับพฤติกรรมดังกล่าวสัมพันธ์กับการควบคุมเบาหวาน ระดับน้ำตาลใน เลือดและความดันโลหิตสูงอยู่ในภาวะปกติ จะช่วยชะลอการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์. 2554)

3.2) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular diseases) เป็นโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุหลักของการตายในประชากรทั่วโลก คือโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular diseases) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของโรคหลอดเลือดเสื่อมของร่างกาย เช่นเดียวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) ความแตกต่างกันอยู่ที่โรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยชนิดต่างๆ หลายชนิด ซึ่งเนื่องมาจากสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ในขณะที่โรคหัวใจและหลอดเลือดมักเกิดจากภาวะตีบตันของหลอดเลือดเพียงอย่างเดียว และความแตกต่างที่เห็นได้ชัดเจนอีกอย่างหนึ่งก็คือผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายคือการมีเลือดออกซ้ำซ้อนในสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง ในขณะที่ผู้ที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดจะไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกซ้ำอีก (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2554)

สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและองค์การอัมพาตโลก ในปี 2004 ให้ข้อมูลว่ามีผู้เสียชีวิตร้อยละ 8.8 ในผู้ชายและร้อยละ 14.2 ในผู้หญิง ซึ่งมี ร้อยละของอัตราการเสียชีวิตที่ใกล้เคียงกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ เพศหญิงมีอัตราตายสูงกว่าเพศชาย และมีข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ระบุว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก และเกิดโรคได้สูงในกลุ่มประชากรสูงอายุ (WHO. 2013) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้นจะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อย เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไป และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการ ตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวชุมชนประเทศชาติอีกด้วยและเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพะในปี พ.ศ.2552 (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ที่สำคัญของประเทศเป็นอันดับที่ 3 รองจากอุบัติเหตุการจราจร (กระทรวงสาธารณสุข. 2556) การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด ความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2554)

1.2 ข้อมูลทั่วไปชุมชนตำบลบางเกลือเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

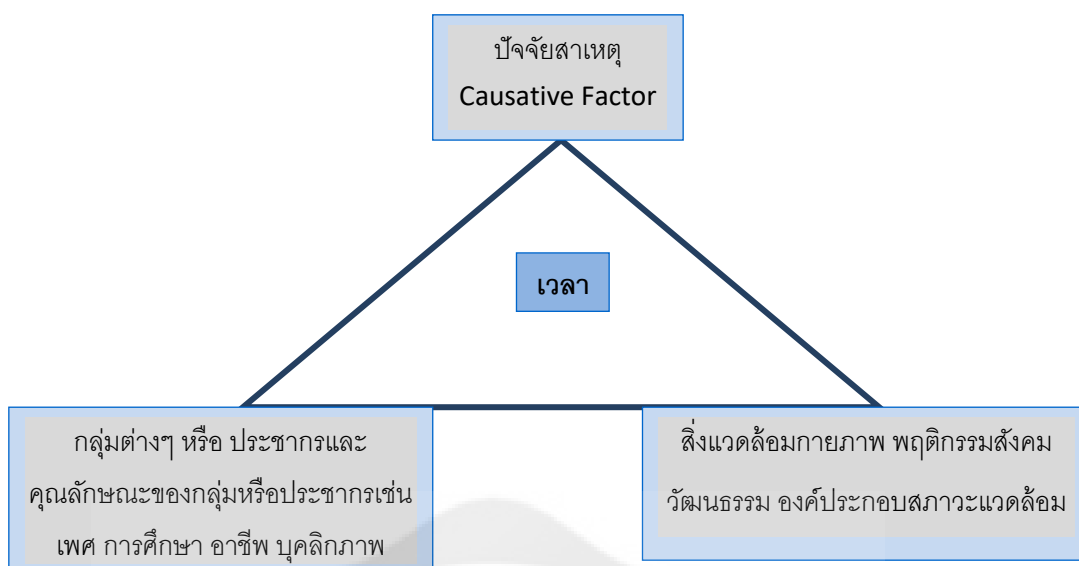
ชุมชนตำบลบางเกลือ ตั้งอยู่ที่อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นชุมชนกึ่งเมืองที่ยังมีการประกอบอาชีพและดำรงชีวิตเป็นแบบชนบทประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม และมีส่วนหนึ่งใช้ชีวิตอยู่กับการทำงานในโรงงานที่ต้องใช้ชีวิตที่รีบเร่งแบบสังคมเมืองในการทำงาน การกิน การนอน ที่ผิดจากที่เคยปฏิบัติมาก่อนนี้ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง. 2557)

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ที่ศึกษาในเขตอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2558 พื้นที่ดังกล่าวมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 28,041 คน มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 1,887 คน (ร้อยละ 6.73) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 728 คน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

จำนวน 8,511 คน (ร้อยละ 30.35) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 1,390 คน พบผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 77 คน โรคอัมพฤกษ์ จำนวน 52 คน และโรคอัมพาต จำนวน 10 คน และเมื่อศึกษาเป็นราย ตำบลจะพบว่า ตำบลบางเกลือเป็นพื้นที่ที่พบปัญหาประชาชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง พบ จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,122 คน มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 101 คน (ร้อยละ 2.45) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 337 คน (ร้อยละ 8.18) พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 198 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 494 คน โรคมะเร็ง จำนวน 13 คน โรคหัวใจ จำนวน 7 คน รวมทั้งโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต จำนวน 23 คน จะเห็นว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของตำบล บางเกลือมีสถิติที่อยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและการ เป็นโรคดังกล่าว คือเรื่องการบริหารโภชนาการ การออกกำลังกาย และกลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืนเป็นกลุ่มเดิมที่กลับมาสู่วงจรของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซ้ำๆ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง. 2557)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัจจัยต่างๆ ที่มีคุณลักษณะเฉพาะไม่ว่าจะเป็นด้าน พฤติกรรมบุคคล แบบแผนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิต การเผชิญสภาวะแวดล้อมสังคมและกายภาพหรือ การส่งผ่านทางพฤติกรรมและสิ่งที่มีมาแต่กำเนิด ซึ่งมีหลักฐานทางระบาดวิทยาที่รับรู้ว่ามี ความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ความรุนแรงของการดำเนินโรค ภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการตาย ของโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงนี้ถูกพิจารณาถึงเพื่อการป้องกัน โดยปกติการเกิดและการดำเนินโรค ของประชากรเชื่อมโยงกับปัจจัยหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยของกลุ่มบุคคลและประชากร (อายุ เพศ พันธุกรรม อาชีพ) ปัจจัยตัวกระทำ (Agent) หรือปัจจัยสาเหตุ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (หมายรวมถึง เศรษฐกิจ พฤติกรรมสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ) (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2553) ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาได้จากภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 สามเหลี่ยมทางระบาดวิทยาประยุกต์สำหรับโรคเรื้อรังและความผิดปกติทางพันธุกรรม(Advanced epidemiology triangle diseases and behavioral disorders)

ที่มา: สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ (2553)

จากข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ที่กล่าวในสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะพบว่าปัจจัยเสี่ยงหลักที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2553)

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม ประวัติครอบครัว ฯลฯ

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาในประชากรประเทศต่างๆ และประเทศไทย พบว่า กลุ่มปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ปรับเปลี่ยนได้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้งโอกาสในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ สามารถเรียงตามลำดับความสำคัญได้ ดังนี้ การบริโภคยาสูบ การบริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ภาวะความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะระดับน้ำตาลที่สูงขึ้น ภาวะไขมันผิดปกติ การบริโภคเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์แบบบั่นทอนสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ก) การสูบบุหรี่หรือการบริโภคยาสูบ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งใน 4 ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ และทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ในควันบุหรี่มีสารพิษหลายอย่างที่อันตรายต่อหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ ปริมาณและระยะเวลาของการสูบบุหรี่มีผลกับความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ยิ่งสูบบุหรี่ยิ่งมีความเสี่ยงมาก เป็นต้น

ข) พฤติกรรมการบริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าควรบริโภคไม่น้อยกว่า 400 กรัมในแต่ละวัน นอกจากนี้ยังพบว่าการบริโภคเกลือโซเดียม ในอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารร่วมกับการคัดกรองและการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ช่วยลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์และอัมพาต) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีน้ำตาลสูง ไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ (Trans fatty acids) และ/หรือเกลือโซเดียม สูงกว่ามาตรฐานความต้องการของร่างกายที่จะนำไปใช้ในร่างกาย ล้วนเป็นการบริโภคเกินและสารปนเปื้อนที่มีผลต่อการทำลายของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทั้งนี้ จากสภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคมักมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะค่านิยมอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารสำเร็จรูป ขนมคบเคี้ยว น้ำหวาน น้ำอัดลม อาหารรสจัดทั้งเค็ม หวาน ไขมันสูง ฯลฯ รวมทั้งการกระตุ้นการบริโภคผ่านการส่งเสริมการตลาดและการโฆษณา การเพิ่มและการกระจายอย่างรวดเร็วและความง่ายต่อการเข้าถึงอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้นต่อคนส่วนใหญ่ที่บริโภคไม่ได้สัดส่วนเป็นผลต่อทั้งระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและ/หรือไขมันในเลือด และการสะสมของแคลอรีส่วนเกิน เกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือด การสะสมของไขมันในผิวของหลอดเลือดและการสะสมของเซลล์ไขมันที่พุงและทั่วร่างกายของกลุ่มคนเหล่านี้

ค) การขาดกิจกรรมที่เพียงพอ การมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่เพียงพอและสม่ำเสมอช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันและชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ผู้ที่ออกกำลังกายน้อยเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคอ้วน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ทางการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนและการพัฒนาสถานที่ปฏิบัติงาน การศึกษา การเดินทางและการพักผ่อนมีผลต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

ง) ความไม่สามารถควบคุมน้ำหนักเกินและอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญใหม่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศไทย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนนี้สามารถสังเกตได้อย่างง่ายดาย โดยใช้ค่า ดัชนีมวลกายและการวัดรอบเอว พบว่าถ้าค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 25 และผลการวัดรอบเอวมาตรฐานได้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร ในผู้หญิงและ 90 เซนติเมตร ในผู้ชายจะมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความผิดปกติของการทำงานของอินซูลินสูงขึ้นในเลือดไปมีผลทำลายหลอดเลือดโดยตรง นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยเฉพาะร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันเอชดีแอลต่ำ และไขมันผิดปกติอื่นๆ ในเลือดที่เรียกว่า "กลุ่มเมตาบอลิก" จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3-5 เท่าภาวะ

น้ำหนักเกินและอ้วนเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคเกินความจำเป็นขาดความสมดุลของพลังงานเข้าและออก ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมได้ ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หรือเป็นโรคอ้วน

จ) การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แบบบ่นทนสุขภาพ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ ซึ่งรูปแบบการดื่มและปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อสุขภาพโดยเฉพาะผลต่อหลอดเลือด พบว่าแม้ว่าจะมีฤทธิ์ระงับยับยั้งต่อการก่อกวนระบบประสาทส่วนกลาง การขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย การขับปัสสาวะ การทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร และการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแต่ถ้าบริโภคในปริมาณสูงมากกว่า 2 แก้วมาตรฐานต่อวันในเพศชาย และ 1 แก้วมาตรฐานต่อวันในเพศหญิง จะมีการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต และโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นโรคตับแข็ง

ฉ) ความไม่สามารถรับมือได้ต่อความเครียดเรื้อรัง ซึ่งความเครียดนั้นมีสาเหตุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม การมีความเครียดน้อยเกินไปและมากเกินไปไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ จะมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นเร็ว แน่นท้อง มือเท้าเย็น ความเครียดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด รวมทั้งการหดเกร็งของหลอดเลือดเกิดผลต่อหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานาน

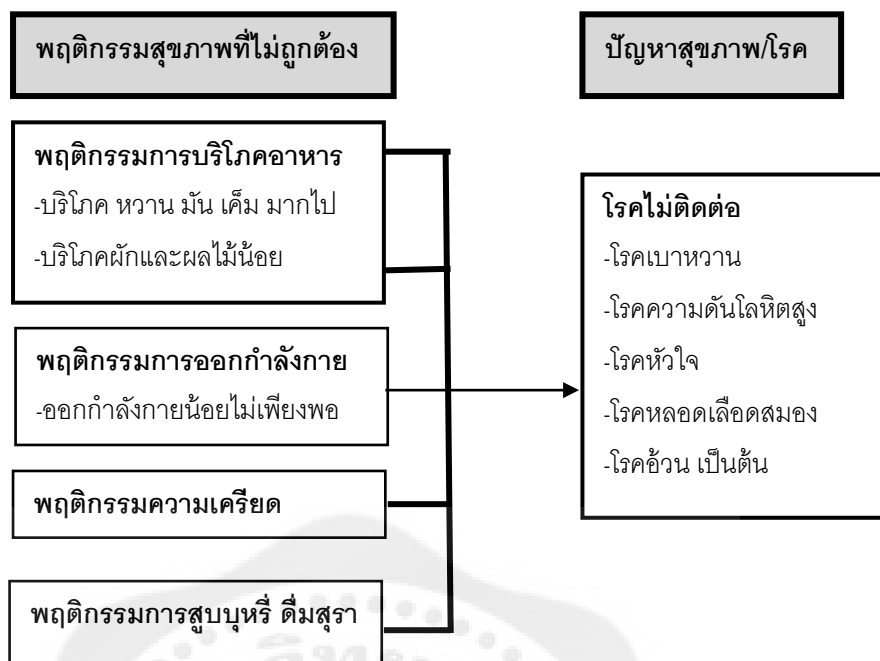
1.3.3 กลุ่มปัจจัยเสี่ยงสรีรวิทยาที่สามารถปรับเปลี่ยนได้มีรายละเอียดดังนี้

ก) ภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มบุคคลที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ซิสโตลิกทุก 10 มิลลิเมตรปรอทและสูงมากกว่า 75 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิกทุก 5 มิลลิเมตรปรอทจะมีโอกาสเสี่ยงสูงมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับมาตรฐานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณสองเท่า อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในประชากรจะพบผู้ที่ภาวะความดันโลหิตสูงกำกวมคือ ระหว่าง 120 ถึง 139 มิลลิเมตรปรอท ซิสโตลิกและ/หรือ 80 ถึง 89 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิกจะเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิด ร้อยละของจำนวนโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและหัวใจขาดเลือดถึง ร้อยละ 70 ของโรคที่เกิด ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว คือที่ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ซิสโตลิก และ/หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิก โดยจากการศึกษาภาวะโรคในประเทศไทย พ.ศ.2547 พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะโรคอันดับที่ 5 ของชายไทย และอันดับ 2 ของหญิงไทย โดยทำให้เสียชีวิตประมาณปีละ 7 หมื่นราย (ร้อยละ 18) สูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ ปีละ 6 แสนคน ทั้งนี้ครึ่งหนึ่งของโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และความดันโลหิตถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะโรคที่เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และจะเป็นประโยชน์อย่างมากถ้าสามารถลดระดับความดันโลหิตเฉลี่ยลงไปที่ระดับ 115 มิลลิเมตรปรอทซิสโตลิก

ข) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จากการตรวจเลือดหลังอดอาหารนาน 12 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) มากกว่า 100 มก/ดล. ขึ้นไป พบว่าจะเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และเพิ่มโอกาสการทำลายของหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดขนาดกลางและเล็กเพิ่มขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น และเมื่อน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 126 มก/ดล. หรือเป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 จากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อัตราของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นมากกว่า 2-4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นร่วมกับภาวะความดันโลหิตที่สูงมากกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท ภาวะอ้วน ลงพุง ภาวะไขมันผิดปกติ นอกจากนั้นยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาอีก ได้แก่ โรคหลอดเลือดที่จอประสาทตา โรคไตเสื่อม ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป ภาวะแผลที่เท้าเรื้อรัง ภาวะติดเชื้อผิดปกติ เป็นต้น เกิดโรคของหลอดเลือดหลายโรค ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ค) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้รับการศึกษาและพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดตีบและตันในประเทศต่างๆ ได้แก่ ระดับไขมันคลอเลสเตอรอลรวม (Total Blood Cholesterol) ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) และไขมันเอชดีแอล (High density cholesterol) ซึ่งสามารถตรวจวัดได้โดยการตรวจวัดระดับไขมันในเลือด พบว่า ระดับคลอเลสเตอรอลสูงที่เป็นปัญหาต่อหลอดเลือด ≥ 200 mg/dl ขึ้นไป ขณะที่ภาวะ Triglyceride ≥ 150 mg/dl และภาวะ HDL-C ต่ำ หมายถึง < 40 mg/dl ในหญิง ทั้งนี้จะเสี่ยงเพิ่มขึ้นในระดับความผิดปกติที่ต่ำลงเมื่อพบว่า มีภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติร่วม (Metabolic syndrome) สำหรับการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทยพบว่า ภาวะ HDL-C ต่ำ มีความสำคัญต่อค่าโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดมากกว่าค่าไขมันผิดปกติตัวอื่นโดยเฉพาะเมื่อพบร่วมกันในภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติร่วม

จากรายละเอียดของภาพรวมสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะเห็นได้ว่าปัจจัยเรื่องการบริโภคยาสูบ การบริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน การขาดกิจกรรมทางกาย ที่เพียงพอ ภาวะความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะระดับน้ำตาลที่สูงขึ้น ภาวะไขมันผิดปกติ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แบบบั่นทอนสุขภาพ การมีภาวะของโรคเรื้อรังต่างๆ ล้วนเป็นสาเหตุซึ่งกันและกันที่ส่งผลก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้เสมอ ดังนั้นการปรับวิถีชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก เป็นสิ่งที่ส่งผลที่ดีต่อการดำเนินของโรคทั้งกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงและกลุ่มที่มีการดำเนินของโรคอยู่แล้ว ดังสรุปได้ ตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ความเชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ที่มา: กองสุขาศึกษา (2556)

ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1 การพัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Development)

ผู้วิจัยจะต้องมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับชุมชน และความรู้ที่เกี่ยวข้องแนวทางการพัฒนาศักยภาพของชุมชน เพื่อการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บุคลากรไปในการจัดกิจกรรมให้เข้ากับวิถีชีวิตของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน โดยแนวคิดพื้นฐานที่จะนำมาใช้มีดังนี้

พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับชุมชน มีสาระสำคัญได้แก่ ความหมายของชุมชน แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน และการพัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2.1.1 ความหมายชุมชน คำว่า “ชุมชน (Community)” ความหมายหลากหลายแล้วแต่ว่าจะนำไปใช้ในการศึกษาด้านใด สามารถสรุปความหมายของชุมชนดังนี้

1) “ชุมชน” ในความหมายทางสังคมวิทยาปัจจุบัน หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันและมีความผูกพันในทางเศรษฐกิจและการเมือง มีการกำหนดระเบียบทางสังคม มีอาณาบริเวณที่ถือครองของชุมชน มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความผูกพันกันและมีเอกลักษณ์เฉพาะคน เช่น ศาสนาเดียวกัน มีขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมประเพณีเดียวกัน มีการปกครองระบอบเดียวกัน (สมใจ วิณีจกุล. 2550)

2) “ชุมชน” ในอีกความหมายหนึ่ง คือ การที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความเชื่ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำอะไรร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันซึ่งรวมถึงการติดต่อสื่อสารกันด้วย (สมใจ วิณีจกุล. 2550)

3) บริบทของชุมชนที่รวมถึงบุคคล ลักษณะทางกายภาพ วัฒนธรรม ประเพณี สิ่งแวดล้อมทางสังคมของชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต โอกาส ความสำเร็จ และผลลัพธ์การพัฒนา (สมใจ วิณีจกุล. 2550; อ้างอิงจาก Clitherore; & Stokols. 1998)

4) นอกจากนี้บริบทของชุมชนยังรวมถึงสถาบันทางสังคมที่อยู่ในชุมชน สิ่งที่อยู่รอบๆ บุคคลและความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม (สมใจ วิณีจกุล. 2550; อ้างอิงจาก Anderson; et al. 2003) สถาบันทางการสังคม หมายถึง องค์กรทางศาสนาและวัฒนธรรม ระบบเศรษฐกิจ และโครงสร้างทางการเมือง สิ่งที่อยู่รอบบุคคล หมายถึง เพื่อนบ้าน สถานที่ทำงาน และเมืองต่างๆ ความสัมพันธ์ทางสังคมหมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคม การรวมกลุ่มทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม สิ่งทั้งหมดนี้เป็นทรัพยากรในการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน หากทรัพยากรเหล่านี้ขาดแคลนจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่บั่นทอนภาวะสุขภาพ

5) ชุมชนในความหมายของผู้รับบริการ มองชุมชนเป็นที่รวมของบุคคล ไม่ได้มองเป็นลักษณะของปัจเจกบุคคล การดำเนินงานสาธารณสุขจะต้องปฏิบัติการในส่วนที่เป็นปัจเจกบุคคล และกลุ่มคน ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพกำหนดขึ้นในระดับชุมชน เช่น การดำเนินโครงการถนนปลอดภัยสำหรับวัยรุ่น และการจัดให้มีสนามเด็กเล่นสำหรับเด็กเล็กร่วมกับผู้ปกครอง การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้นำไปสู่สุขภาพของชุมชน การส่งเสริมสุขภาพชุมชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายระดับ เริ่มจากระดับบุคคล ที่มีการเคลื่อนไหวทำให้รู้สภาพชุมชนโดยรวม การปรับเปลี่ยนนโยบายต่างๆ ต้องมองในระดับสังคม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนอย่างกว้างขวาง เมื่อการพัฒนามุ่งสู่ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชนต้องมีเป้าหมายในการพัฒนาเหมือนกัน สมาชิกทุกคนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงาน

ดังนั้น คำว่า “ชุมชน” จึงมีความหมายกว้าง ทั้งกลุ่มคนขนาดเล็กไม่ก็คนจนถึงกลุ่มคนขนาดใหญ่ เช่น ชนเผ่าหนึ่ง หมู่บ้านหนึ่ง หรือเมืองหนึ่ง ความเป็นชุมชนนี้มีขึ้นในสถานที่และสถานการณ์ต่างๆ กัน เช่น ความเป็นชุมชนในที่ทำงาน ความเป็นชุมชนทางวิชาการ ความเป็นชุมชนทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งความเป็นชุมชนหรือการรวมกลุ่มกัน ทำให้กลุ่มมีศักยภาพสูงมาก เพราะมีวัตถุประสงค์และจิตสำนึกในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่างร่วมกัน มีความรัก มีการกระทำและมีการเรียนรู้ร่วมกัน

2.1.2 แนวคิดกระบวนการพัฒนาชุมชน

การพัฒนาชุมชนมีลักษณะสำคัญประการหนึ่ง คือเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินงานเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันไปตามลำดับ และทุกขั้นตอนมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ถ้าหากดำเนินงานข้ามขั้นตอนหนึ่งขั้นตอนใดแล้วก็จะเกิดปัญหาและไม่ประสบความสำเร็จโดยขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชนอาจแบ่งได้เป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้ (สมใจ วินิจกุล. 2550)

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาชุมชน การหาข้อมูลของชุมชนด้วยการสำรวจด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสำรวจ เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป การศึกษาชุมชนเป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนาชุมชน เพราะถ้าไม่มีข้อมูลที่ถูกต้อง ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในชุมชนแล้ว การพัฒนาชุมชนก็จะไม่ถูกทิศทางและไม่ประสบความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ชุมชน เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชนในขั้นตอนแรกวิเคราะห์ในลักษณะของการแจกแจง และจัดหมวดหมู่ตามประเภทของข้อมูลเพื่อวิเคราะห์บริบทต่างๆ ของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงของชุมชน การจัดลำดับปัญหาของชุมชนและการวิเคราะห์แนวทางการแก้ไข หรือพัฒนาชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและโครงการพัฒนาชุมชน เป็นขั้นตอนต่อเนื่อง จากขั้นตอนที่ 2 กล่าวคือ เมื่อวิเคราะห์ชุมชนตามลำดับแล้ว นำผลการวิเคราะห์มาจัดทำแผนและโครงการพัฒนาชุมชนเพื่อเตรียมพัฒนาชุมชนต่อไป โดยทั่วไปการวางแผนและโครงการในงานพัฒนาชุมชนประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ คือการกำหนดแผนและโครงการ การจัดทำรายละเอียดของโครงการ การประเมินและอนุมัติโครงการ การปฏิบัติและดำเนินงานตามโครงการ และการประเมินผลโครงการ

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินงานพัฒนาชุมชน เป็นการร่วมกันดำเนินงานการพัฒนาชุมชนตามแผนและโครงการในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งต้องมีการบริหารโครงการเพื่อให้มีการประสานงาน การสนับสนุน การอำนวยความสะดวกของโครงการเพื่อความสำเร็จของโครงการ

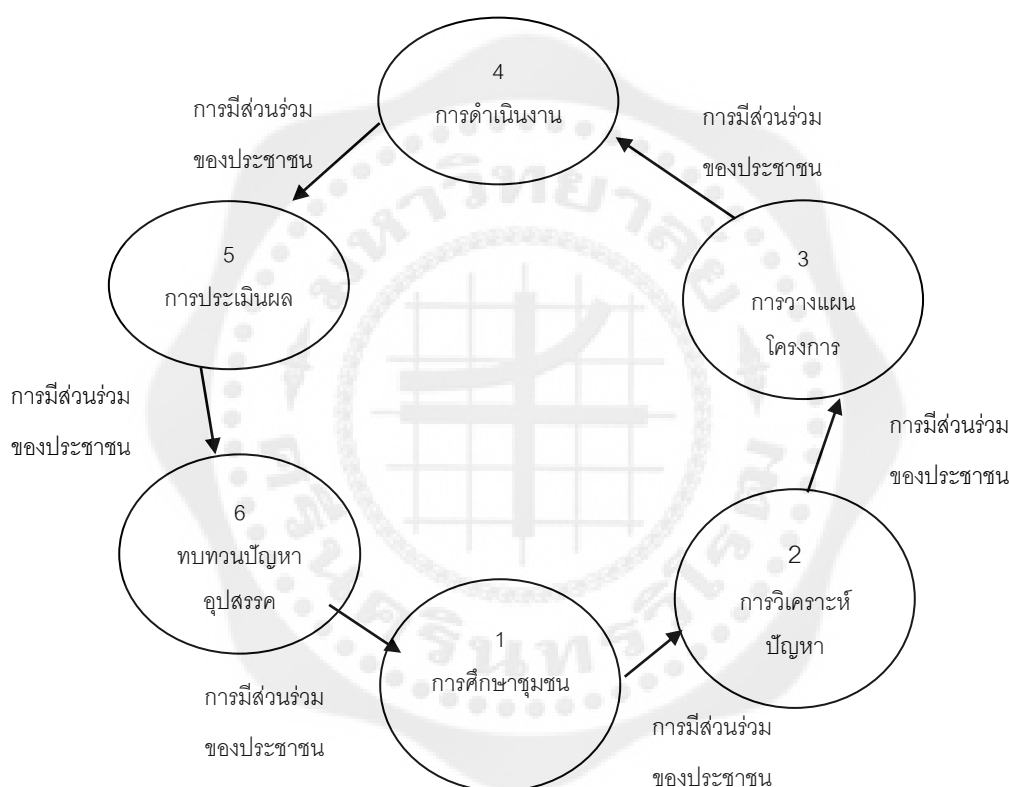
ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล เป็นการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ผ่านมาในเชิงปริมาณ (Quantitative Evaluation) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Evaluation) ทั้งในระยะเตรียมงาน และในระหว่างการทำงานเพื่อทราบถึงความสำเร็จ ข้อบกพร่องหรืออุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานพัฒนาชุมชน

ขั้นตอนที่ 6 การทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เป็นการนำผลจากการประเมินผลในขั้นตอนที่ 5 มาใช้ประโยชน์ในการป้องกัน ปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพัฒนาชุมชนอย่างทันที่ทั้งที่ทั้งในขั้นตอนของการเตรียมการ การ

ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ เป็นการนำผลการประเมินมาทบทวนเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปดำเนินการครั้งต่อไปรวมทั้งการขยายผลของการพัฒนาชุมชนไปยังโครงการหรือชุมชนอื่นๆ อีกด้วย

2.1.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน

กระบวนการพัฒนาชุมชนทั้ง 6 ขั้นตอนที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะประสบความสำเร็จได้ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง หรือการมีส่วนร่วมมากในทุกขั้นตอน เป็นเพราะการสร้างจิตสำนึกของประชาชนในกระบวนการพัฒนาของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน และอุทิศตนให้กับการพัฒนาชุมชนอย่างเต็มที่ นอกจากการพัฒนาชุมชนทุกขั้นตอนจะต้องมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันตามลำดับแล้วยังต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนอีกด้วยดังสรุป ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาชุมชน

ที่มา: สมใจ วิณีจกุล (2550)

การมีส่วนร่วมของประชาชน ในกระบวนการพัฒนาชุมชน จึงมาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน และแนวคิดการมีส่วนร่วมในงานพัฒนาชุมชนรวมกัน มีแนวคิดที่สำคัญ คือความสำเร็จของการพัฒนาชุมชน เป็นผลจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชนไม่ใช่ด้วยการดำเนินงานโดยภาครัฐ ภาคประชาชน หรือองค์การเอกชนเพียงฝ่ายเดียว โดยต้อง

ให้ประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือเป็นผู้ได้รับผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่างเต็มที่ ทั้งการมีส่วนร่วมของบุคคล การรวมกันเป็นกลุ่ม องค์กร และเครือข่าย ส่วนหน่วยงานภาครัฐภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ เป็นผู้เข้าร่วมสนับสนุน ส่งเสริมเพื่อรวมพลังกันพัฒนาชุมชนเท่านั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ในงานพัฒนาชุมชนนี้จะสร้างเสริมให้ประชาชนเกิดความรัก ความหวงแหนชุมชนของตนเอง อันจะทำให้เกิดจิตสำนึกความเป็นชุมชนและความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน ซึ่งเป็นพลังสำคัญที่ผลักดัน ให้การพัฒนาชุมชนประสบความสำเร็จหลักการที่สำคัญหลักการมีส่วนร่วม หมายถึง ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุชี้ปัญหา ที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนอย่างชัดเจนในการพัฒนา กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา

2.1.4 การพัฒนาชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การพัฒนานั้นถ้าพิจารณาแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมามีส่วนใหญ่อยึดบุคคลเป็นฐานในการพัฒนา จึงเกิดข้อจำกัดในการประสบผลสำเร็จในระยะยาว จึงทำให้เกิดการพัฒนาไปสู่ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. 2553: 78) โดยการจัดการสุขภาพในชุมชน ต้องเน้นภารกิจของคนในชุมชน จึงเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาวของระบบการดูแลสุขภาพ ที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ให้การดูแลสุขภาพสู่การสนับสนุนบทบาทของชุมชนในการสร้างสรรค์สุขภาพในชุมชนด้วยตนเองตามข้อมูลและบริบทวิถีชีวิตของเขาที่เป็นอยู่

การสร้างชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนด้วยการเป็นหุ้นส่วนระหว่างสมาชิกในชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นสิ่งสำคัญต่อการตัดสินใจร่วมกัน ตามปัญหาของชุมชนที่เป็นอยู่ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการรับรู้และเข้าใจความต้องการทางสุขภาพของชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการบูรณาการด้านทรัพยากรด้านสุขภาพในชุมชนที่มีอยู่ในตำบลบางเกลือ และเป็นผู้สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้นำในชุมชนตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะเข้ามาสนับสนุนทางด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้ข้อมูลของทางด้านสุขภาพ ปัญหาทางด้านสุขภาพของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เข้ามาคุกคามในชุมชน ที่เรียกว่าการใช้ชุมชนเป็นฐานความคิดให้กับชุมชน ได้กำหนดปัญหาของตนเอง ถ้าชุมชนต้องการให้มี การเปลี่ยนแปลงของชุมชนในระยะยาว และมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน สมาชิก ของชุมชนจะต้องเป็นผู้ริเริ่มขึ้นมาเอง

การประสบความสำเร็จในการใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพในกลุ่มต่างๆ ดังเช่น การศึกษาของวิชณี สรรเสริญ และคณะ (2554) ที่ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการ

พัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยเริ่มต้นจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของคนพิการ ในอำเภอนายายอาม ทั้งในส่วนของคนพิการ ผู้ดูแล การได้รับบริการทางด้านสังคม สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ โดยการพัฒนาจากหลายภาคส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนทุกชั้นตอน ควบคู่ไปกับขั้นตอนมอง คิด และปฏิบัติ (Look – Think – Act) ที่มีลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) ภายใต้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังโดยใช้การพัฒนาระบบการดูแลโดยครอบครัว หนุนส่วนในชุมชน และทีมสุขภาพเชิงรุก ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการโดยตรง และเชื่อมโยงเข้ากับระบบของการดูแลสนับสนุนขององค์กรในชุมชน ผลของการพัฒนาโดยครอบครัว และชุมชนนี้ทำให้เกิดนวัตกรรมในการดูแลที่มี ความเป็นเนื้อเดียวกันทั้งระบบ โดยมีเครือข่ายของจิตอาสาสามามีสวนร่วม และมีศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้คือการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิต เกิดผลลัพธ์ด้านบวกต่อครอบครัว ก่อเกิดความภาคภูมิใจของผู้ที่เป็นจิตอาสาที่ให้การดูแลและทีมสุขภาพ อีกทั้งยังพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทในการดูแลผู้พิการมากขึ้น และในส่วนของผู้พิการมีความพึงพอใจมากที่สุดในประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

การประสบความสำเร็จของ เรื่องการใช้ชุมชนเป็นฐานในชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้มีการศึกษารูปแบบและกระบวนการดำเนินโครงการ เพื่อนำไปสู่พัฒนาองค์ความรู้และบทเรียนของการดำเนินงานลดเสี่ยงโรคติดต่อเรื้อรังในใน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2553) ซึ่งจากการถอดบทเรียนจากพื้นที่ ดังกล่าวซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีการริเริ่มดำเนินโครงการจากส่วนกลางโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมและใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา หน่วยงานและเครือข่ายเป้าหมายให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังจัดการป้องกันลดปัญหาจากปัจจัยเสี่ยง และเพื่อสนับสนุนให้เครือข่ายมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 7 ขั้นตอน คือ 1) การประชุมชี้แจงระหว่างส่วนกลาง และหน่วยงานร่วมดำเนินการ 2) ศึกษาข้อมูลเชิงเอกสารและปฏิบัติการลงพื้นที่ศึกษาข้อมูลจริง 3) จัดรณรงค์คัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในชุมชน 4) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในชุมชน 5) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมและปรับแก้ภาคีเครือข่ายและแกนนำ 6) นิเทศติดตาม และประเมินผล และ 7) สรุปผลการดำเนินงาน

ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การออกแบบโครงสร้างส่วนบน ที่ริเริ่มภายใต้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน ทำให้การออกแบบกิจกรรมเป็นระบบ และขั้นตอนตามแนวคิดที่ครบตามขั้นตอน PDCA (Plan – Do – Check – Act) และมีการศึกษาชุมชนจริงถือเป็นจุดเริ่มของการใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ และการคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน(สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2553)

จากการศึกษาทั้ง 2 เรื่องได้นำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหรือกลุ่มคนที่ต้องใช้เวลายาวนาน เห็นได้ว่าส่วนที่คล้ายคลึงกันและเป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานมาใช้คือ จุดเริ่มต้นในบริบทที่เป็นอยู่ของชุมชนนั้นว่าเป็นอย่างไรรวมทั้งสภาพปัญหา แหล่งสนับสนุน และผู้เข้ามาช่วยในการดำเนินงาน มีเทคนิคที่ส่งเสริมให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น ในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเห็นได้ว่าความแตกต่างของบริบทของปัญหา กลุ่มเป้าหมายไม่มีสูตรสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพและการดูแลโรคเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับบริบทที่แตกต่างกันของชุมชน สถานการณ์ที่แตกต่างกันที่ก่อให้เกิดการออกแบบกระบวนการที่แตกต่างกันไป

2.1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คอลลาจิริและคณะ (Colagiuri; et al. 2010) ได้ศึกษาโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานของเมืองซิดนีย์ (Sydney) โดยใช้ข้อมูลชุมชนเป็นฐานการศึกษาผลของโปรแกรมนี้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50-60 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคเบาหวานโดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกวิเคราะห์แยกแยะและได้รับหลักสูตรการดูแลเบื้องต้นและได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยใช้ข้อมูลของชุมชนเป็นฐานวิธีการดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นรายบุคคลและรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้งโดยพฤติกรรมที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงคือ น้ำหนักต้องลดลงร้อยละ 5 มีการออกกำลังกาย 210 นาทีต่อสัปดาห์ (วิธีการแอโรบิคและการออกกำลังกายหนัก) การจำกัดเรื่องอาหารที่มีไขมัน และไขมันไม่อิ่มตัว การรับประทานผักการติดตามต้องทำทุก 3 เดือนเป็นเวลา 12 เดือน ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของโปรแกรมประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกในเรื่องของ น้ำหนัก การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเช้า ส่วนการเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 คือการเปลี่ยนแปลงของรอบเวร น้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตและไขมันในเส้นเลือด ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปาซอกิ และคณะ (Pazoki; et al. 2007) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทำให้หัวใจแข็งแรงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในกลุ่มผู้หญิงที่มีสุขภาพแข็งแรงด้วยการออกกำลังกาย ใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีกลุ่มตัวอย่างอายุ 25-66 ปี จำนวน 335 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโปรแกรมใช้เวลา 8 สัปดาห์ โดยโปรแกรมนั้นมีการประยุกต์เรื่องการดำเนินชีวิตด้วยการเพิ่มการออกกำลังกายแต่อยู่บนพื้นฐานของโปรแกรมกิจกรรมสำหรับผู้หญิง (American Activity Program for Woman) มีการใช้ดนตรีควบคู่ในการปฏิบัติร่วมกับการให้ความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งมีการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร 53 คนที่เป็นคนในท้องถิ่นร่วมกับองค์กรในชุมชน หลังการศึกษาพบว่าค่าระดับความดันตัวบนและความรู้เรื่องโรคหัวใจ ในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและมีความแตกต่างจากกลุ่มทดลอง

2.2 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่จะทำให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังนั้น การค้นหารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเป็นไปได้กลมกลืนกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนนั้นมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง และเพื่อการก่อเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนนั้นคนในชุมชนต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นขึ้นมาด้วยชุมชนเอง ดังนั้นเพื่อให้เกิดแนวคิดสำหรับการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยนำเสนอเอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบดังนี้

2.2.1 ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบใช้ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Model” สำหรับความหมายของรูปแบบมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

กู๊ด (ซูลีกร ยัมสุต. 2552: 57; อ้างอิงจาก Good. 1973) รวบรวมความหมายไว้ 4 ความหมาย คือ 1) แบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ 2) ตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียง ตัวอย่างในการเป็นครูที่ดี 3) แผนภูมิ หรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหลักการหรือแนวคิด และ 4) ชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่สัมพันธ์กัน ซึ่งรวมถึงตัวแปรประกอบ หรือสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจเป็นสูตรคณิตศาสตร์ หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้ เช่นเดียวกับดาฟ (ซูลีกร ยัมสุต. 2552: 58; อ้างอิงจาก Daff. 1944) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงตัวแทนอย่างง่ายที่ใช้อธิบายมิติที่สำคัญบางมิติขององค์กร ในขณะที่ ทิศนา แคมมณี (2550) กล่าวว่ารูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบเสาะหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสร้างมาจากความคิด ประสบการณ์ การใช้อุปมาอุปไมยหรือจากทฤษฎีหลักการต่างๆ และแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง และณัฐศักดิ์ จันทร์ผล (2552) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงโครงสร้างโปรแกรม แบบจำลองหรือตัวแบบจำลองสภาพความเป็นจริงที่สร้างขึ้นจากการลดทอนเวลาและเทศะ พิจารณามีสิ่งใดบ้างที่จะต้องนำมาศึกษาเพื่อใช้ทดแทนแนวคิดหรือปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยอธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ของรูปแบบนั้นๆ

2.2.2 ประเภทของรูปแบบ

คีฟ (ทิศนา แคมมณี. 2550; อ้างอิงจาก Keeves. 1997) กล่าวว่าประเภทของรูปแบบจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1) รูปแบบจะต้องไปสู่การทำนาย (Prediction) ผลที่ตามมาซึ่งสามารถพิสูจน์ ทดสอบได้ กล่าวคือสามารถนำไปสร้างเครื่องมือเพื่อไปพิสูจน์ทดสอบได้

2) โครงสร้างของรูปแบบจะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) ซึ่งสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์หรือเรื่องนั้นได้

3) รูปแบบจะต้องสามารถช่วยสร้างจินตนาการ (Imagination) ความคิดรวบยอด (Concept) และความสัมพันธ์ (Interrelations) รวมทั้งช่วยขยายขอบเขตของการสืบเสาะความรู้

4) รูปแบบควรจะประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural relationships) มากกว่าความสัมพันธ์เชิงเชื่อมโยง (Association relationships)

รูปแบบ (Model) ที่มีโครงสร้างต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน โดยรูปแบบตามความคิดของคีฟ (ทีศนา แชมมณี. 2550; อ้างอิงจาก Keeves. 1988: 178) จำแนกได้ 5 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบคล้าย (Analogue Model) คือรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับระบบกายภาพมักเป็นรูปแบบที่ใช้ในวิทยาศาสตร์กายภาพเป็นรูปแบบที่นำไปใช้อุปมาเกี่ยวกับสิ่งอื่นได้ เช่น รูปแบบจำลองระบบสุริยะที่เกิดขึ้นจริง เป็นต้น

2) รูปแบบที่อธิบายความหมายหรือให้ความหมาย (Semantic Models) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาในการบรรยายลักษณะของรูปแบบชนิดนี้จะใช้วิธีการอุปมาในการพิจารณาด้วยภาษามากกว่าที่จะใช้วิธีอุปมาในการพิจารณาด้วยโครงสร้างกายภาพ

3) รูปแบบที่มีลักษณะเป็นแผนภูมิแบบแผน หรือโครงกร (Schematic Model)

4) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Models) คือเป็นรูปแบบที่กำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในรูปสมการหรือฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์

5) รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal Models) เป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นสมการเชิงเส้นที่ประกอบด้วยตัวแปรสัมพันธ์กันเป็นเหตุและผล มีการทดสอบสมมติฐานผลของรูปแบบจากลักษณะการแบ่งประเภทของรูปแบบของนักวิชาการต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าการแบ่งประเภทของรูปแบบตามแนวคิดที่หนึ่งนั้นบอกให้ทราบถึงลักษณะการเขียนรูปแบบที่มีลักษณะส่วนการแบ่งประเภทของรูปแบบที่สองและสามนั้นเป็นการแบ่งประเภทของรูปแบบที่มีลักษณะส่วนการแบ่งประเภทของรูปแบบตามแนวคิดพื้นฐานในการเสนอรูปแบบในการบรรยาย อธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ เป็นหลัก

2.2.3 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีจุดมุ่งหมายสำคัญคือการปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดี ซึ่งการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีสาเหตุต่างๆ หลายประการ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกแต่ที่สำคัญ คือกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องปรับพฤติกรรมนั้น จะต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ และมีการดำเนินการร่วมกับสื่อต่างๆ และการบูรณาการวิธีการเรียนรู้และงานต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน จึงจะทำให้กระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงจะประสบความสำเร็จในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่พึง

ประสงค์ดังนั้นการจัดการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องใช้กระบวนการหรือเทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมอาจกล่าวได้ว่าต้องสร้างนวัตกรรมขึ้นใหม่ในการดำเนินงาน ร่วมกับเทคนิคการสื่อสารทางด้านเทคโนโลยี ก็จะช่วยให้การดำเนินงานสามารถพัฒนาไปจนมีสภาพตามเงื่อนไขที่ต้องการและมีคุณภาพ (กองสุศึกษา. 2556: 15) ในการพัฒนาการจัดการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีแนวทาง ในการดำเนินงานที่หลากหลายผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมรูปแบบการดำเนินดังต่อไปนี้

กองสุศึกษา (2556: 16) ได้กล่าวว่าการจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ควรเน้นที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญคือ

1) ในการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือการจัดการให้ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพตนเอง และสามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหา

2) ดำเนินการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ให้บรรลุเป้าประสงค์ตามกำลังหรือศักยภาพของแต่ละคน

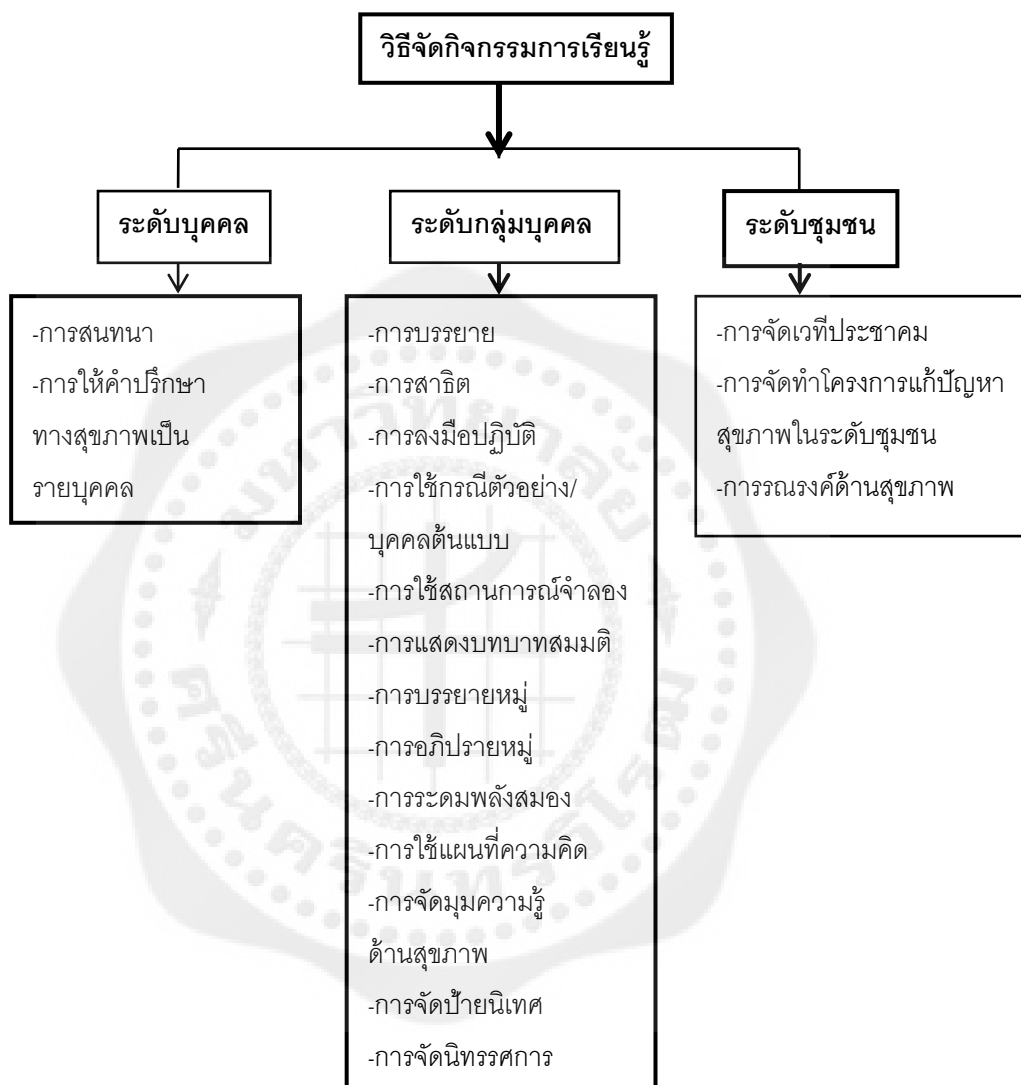
3) ผู้รับบริการแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งด้านความต้องการความสนใจ ความถนัด และยังมีทักษะพื้นฐานอันเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันก่อให้เกิดการแสดงผลของการเรียนรู้ด้านสุขภาพออกมาในลักษณะที่ต่างกันจึงควรมีการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในลักษณะที่แตกต่างกัน ตามเหตุปัจจัยของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคน

4) การดำเนินการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่าทุกคนมีความแตกต่างกัน ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้และเชื่อว่าการเรียนรู้เกิดได้ทุกที่ ทุกเวลา

5) การจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องเป็นการจัดการบรรยากาศ จัดกิจกรรม จัดสื่อ จัดสถานการณ์ ฯลฯ ให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพผู้ที่ จะมาเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องรู้จักผู้รับบริการให้ครอบคลุมอย่างรอบด้าน และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปเป็นพื้นฐานในการออกแบบหรือวางแผนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

กองสุศึกษา (2556: 6) กล่าวว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นกระบวนการที่มุ่งให้บุคคล กลุ่มบุคคล รวมถึงชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด ให้เป็นไปในทิศทางที่จะส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีซึ่งพบว่า โดยทั่วไปแล้วคนเราสามารถเกิดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จากหลากหลายทาง เช่น การได้ยิน การสัมผัส การอ่านหรือการใช้สื่อเทคโนโลยีต่างๆ เป็นต้น การเรียนรู้ของคนในแต่ละวัย จะแตกต่างกันแต่ก็มักจะ

เรียนรู้ด้วยการเรียนในห้องเรียน หรือการซักถาม ในขณะที่ผู้ใหญ่มักเรียนรู้ด้วยประสบการณ์รูปแบบ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่กองสุศึกษา ได้นำเสนอไว้ทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่มและระดับชุมชน สรุปได้ ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ที่มา: กองสุศึกษา (2556)

2.2.4 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับนโยบายในประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและคณะ (2556) ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการ ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ.

2551-2555 พบว่า ผลลัพธ์การประเมินผลเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนเพื่อลดปัญหาและอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการกำหนดนโยบายทั้งแนวดิ่งและแนวราบที่สอดคล้องกัน การขับเคลื่อนผ่านหน่วยงานทั้งนโยบายเชิงรุกและนโยบายเชิงรับ โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งเสริมการดำเนินชีวิตเชิงสุขภาพในประชาชนทั่วไป และการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประชากรกลุ่มเสี่ยง และตั้งแต่วันที่ พ.ศ.2555 เป็นต้นมา มีการใช้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 ในการขับเคลื่อนทุกภาคส่วน นโยบายที่เกิดขึ้นมีความสอดคล้องกัน มีแผนปฏิบัติการรองรับรวมถึงการระดมถึงการกำกับติดตาม เฝ้าระวังควบคุมกำกับ ประเมินผล แต่แผนการประเมินผลอย่างเป็นระบบไม่ชัดเจนที่ชี้แนะแนวทางปฏิบัติจริงได้

การวิเคราะห์การตอบสนองของระบบสุขภาพโดยกองสุขภาพได้มีการนำเครื่องมือ เฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพและได้วิเคราะห์จากรายงานพบว่าปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินชีวิตที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในสร้างรูปแบบการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1) ประชากรส่วนใหญ่มีความตระหนักในปัญหาโรคไม่ติดต่อมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรายงานวิจัยในแต่ละพื้นที่ให้การสนับสนุน มีการระดมทุนใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่พอเพราะขาดการชี้แนะ ติดตาม หรือมีตัวแทนที่ก่อเกิดในชุมชนเอง

2) การจัดการสิ่งแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ ดื่มสุร่าอย่างหนักยังไม่ลดในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่น

3) การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ความเครียดในการดำเนินชีวิตในเขตเมืองมีการแข่งขันสูง มีความรีบเร่งในวิถีการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความตึงเครียด

4) ขาดต้นแบบที่จะลดความเสี่ยงให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมได้แก่ความเชื่อ ค่านิยม วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนแต่ละพื้นที่อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง ทำให้หลายกิจกรรมขาดความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ หรือปฏิบัติได้ แต่ไม่ยั่งยืนโดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการเฝ้าระวังโดย อสม.เป็นส่วนใหญ่ ในการนำแผนสู่การปฏิบัติ รวมถึงการสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพให้กับชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสถาบันทางสังคมและภาคประชาสังคม การเป็นเครือข่ายในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้ยังได้เสนอแนะมาตรการสำคัญเพื่อให้ระบบการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประสบความสำเร็จ คือ การมีภาวะผู้นำที่ดี การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เพียงพอและยั่งยืนศักยภาพของสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพียงพอที่จะสนับสนุน กิจกรรม/โครงการ ในด้านกระบวนการเสนอว่าควรมีการแบ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายคือระดับความรุนแรงของประชากรกลุ่ม

เสี่ยง การดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันควรได้รับการพัฒนาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สะท้อน ถึงการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง

จากการศึกษาในภาพรวมนี้ ผู้ศึกษาจึงนำผลการศึกษาที่สำคัญ ในการจัดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม วิธีการดำเนินชีวิตของชุมชนตำบลบางเกลือ เพื่อให้การปฏิบัติตัวเป็นไปได้อย่างจริง เกิดความยั่งยืน และนำผลการวิเคราะห์ในเรื่องของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนมาเป็นส่วนช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

2.2.5 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ลงสู่การปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในที่นี้ขอนำเสนอกิจกรรมที่ผู้ศึกษาได้รวบรวมมาเป็นแนวทางในการดำเนินการดังนี้

1) เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ส่วนใหญ่มีลักษณะการออกแบบกิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดเองแล้วนำมาเป็นเครื่องมือ ในการศึกษา เช่น สุพัชรินทร์ วัฒนกุลและคณะ (2556) ศึกษาโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเอง เรื่องอาหาร และการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงโดยให้ความรู้ 10 ครั้ง คือครั้งที่ 1 การสร้างความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค เรียนรู้การจัดการตัวเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาธิต ฝึกปฏิบัติ เรื่องการจัดการอาหาร ครั้งที่ 2 เรื่องการออกกำลังกาย โดยใช้เทคนิคเหมือนครั้งที่ 1 แต่ที่เพิ่มเติมก็คือการให้ความรู้เรื่องโรคแก่ญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขครั้งที่ 3-4 เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย ครั้งที่ 5 ครั้งที่ 6 การสร้างทักษะการประเมินตนเอง และแรงเสริมตนเองในการจัดการตนเอง ด้านการบริโภค และการออกกำลังกาย ครั้งที่ 7-8 ฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน ครั้งที่ 9 การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 10 กระตุ้นเตือนและสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง เรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย ด้วยการประเมินจากสมุดบันทึก เวลาให้กำลังใจ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 34 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง 10 สัปดาห์ หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สเตาเทินและคณะ (Staten; et al. 2008) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกัน (Pasos Adelante Chronic Disease Prevention) ในชุมชนเมืองเม็กซิโก ซึ่งโปรแกรมนี้มีเป้าหมายคือการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในเม็กซิโก โดยการให้มีการจดบันทึกด้วยตนเองด้านโภชนาการ (Self-reported nutrition) และการออกกำลังกาย (Physical activity) ผลการทดสอบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมนี้ ใช้วิธีการตรวจวัดทางด้านร่างกาย การตอบคำถามและการตรวจทางห้องทดลองโดยที่โปรแกรมนี้จะใช้เวลา 12 สัปดาห์และมีระยะติดตามผลอีก 12 สัปดาห์โดยโปรแกรมนี้จะใช้วิธีการให้

ความรู้กลุ่มเป้าหมายเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายโดยมีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 305 คน และระยะติดตามคงเหลือ เพียง 254 คน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถลดค่าดัชนีมวลกาย เอวและสะโพก ระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นระดับความดัน การศึกษานี้ยังสรุป อีกว่าการให้ข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายสะดวกในการควบคุมดูแลสุขภาพตนเอง

2) การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวของผู้วิจัยเองจากการนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ เช่น อภัสริน มะโนและคณะ (2555) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยพัฒนากิจกรรมกิจกรรมประกอบด้วย 4 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมงห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 สร้างการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ การชมวีดิทัศน์ประกอบคำบรรยายการเรียนรู้จากผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อน อภิปรายกลุ่มร่วมกันพิจารณาถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวครั้งที่ 2 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหารโดยให้ความรู้ การสาธิต ฝึกทักษะและอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 3 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองด้านพฤติกรรมออกกำลังกายโดยให้ความรู้ การสาธิตฝึกทักษะและอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 4 สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองในผลดีของการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายโดยการคัดเลือกตัวแบบ อภิปรายกลุ่มจัดกิจกรรมให้ญาติ 1 ครั้ง โดยการชม วีดิทัศน์ บรรยาย การเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วย และแนะนำบทบาทญาติในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

โทติกิดิส (Totikidis. 2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันโรคในบริบทของออสเตรเลียเนื่องจากโรคเรื้อรังมีอัตราเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ความพิการ ปัญหาทางจิตสังคมการเสียชีวิต และทางด้านเศรษฐกิจและวิกฤตด้านนโยบายสุขภาพ อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังจำนวนมากและสถานการณ์โรคสามารถป้องกันได้โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ของชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานของชุมชน ร่วมกับปรัชญาของจิตนิยม (Idealism) วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยในการพัฒนาสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในบริบทของออสเตรเลีย ความเฉพาะเจาะจงของการศึกษานี้คือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจความเป็นไปได้ของข้อมูลเชิงประจักษ์ทางสถิติหรือทางระบาดวิทยาและการทำงานร่วมกันของคนในชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังและการพัฒนาสุขภาพในระดับบุคคล ชุมชนและระดับ

ระบบ การวิจัยนี้ใช้กระบวนการทัศน์การปฏิบัติ (Praxis) และการออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์เชิงลึกด้านสุขภาพโดยใช้เชิงปริมาณและข้อมูลทางการระบาดและการตั้งคำถาม:มีหลักฐานเชิงประจักษ์/สถานะความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอะไรบ้างปัจจัยความไม่เท่าเทียมกันในชุมชนวิกตอเรีย(Victorian) และครอบครัวVictorianและออสเตรเลีย ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิจัยเชิงคุณภาพด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มเล็กๆจากชุมชนหนึ่งของเมืองเมลเบิร์น ในการดูแลของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คำถามที่ใช้:การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีประโยชน์อะไรต่อชุมชน มีแนวคิดอะไรสำหรับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ขั้นตอนที่ 3 เป็นการประเมินผลกลยุทธ์โดยการใช้คำถาม: ในวิถีทางใดที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของข้อมูลทางด้านสุขภาพและชุมชนที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยพบว่าขั้นตอนที่ 1 เป็นการระบุปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและผลลัพธ์ในความไม่เท่าเทียมกัน ขั้นตอนที่ 2 พบ 6 ปัจจัยหลักที่มีประโยชน์สำหรับชุมชนในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความคิดที่มีประโยชน์สำหรับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และขั้นตอนที่ 3 แสดงให้เห็นผลการประเมินเชิงบวกโดยผู้เข้าร่วมและมีการระบุตัวชี้วัดที่ประสบความสำเร็จของกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม

3) เป็นการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การแบบมีส่วนร่วม เช่น กิตติพร เนาวิสุวรรณและคณะ (2556) ได้ศึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชนการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน และศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้แก่ นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโรงเรียนเทศบาล 4 (วัดแหลมทราย) สังกัดเทศบาลนครสงขลา ใช้วิธีเลือกสุ่มแบบเจาะจง และขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูโรงเรียนเทศบาล 4 ผู้ปกครอง อสม.ตัวแทนจากเทศบาลนครสงขลา อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและเค้าโครงข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากการสนทนากลุ่มผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมภาวะโภชนาการเกิน ด้านความรู้ ทักษะและด้านการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังเสร็จสิ้นโครงการ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะ

โภชนาการเกินในนักเรียน อยู่ในระดับดีมากโดยแต่ละส่วนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การวางแผน ประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนบุคลากรเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึง

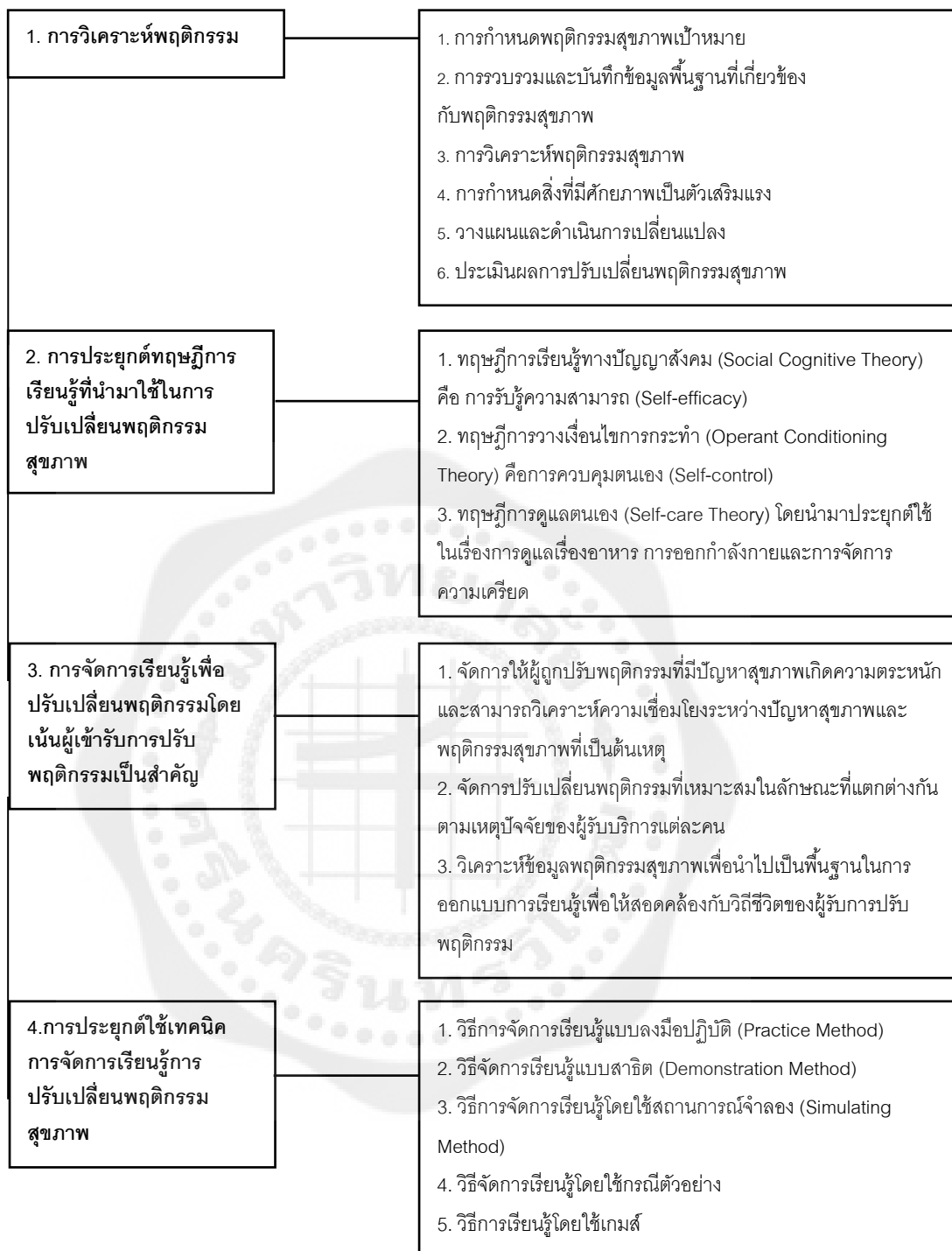
เนอร์และคณะ (Nur; et al. 2009) ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ของผู้สูงอายุและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง: การศึกษาการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในชนบทมาเลย์ ผู้ดูแล และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุและลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรังในมาเลย์ มีการศึกษาโดยการประเมินความจำเป็นที่ต้องได้รับการดำเนินการในสถานะความรู้ทางโภชนาการและข้อมูลความต้องการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การศึกษาแบบตัดขวางได้รับการดำเนินการในผู้สูงอายุจำนวน 267 คน ผู้ดูแล จำนวน 54 คนและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จำนวน 66 คน ในพื้นที่ชนบท 2 แห่งของคาบสมุทรมมาเลเซีย ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทางโภชนาการที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเองจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มีการวัดการทำงานด้านร่างกายผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในเรื่องโภชนาการต่ำ ร้อยละ 43 ระดับความพึงพอใจในเรื่องโภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 33.7 ไม่พึงพอใจมาก ร้อยละ 15.7 และรู้สึกดี ร้อยละ 6.7 การพูดคุยการให้คำปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ทีวีและวิทยุที่นำเสนอเกี่ยวกับ ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุและการจัดการของกลุ่มผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 45 ที่นำความรู้เป็นใช้ร่วมกิจกรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทั้งหมดใช้แนวทางในการจัดการในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.6 อย่างไรก็ตามความรู้ด้านโภชนาการมีอยู่เพียงส่วนน้อยเท่านั้นในแนวทางการดูแล จากการวิเคราะห์ด้วย การถดถอยพหุคูณ ซึ่งให้เห็น “ระดับของการศึกษา” รวมทั้ง “ทักษะทางสังคม” ทำให้เห็นถึง “ปัญหาการสื่อสาร” เครื่องมือวัดระดับทักษะในชีวิตประจำวันที่มีก่อนหน้านี้ “ข้อมูลด้านโภชนาการ” และ “การมีส่วนร่วมในโปรแกรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ” ถูกนำมาทำนายระดับความรู้ทางด้านโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ

ริกเชียร์เดลลิและคณะ (Ricciardelli; et al. 2012) ศึกษาเรื่องการส่งเสริมรูปร่างที่สมส่วนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกายในชนพื้นเมืองประเทศออสเตรเลีย: การศึกษารูปแบบ พบปัญหาสุขภาพร่างกายที่เลวร้ายของคนพื้นเมืองในประเทศ ซึ่งให้เห็นถึงปัจจัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น คุณค่าทางอาหารต่ำและการไม่ออกกำลังกาย ส่งผลให้มีสุขภาพที่แย่ลง สิ่งที่ยากคือการทำอย่างไรให้ชนพื้นเมืองมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและทำอย่างไรให้คนเหล่านั้นดูแลร่างกายของเขา นอกจากนี้ยังต้องเข้าใจที่เป็นระบบในเรื่องผลกระทบของปัจจัยสังคมวัฒนธรรมนั้น ส่งผลอย่างไรต่อทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพของพวกเขา งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นการศึกษารูปแบบของการวิเคราะห์โดยใช้ชุมชนเป็นฐานของปัจจัยรอบด้านสุขภาพและภาพลักษณ์ด้านร่างกายของคนประเทศออสเตรเลียการศึกษาที่มีการดำเนินการร่วมกันของประชาชนชาวออสเตรเลียโดยใช้กรอบการวิจัย

เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยประชาชนมาจาก 3 แห่ง และมีการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองของปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพข้อมูลที่รวบรวมได้นั้นเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ด้วยทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) และ ผลการศึกษาจะนำไปใช้ในการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมของชุมชน ในแต่ละสถานที่จะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการวิจัยของชุมชนตนเอง เพื่อนำไปเพิ่มกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพและดำเนินการร่วมกันในอนาคต

สรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดสำคัญของการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งระเบียบวิธีวิจัยและเทคนิคในการพัฒนารวมทั้งรูปแบบการจัดกิจกรรม จะเห็นได้ว่าความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในด้านการสร้างกิจกรรมนั้นไม่เพียงแต่ตัวผู้วิจัยอย่างเดียวเท่านั้น ที่จะสร้างสรรค์หรือรวบรวมทฤษฎีและแนวคิดมากำหนดกิจกรรมลงสู่กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งด้านการจัดการเรียนรู้มีหลัก ที่สำคัญคือการสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ก็นำวิธีการตรวจสุขภาพเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การจัดการเรียนรู้ที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองจนกระทั่งสามารถควบคุมตนเอง ซึ่งกิจกรรมที่มีความจำเป็นจากการศึกษาข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่เน้นที่เรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ที่เกี่ยวกับความเครียด ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ให้กลุ่มเป้าหมายได้เรียนรู้ และฝึกทักษะให้สามารถทำได้เอง ร่วมกับสื่อ อุปกรณ์ที่เชื่อมโยงให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มโดยใช้ศักยภาพของคนในชุมชนร่วมกันคิด ช่วยกันสร้างแนวทางการเรียนรู้ ที่อยู่บนพื้นฐานของชุมชนและทรัพยากร ในพื้นที่โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อดึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทุกภาคส่วนทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประชาชนทั่วไปเข้ามามีส่วนในการสร้างรูปแบบ การเรียนรู้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความสะดวก กระตุ้น ผู้มีส่วนร่วมแสดงศักยภาพออกมาอย่างเต็มที่ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) ในการตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนไปถึงจุดมุ่งหมาย คือการสร้างรูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ การศึกษาครั้งนี้ก็เพื่อเป็นการลดจุดอ่อนของการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิมๆ ที่เกิดจากรูปแบบกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับค่านิยมวัฒนธรรมวิถีการดำเนินชีวิต ขาดความเป็นไปได้ของการปฏิบัติกิจกรรมและความไม่ยั่งยืนของพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวทางการดำเนินงานพอสรุปองค์ประกอบของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์ สาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 การส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE Model

กรีนและคริวเทอร์ (Green; & Kreuter. 2005; อภาพร เฝ้าวัฒนา; และคณะ. 2556) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินโครงการสุขภาพศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากปัจจัยหลากหลาย (Multiple factors) เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ในการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อใช้ประกอบการวางแผน และกำหนดกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป ทั้งนี้ เป้าหมายหลักของ PRECEDE คือผลลัพธ์ (Outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (Inputs) ต้องพิจารณาผลลัพธ์ก่อน แล้วค่อยพิจารณาว่า มีปัจจัยหรือสาเหตุอะไรบ้าง ที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผน โดยมีหลักการที่สำคัญ 2 ประการ ดังนี้

1) หลักการมีส่วนร่วม หมายถึง ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุงชี้ปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนอย่างชัดเจนในการพัฒนา กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Education Model) ของเปาโล เฟร์ (Paulo Freire)

2) บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่างๆ การเมือง และทางสังคม

3.1.1 กรอบแนวคิด PRECEDE Model (อภาพร เฝ้าวัฒนา; และคณะ. 2556) มี 5 ระยะ

ระยะที่ 1 การประเมินทางสังคม (Social Assessment) เป็นการประเมินสภาพปัญหาทางสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งสามารถทำได้โดยการศึกษาความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล การประเมินปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้นจะเป็นเครื่องมือชี้ระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

ระยะที่ 2 การประเมินปัญหาการเจ็บป่วย หรือภาวะสุขภาพด้านพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม (Epidemiological Behavioral and Environment Assessment) เป็นการพิจารณาเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว หรือข้อมูลที่เก็บรวบรวมขึ้นมาใหม่ เช่น สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Education and Ecological Assessment) ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่

เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพศึกษา โดยในขั้นตอนนี้ จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ก) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำมีได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขภาพศึกษาด้วย ได้แก่

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ เป็นการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้าเหล่านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพบุคคล

ความเชื่อ เป็นความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน

1) ด้านความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพ หรืออยู่ในอันตราย

2) ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านความเจ็บปวด ทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ)

3) ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่า ราคา เวลา และสิ่งต่าง ๆ ที่ลงทุนไป เมื่อความเชื่อดังกล่าวและจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม เป็นการให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่บุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุประสงค์ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ด้วยและความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา นอกจากนั้นสิ่งที่จะเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่าย

ค) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นั้นก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึง อิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ ได้แก่ 1) เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้ 2) การดัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้ 3) เป็นปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากพฤติกรรมนั้นแล้ว 4) ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป และ 5) ใน การเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้นอาจมีผลกระทบทถึงปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

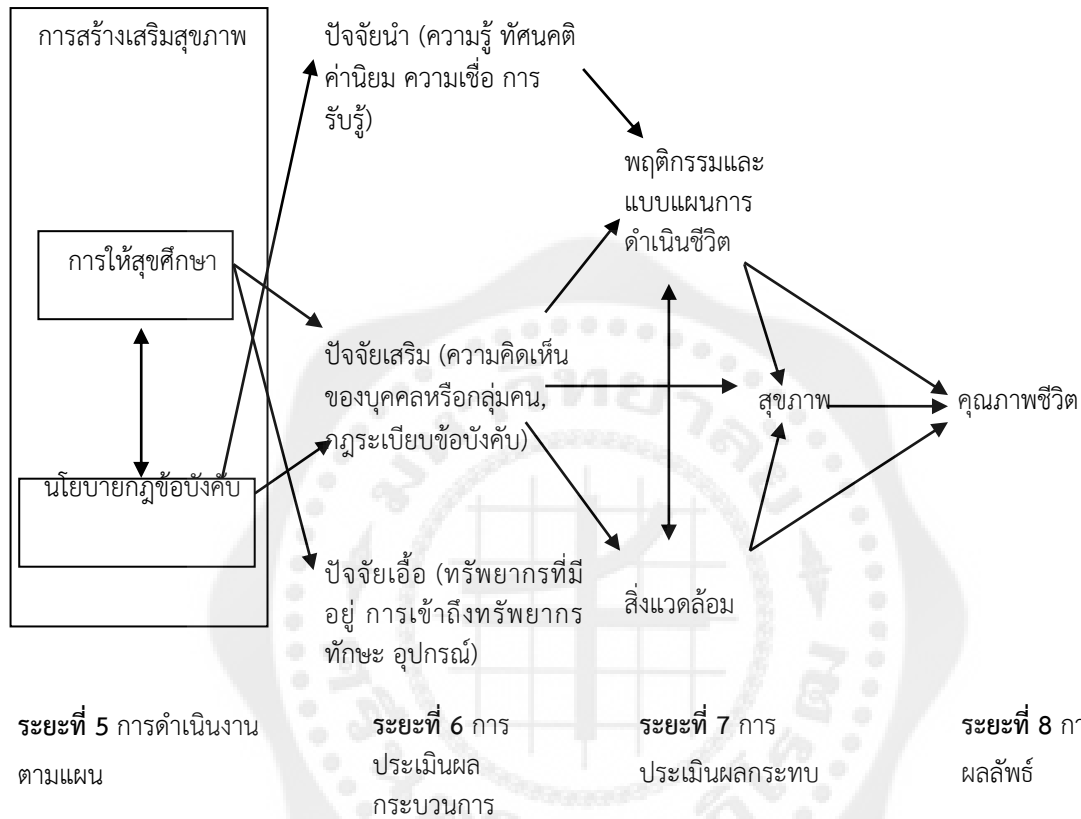
ระยะที่ 4 การประเมินการบริหารนโยบายและการวางแผนการดำเนินการ (Administrative Policy Assessment and Intervention Alignment) เป็นการประเมินความสามารถ และทรัพยากรขององค์กรและด้านการบริหารซึ่งอาจพบว่าปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนดำเนินงาน เช่น ข้อจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบาย ปัญหาด้านเวลาหรือขาดบุคลากร เป็นต้น ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับขั้นนี้ ไม่น้อยกว่าในขั้นตอนอื่นๆ และจะต้องมีการวินิจฉัยและพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับกรณีวินิจฉัยหาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ระยะที่ 5 การดำเนินงานตามแผน (Implementation) หลังจากได้ข้อมูลจากการประเมินใน 4 ขั้นตอนแรกการกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานของกลวิธีด้านสุขศึกษาและการจัดทำนโยบาย กฎระเบียบ และการบริหารการจัดการองค์กรเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ระยะที่ 6-8 การประเมินผล (Evaluation) ขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE-PROCEED Framework จะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินกระบวนการจัดทำโครงการ (ขั้นตอนที่ 6: process evaluation) การประเมินผลกระทบของโครงการหรือผลของโปรแกรมที่เกิดขึ้นในระยะสั้น (ขั้นตอนที่ 7: impact evaluation) และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว (ขั้นตอนที่ 8: outcome evaluation) ดังภาพประกอบ 7



ระยะที่ 4 การประเมิน การบริหารนโยบายและ การวางแผนการ ดำเนินการ	ระยะที่ 3 การ วิเคราะห์ทาง การศึกษาและ นิเวศวิทยา	ระยะที่ 2 การประเมิน ปัญหาการเจ็บป่วย หรือ ภาวะสุขภาพด้าน พฤติกรรมและด้าน สิ่งแวดล้อม	ระยะที่ 1 การประเมิน ทางสังคม
--	---	--	---



ภาพประกอบ 7 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model

ที่มา: กรีนและคริวเทอร์ (Green; & Kreuter. 2005)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ PRECEDE-PROCEED Framework ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคม จนถึง ขั้นตอนที่ 5 โดยนำไปใช้วางแผนงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบตั้งแต่ การวิเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการจัดทำโครงการ การวางแผนจัดกิจกรรม และการดำเนินงาน

การศึกษาที่นำแนวคิดนี้ ไปใช้ในการดำเนินการวิจัย เช่น การศึกษาของอูระณี รัตนพิทักษ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพใน

ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้พฤติกรรม น้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมมีค่าขนาดอิทธิพลปานกลางถึงสูง ผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองรักษาพฤติกรรมสุขภาพคงอยู่นาน 18 เดือน มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็น กรอบแนวคิดในการพัฒนากิจกรรมในโปรแกรม โดยกิจกรรมเกี่ยวข้องกับปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา การรับรู้การเป็นโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย กิจกรรมเกี่ยวข้องกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การฝึกทักษะการจัดการตนเองที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมที่ต้องการ ส่วนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของพยาบาลที่ช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจผู้เป็นเบาหวานในการจัดการตนเอง การทบทวนความรู้และทักษะการจัดการตนเองตามภาวะโรค และสอดคล้องกับความต้องการของผู้เป็นเบาหวานส่วนกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ได้แก่ การให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองร่วมกับการคาดหวังผลที่เกิดขึ้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เข้าร่วมโครงการ การสนทนากับผู้ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำตาลในเลือด การชักชวนให้ปฏิบัติตัวให้เหมาะสม และมีการนำแนวคิด Precede-Proceed Model ไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในพระสงฆ์จังหวัดระยองในการศึกษาของ โกเมน ควหา (2553) ศึกษาอัตราการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์จังหวัดระยองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 64.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาบวช ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ทักษะคติต่อการไม่สูบบุหรี่ ทักษะคติต่อการสูบบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่ การปฏิบัติหน้าที่ของพระสงฆ์ การรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนข้อมูล

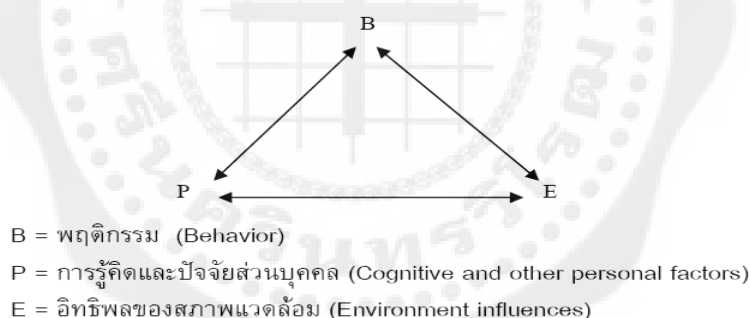
ในการศึกษาครั้งนี้จะนำแนวคิด PRECEDE Model มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในดำเนินการในการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ โดยนำข้อมูลที่ได้ จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและการกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยหวังผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นลดความเสี่ยงในการเกิดโรค

3.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) และแนวคิดการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ โดยนำเสนอ ดังนี้

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory)

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) กล่าวถึงการเรียนรู้ที่ไม่จำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ (Acquired) ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วแม้จะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้ของแบนดูรานั้น มักจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การแสดงออกของพฤติกรรมนั้น เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ โดยแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ 3 ชนิดซึ่งเป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ได้แก่พฤติกรรม การรู้คิดและปัจจัยส่วนบุคคล และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ดังกล่าวแสดงได้ดังแผนภาพต่อไปนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556: 48)



ภาพประกอบ 8 การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล(P)

ที่มา: แบนดูรา (Bandura. 1986; สมโภช เอี่ยมสุภาษิต. 2556: 48)

จากแนวคิดพื้นฐานที่แบนดูรา นำเสนอนั้น เน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไม่ได้ผลมาจากสภาพแวดล้อม แต่เพียงอย่างเดียวหากแต่มีผลมาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย กล่าวคือ ถ้ากระบวนการทางปัญญาเปลี่ยน พฤติกรรมของบุคคลก็จะเปลี่ยนแปลงด้วย (ประทีป จินฉิ่ง. 2540) ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงนำวิธีการรับรู้ความสามารถของตน ที่จะนำมาเปลี่ยนแปลง

กระบวนการทางปัญญาหรือพฤติกรรม โดยจะนำเสนอแนวคิดที่สำคัญและการศึกษาที่เกี่ยวข้องในลำดับต่อไป

3.2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสถานการณ์ บางครั้งอาจคลุมเครือไม่ชัดเจน แปลกใหม่ ไม่สามารถทำนายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้มักจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ การรับรู้ความสามารถของตอนนี้มีได้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลว่าเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่ (Bandura. 1986; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมของบุคคล

แบนดูราเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่แสดงออกในคุณภาพที่ต่างกันได้ ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

แบนดูรากล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนที่มีผลต่อบุคคลในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน บุคคลตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าเขาต้องทำพฤติกรรมใด และอีกนานเท่าใด ทั้งต้องตัดสินใจเลือกกิจกรรมต่างๆ การที่บุคคลตัดสินใจว่าจะแสดงพฤติกรรมใดนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการรับรู้ความสามารถ บุคคลมีแนวโน้มเลี่ยงงาน หรือสภาพการณ์ที่เชื่อว่าเกินความสามารถ แต่ในขณะเดียวกันบุคคลเลือกทำงานนั้น ถ้าเขาเชื่อว่าเขามีความสามารถเพียงพอที่จะทำงานนั้นให้ประสบผลสำเร็จได้ (ประทีป จินฉิ่ง. 2540; อ้างอิงจาก Schunk. 1981) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจพัฒนาความสามารถของตนให้มีความก้าวหน้า ส่วนบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนต่ำมักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย ขาดความมั่นใจในตนเอง อย่างไรก็ตามบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไปก็มักประสบความล้มเหลว ในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความเครียด ความคาดหวัง และรู้สึกว่าคุณสมบัติเป็นสิ่งเลวร้าย แก้ไขไม่ได้ ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนต่ำกว่าความสามารถที่เป็นจริง มักขาดความพยายามและ ความมุ่งมั่นในการทำงาน มีความสงสัยใน

ความสามารถของตนเอง ดังนั้น ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนถูกต้องจะส่งผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรม ทำให้การกระทำนั้น มีโอกาสประสบความสำเร็จสูง

2. ผลต่อความใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำงาน การรับรู้ความสามารถของตนของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าจะต้องใช้ความพยายามเท่าไรและต้องใช้ความพยายามที่จะเผชิญกับอุปสรรคหรือประสบการณ์ที่พึงพอใจไปนานเท่าใด (Bandura. 1986; ประทีป จินฉิ่ง. 2540) เมื่อเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลรับรู้ความสามารถของตนสูง จะมีความกระตือรือร้น และจะใช้ความพยายาม ความมุ่งมั่นในการทำงานนานกว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถต่ำ และการที่บุคคลใช้ความพยายาม และความมุ่งมั่นในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จสูง

3. ผลต่อการคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตน จะมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์ของบุคคลในขณะที่ทำพฤติกรรม มีผลต่อการคาดคะเนเกี่ยวกับการจัดการกับสภาพแวดล้อมในภายหน้าของเขา บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะมีความพยายามและเอาใจใส่ในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มาก และเมื่อพบกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลก็จะกระตุ้นตนเองให้ใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อตนเองในทางลบ เช่น ไม่มีความสุข มีความหวาดหวั่น มีความเครียดสูงและเขากระทำพฤติกรรมต่างๆ อย่างไม่เต็มความสามารถ อันจะส่งผลให้บุคคลประสบกับความล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมมากขึ้น (ประทีป จินฉิ่ง. 2540)

4. เป็นผู้กำกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม มากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนสูง มักเป็นคนที่ยพยายามกระทำพฤติกรรมและยอมรับผลต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน จะเลือกการกระทำที่มีลักษณะท้าทาย และจะใช้ความพยายามอย่างมาก เพื่อให้การกระทำนั้นบรรลุเป้าหมาย แม้ว่าในบางครั้งการกระทำนี้จะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จต่อไป ซึ่งต่างจากบุคคลที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ มักจะเป็นคนไม่ค่อยกระทำพฤติกรรม จะรอให้ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการกระทำเป็นไปตามความเชื่อหรือคำทำนายและมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำที่มีลักษณะยากๆ ขาดความพยายาม มีความทะเยอทะยานต่ำและมีความเครียดสูง

การที่บุคคลใด มีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วยเช่นกัน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำหรืออาจไม่ทำพฤติกรรมนั้นเลยก็ได้ นอกจากนี้ แบนดูรา (Bandura. 1986; ประทีป จินฉิ่ง. 2540)

ได้กล่าวถึงการกระทำพฤติกรรมบุคคล แม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง บุคคลก็อาจจะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นก็ได้ ถ้ามีปัจจัยต่อไปนี้

- 1) ขาดแรงจูงใจหรือถูกบังคับจากภายนอกให้กระทำ
- 2) การตัดสินใจผลกรรมที่ผิดพลาดไป ทำให้บุคคลรู้ว่าไม่คุ้มค่าที่ตนจะกระทำพฤติกรรมนั้น
- 3) ความไม่ทันการณ์ในการประเมินความสามารถของตน เพราะประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ถ้าหากบุคคลไม่ได้ประเมินตนเองตลอดเวลาจะทำให้ บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนผิดพลาดไป อันมีผลทำให้บุคคลไม่กระทำพฤติกรรม
- 4) การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนผิดพลาด
- 5) การประเมินความสำคัญของทักษะย่อยๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการกระทำพฤติกรรมนั้นผิดพลาด
- 6) เป้าหมายของการกระทำมีลักษณะคลุมเครือ ไม่ชัดเจน และเป้าหมายนั้นไม่สามารถ ปฏิบัติได้
- 7) การรู้จักตนเองไม่ถูกต้อง

โดยมีคำถามว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเกี่ยวข้องกับหรือแตกต่างอย่างไรกับความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น (Outcome expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน โดยแบนดูรา (Bandura, 1977) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง
และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: แบนดูรา (Bandura, 1977: 193)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่นนักกีฬาที่มีความเชื่อว่า เขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองกระโดดสูงถึง 6 ฟุต เป็นความหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึงผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้นไม่ได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้น จะทำพฤติกรรมนั้น จะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ ซึ่งจากการกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ นั่น มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเห็นได้ จากภาพประกอบ 10

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 10 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: แบนดูรา (Bandura. 1986)

จากภาพประกอบ 10 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น แบนดูราเสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย คือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

1. **ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences)** ซึ่งแบนดูราเชื่อว่า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากว่าเป็น ประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคล จะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะ ทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะทำเช่นนั้นจะทำให้เขาใช้ทักษะ ที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. **การใช้ตัวแบบ (Modeling)** การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็ทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขา มีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะ คล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin. 1974)

3. **การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)** เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง แบนดูรากล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลดีนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง (Evans. 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จซึ่งอาจต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูง ร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4. **การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)** การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้ อาจจะทำให้เกิดความกลัว และนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้นอันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่น่าแนวคิด เรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อโรคเรื้อรัง เช่น วราลี วงศ์ศรีษาและอรสา กงตาล (2556) ได้ศึกษา

ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จากแนวคิดของแบนดูรา โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน และ อสม. จำนวน 11 คนซึ่งมีส่วนร่วมในการติดตามกลุ่มเสี่ยงสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล กลุ่มจะได้รับโปรแกรมต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยทำให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ฝึกทักษะการเลือกอาหาร การออกกำลังกาย และคลายเครียด โดยการใช้ตัวแบบ จุดหมายเตือน และการเยี่ยมบ้าน พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงดีขึ้นสามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น สำหรับดัชนีด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอวและ ผลน้ำตาล ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ปวีณภัทร เศรษฐสิริโชติ, อัจฉรา ปุระคม และสบสันต์ มหานิยม (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ตำบลสระกำแพงใหญ่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เป็นกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน โดยมีอายุระหว่าง 25-60 ปีมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง ต่ำบน 120-139 มิลลิเมตรปรอทโดยใช้โปรแกรมลดน้ำหนักที่มุ่งเน้นการมีกิจกรรมทางกายและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารเป็นเวลา 9 สัปดาห์ ทำการเก็บข้อมูลดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดน้ำหนัก พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเส้นรอบเอว ความดันโลหิตและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนนั่นส่งผลดีต่อการลดน้ำหนัก

ไพโรจน์ พัวพันธ์ และเพลินจิต คันทรจนาจารย์ (2551) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักตัวเกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่าหญิงวัยกลางคนจำนวนมากประสบปัญหาทางด้านภาวะน้ำหนักเกินแต่การควบคุมภาวะน้ำหนักตัวเกินให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้ วัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติ เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวเกินในหญิงวัยกลางคนที่มีอายุ 40-60 ปีที่เข้ารับบริการในคลินิกหญิงวัยทองจำนวน 333 คน จากการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง และด้านการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยมีความมั่นใจมากถึงมากที่สุด

ในการปฏิบัติในเรื่องการกินผักที่มีกาก การเดินในระยะทางสั้นๆ แทนการใช้พาหนะ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายเครียด และการดื่มน้ำเปล่าแทนการดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ในด้านการปฏิบัติพบว่าหญิงวัยกลางคนมีการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร และด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูงและปฏิบัติบ่อยครั้งและเป็นประจำ ไม่กินอาหารจานด่วน การกินอาหารที่มีกาก การเดินในระยะทางสั้นๆ แทนการใช้พาหนะ การงดกินอาหารประเภทขนมหวาน การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดกินแป้ง และการใช้เวลาว่างทำกิจกรรมออกกำลัง และยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถกับการปฏิบัติ เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในภาพรวมมีระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหารและด้านการมีกิจกรรมทางกาย แต่พบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนมากยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง และการไม่ออกกำลังกายจึงทำให้หญิงกลางคนไม่สามารถควบคุมน้ำหนักของตนเองได้

อรรวรรณ ประภาศิลป์ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการหายของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลท่าม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงชุมและตำบลหนองขาว จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 90 คน เป็นกลุ่มทดลอง 46 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองที่พัฒนาจากทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ของแบนดูราและแนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์ ประกอบด้วย การส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองโดย การให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและหลักการในการจัดการตนเอง เพื่อการลดน้ำหนัก การอภิปรายกลุ่มย่อยร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองในเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการเดินเร็วเพื่อการลดน้ำหนัก รวมทั้งการให้คู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการกระตุ้นให้มีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีองค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และมีการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่ากลุ่มควบคุม

3.2.2 การควบคุมตนเอง (Self-control)

ปัญหาที่มักพบกันอยู่เสมอในการปรับพฤติกรรมก็คือ ปัญหาของการคงอยู่ (Maintenance) และการแผ่ขยาย (Generalization) ของพฤติกรรมหลังพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเปลี่ยนแปลงไปแล้วทั้งนี้เนื่องจากว่าพฤติกรรมเป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น มักจะเกิดขึ้นในระยะเวลาหนึ่ง แล้วจะค่อยๆหายไปหรือไม่ก็มักจะเกิดในสภาพการณ์ที่เฉพาะเจาะจงเท่านั้น ซึ่งนักปรับพฤติกรรมก็ต้องคอยปรับพฤติกรรมของบุคคลที่เข้ารับการปรับพฤติกรรมไปตลอด อันเป็นเงื่อนไขที่เป็นไปไม่ได้ ดังนั้นจึงได้มีนักปรับพฤติกรรมจำนวนมากพยายามค้นหาวิธีการต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรม เพื่อที่จะทำให้พฤติกรรมเป้าหมายนั้นคงอยู่และแผ่ขยายได้ เทคนิคการปรับพฤติกรรมทางปัญญาก็จัดได้ว่าเป็นแนวทางหนึ่ง ส่วนอีกแนวทางหนึ่งได้แก่ การใช้วิธีการควบคุมตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556)

เทคนิคการควบคุมตนเอง อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ซึ่งความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะถูกควบคุมด้วยเงื่อนไขและผลกรรม นั่นคือถ้าเงื่อนไขเปลี่ยนแปลงหรือผลกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วยในเงื่อนไขของการควบคุมตนเองนั้นบุคคลจะเป็นผู้จัดการเงื่อนไขและผลกรรมด้วยตนเอง แทนที่บุคคลอื่นจะเป็นผู้จัดการให้

การควบคุมตนเองนั้น มักจะเกี่ยวเนื่องกับการแสดงพฤติกรรมที่มีเงื่อนไขผลกรรมที่ขัดแย้งกันนี้มี 4 ลักษณะ คือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556: 332; อ้างอิงจาก Kazdin. 1989)

1) หลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้ได้รับผลกรรมทางบวกโดยทันที เพื่อจะไม่ได้รับผลกรรมทางลบในอนาคต เช่น หลีกเลี่ยงกินอาหารที่ชอบเป็นจำนวนมาก เพื่อจะได้ไม่อ้วนในอนาคตหรือหยุดการสูบบุหรี่ เพื่อจะได้ไม่เป็นมะเร็งที่ปอด หรือหลีกเลี่ยงการเที่ยวโสเภณีเพื่อจะได้ไม่เป็นโรคเอดส์ เป็นต้น

2) แสดงพฤติกรรมที่จะได้รับผลกรรมทางลบทันที เพื่อจะได้รับผลกรรมทางบวกที่มากกว่าในอนาคต เช่น การทำงานหนักเพื่อจะได้มีฐานะดีขึ้นในอนาคต หรือการที่นักกีฬาฝึกซ้อมอย่างหนักเพื่อจะได้เป็นผู้ชนะในอนาคต เป็นต้น

3) การไม่กระทำพฤติกรรมที่ได้รับผลกรรมทางบวกเล็กน้อยทันที เพื่อจะได้รับผลกรรมทางบวกที่มากกว่าในอนาคต เช่น การไม่ไปเที่ยวสังสรรค์ (ได้รับความสนุกทันที) เพื่อจะใช้เวลาอ่านหนังสือ อันจะนำผลกรรมทางบวกมาให้ในอนาคต (ผลการเรียนดีขึ้นหรือทำให้มีโอกาสเรียนต่อในระดับสูง) เป็นต้น

4) การกระทำพฤติกรรมที่ได้รับผลกระทบทางลบแต่น้อยทันที เพื่อจะหลีกเลี่ยงผลกระทบทางลบจำนวนมากในอนาคต เช่น การไปหาหมอฟันเพื่อขูดหินปูน ตรวจฟัน หรือทำความสะอาดฟัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่น่าพอใจนัก แต่ทว่าจะทำให้ไม่เกิดการปวดฟันอย่างรุนแรงได้ในอนาคต

จากเงื่อนไขของการขัดแย้งของผลกระทบทั้ง 4 ประการนี้ทำให้บุคคลจะต้องกระทำพฤติกรรมบางอย่างเพื่อที่จะควบคุมพฤติกรรมบางอย่างที่ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่ง สกินเนอร์ (Skinner, 1953) เรียกพฤติกรรมนั้นว่าพฤติกรรมควบคุม ดังนั้น การฝึกการควบคุมตนเองก็คือการฝึกให้คนเราสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมควบคุมได้ ซึ่งการกระทำเช่นนั้นจะทำให้บุคคลสามารถทนต่อสิ่งเย้ายวน อันจะทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้นั่นเอง

วิธีดำเนินการ

วิธีการดำเนินการฝึกควบคุมตนเองนั้น ในขั้นต้น ดำเนินการในลักษณะเดียวกันกับวิธีการปรับพฤติกรรมวิธีการอื่นๆ คือ เริ่มต้นจากการวิเคราะห์พฤติกรรม กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย สำรวจตัวเสริมแรง และบันทึกพฤติกรรม เป็นต้น ต่างกันตรงที่ขั้นตอนเหล่านั้น ผู้ที่ดำเนินการคือผู้เข้ารับการบำบัด ส่วนผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนวิธีการต่างๆ ให้กับผู้เข้ารับการบำบัด จากนั้นจึงค่อยสอนเทคนิคการควบคุมตนเองให้กับผู้รับการบำบัด เพื่อที่ว่าผู้เข้ารับการบำบัดนั้นจะสามารถใช้เทคนิคเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

ผู้เข้ารับการบำบัดจะต้องได้รับการบอกถึงขั้นตอนทั้งหมดของโปรแกรม โดยที่เขาจะต้องตระหนักว่าเขาจะต้องดำเนินการด้วยตนเองทั้งหมดเขาจะได้รับการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อที่ว่าเขาจะสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ ซึ่งการบอกถึงขั้นตอนต่างๆ ตลอดจนการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นให้ นั้น อาจใช้เวลาเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้น เนื่องจากหลักการต่างๆ มีไม่มากนักและไม่มีอะไรมที่สลับซับซ้อน ความเข้าใจและทักษะต่างๆ จะเพิ่มขึ้นเองเมื่อได้ดำเนินโปรแกรมไปแล้ว

เทคนิคการควบคุมตนเอง

1. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) เป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อม เพื่อให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ (Kanfer; & Gaelick, 1986) ซึ่งแคชดิน (Kazdin, 1989) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น มักเกิดขึ้นในเงื่อนไขของสิ่งเร้า 3 ลักษณะดังต่อไปนี้

1.1 เป็นพฤติกรรมที่ถูกควบคุมด้วยสิ่งเร้าหลายประเภทด้วยกัน เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อตื่นเช้า หลังจากการดื่มกาแฟ คุยกับเพื่อน อยู่คนเดียวและหลังรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งสภาพการณ์เหล่านั้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่บ่อยครั้ง จนทำให้บุคคลนั้นสูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่อต้องอยู่ในสภาพการณ์ดังกล่าว หนทางแก้ไขก็คือหาทางกำจัดสิ่งเร้าที่ควบคุมพฤติกรรมสูบบุหรี่นั้นเสีย

1.2 พฤติกรรมที่ไม่ได้ถูกควบคุมโดยสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเด่นชัด อย่างเช่น ในกรณีของเด็กที่มีปัญหาในการอ่านหนังสือ บ่อยครั้ง เมื่อต้องอยู่ในสภาพการณ์ดังกล่าว ดังนั้นเด็กก็มักจะเกิดปัญหาได้ง่ายเมื่อต้องอ่านหนังสือที่โต๊ะหรืออาจถูกรบกวนด้วยสิ่งเร้าอื่นๆ ได้ง่าย ดังนั้นหนทางแก้ไขก็คือการพัฒนาสิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจงเพื่อควบคุมพฤติกรรมนั้น

1.3 เป็นพฤติกรรมที่ถูกควบคุมด้วยสิ่งเร้าที่ไม่เหมาะสมในสังคม เช่น พวกที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศโดยเฉพาะพวกที่ชอบโชว์อวัยวะเพศของตนเอง หรือชอบใช้สิ่งของของเพศตรงข้าม พฤติกรรมเหล่านี้มักจะควบคุม ด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสมในสังคม ดังนั้นหนทางแก้ไขก็คือการเปลี่ยนสิ่งเร้าที่ควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวนั้นเสีย นอกจากนี้เราารู้ถึงลักษณะของสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เราก็สามารถที่จะจัดการกับสิ่งเร้านั้นเพื่อไม่ให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นเกิดขึ้นได้ ซึ่งเทคนิคในการจัดการกับสิ่งเร้าอาจทำได้ดังวิธีการดังต่อไปนี้

ก) ในกรณีที่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจากสิ่งเร้าหลายประเภทสามารถควบคุมได้โดยกำจัดสิ่งเร้าที่ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น เช่น การที่คนเรามักจะสูบบุหรี่เมื่ออยู่คนเดียวหรือนั่งที่โต๊ะอาหารหลังจากรับประทานอาหารแล้ว ดังนั้นวิธีการกำจัดสิ่งเร้า บุคคลนั้นต้องหาเพื่อนมาอยู่ด้วย และต้องลุกจากโต๊ะอาหารทันทีที่รับประทานอาหารเสร็จแล้ว พฤติกรรมสูบบุหรี่ก็ไม่เกิดขึ้น เช่น ในกรณีหญิงสาวคนหนึ่งที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เธอบอกว่าเธอจะสูบบุหรี่มากเมื่อมีคนอยู่รอบตัวเธอ เมื่อดูทีวี อ่านหนังสือ หรือเมื่อเอนตัวลงนอนเพื่อพักผ่อน ผู้ดำเนินการบำบัดจึงบอกให้เธอเลือกสถานที่ที่เธอจะสูบบุหรี่ด้วยตัวเธอเอง แต่ต้องเป็นสถานที่ที่เธอไม่มีโอกาสจะได้รับการเสริมแรงเลย เธอก็เลือกเอาที่เก้าอี้ตัวหนึ่งที่เธอจะเอาไว้นั่งสูบบุหรี่ เธอยังขอร้องไม่ให้สมาชิกในครอบครัวของเธอพูดกับเธอ หรือเดินไปหาเธอในขณะที่เธอนั่งอยู่ที่เก้าอี้ตัวนั้นเพื่อสูบบุหรี่จากข้อมูลพื้นฐานพบว่าเธอสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 30 มวนแต่หลังจากดำเนินการไปได้ 9 วันพบว่าการสูบบุหรี่ของเธอลดลงเหลือแค่ 12 มวนต่อวัน เธอต้องการที่จะลดการสูบบุหรี่ลงไปอีกเธอจึงตัดสินใจย้ายเก้าอี้เพื่อสูบบุหรี่ของเธอลงไปไว้ที่ห้องใต้ดินเพื่อที่ว่าจะได้ยากแก่การลงไปสูบบุหรี่ ปรากฏว่าเหลือ 5 มวนต่อวัน และหลังจาก 1 เดือน ของการดำเนินโปรแกรมเก้าอี้สูบบุหรี่ปรากฏว่าเธอเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556: 336; อ้างอิงจาก Nalan. 1968)

ข) ใช้วิธีการกำหนดสิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อย่างเช่นในกรณีที่นอนไม่หลับหรือในกรณีการนำมาใช้ในโปรแกรมการลดความอ้วนได้อีกเช่นงานวิจัยที่ทำกับนักศึกษาอายุ 24 ปี ต้องการลดน้ำหนักให้ได้ 20 ปอนด์จากการวิเคราะห์พฤติกรรมพบว่า สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดให้นักศึกษาคนนี้รับประทานอาหารได้แก่ การเห็นอาหาร การเดินเข้าไปในครัว การดูทีวี อ่านหนังสือคุยกับเพื่อน และช่วงเวลา 5 โมงเย็นของวันศุกร์ จนถึงเวลานอนในวันอาทิตย์ โปรแกรมการลดน้ำหนักจึงเริ่มจากการควบคุมสิ่งเร้าเฉพาะเจาะจงโดยการรับประทานอาหารได้ เฉพาะที่โต๊ะ

รับประทานอาหารที่บ้าน ที่โรงอาหารของมหาวิทยาลัย หรือที่ร้านอาหารเท่านั้น โดยขณะที่รับประทานอาหารนั้นจะไม่ทำกิจกรรมอื่นเลยนอกจากจะคุยกับผู้เข้าร่วมรับประทานอาหารเท่านั้น นอกจากนี้เขาจะรับประทานอาหารเฉพาะที่ตักครั้งแรกเท่านั้น ซึ่งจะต้องเหลือเศษอาหารบางส่วนไว้ในจานด้วย เขาต้องไม่รับประทานอาหารของผู้อื่น เมื่อรับประทานอาหารเสร็จแล้วจะต้องจดเวลาที่รับประทานอาหารไว้ด้วย เพราะว่าเขาจะไม่รับประทานอาหารอีกจนกว่าจะผ่านไป 3 ชั่วโมงครึ่งแล้ว สุดท้ายต้องไม่เข้าครัวเลยนอกจากไปเตรียมอาหารเท่านั้น อาหารทุกอย่างจะต้องเก็บไว้ไม่ให้เห็น การดำเนินการเช่นนี้ปรากฏว่าน้ำหนักของนักศึกษาคนนี้ลดลงตามที่ต้องการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556: 336; อ้างอิงจาก Ferster; et al. 1962)

ค) เปลี่ยนสิ่งเร้าที่ควบคุมพฤติกรรมไม่เหมาะสมนั้น อย่างเช่นการควบคุมพฤติกรรมทางเพศของชายหนุ่มที่เป็นรักร่วมเพศโดยถูกควบคุมจากสิ่งเร้าที่สังคมไม่ยอมรับ (เด็กผู้ชาย) แทนที่จะเป็นสิ่งเร้าที่สังคมยอมรับ (ผู้หญิง) ดังนั้นจึงต้องดำเนินการเปลี่ยนการควบคุมสิ่งเร้าดังกล่าว โดยการให้ผู้หญิงนั้นสามารถกระตุ้นความรู้สึกทางเพศของชายหนุ่มทั้ง 2 คนนี้ โดยที่เขาทำการบำบัดทีละคน ให้ชายหนุ่มทำการบำบัดความใคร่ด้วยตนเอง โดยที่ทุกครั้งเมื่อทำการบำบัดความใคร่ด้วยตนเองให้พูดกับตนเองว่ากำลังมีความสัมพันธ์กับผู้หญิง ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนสิ่งเร้าที่ควบคุมพฤติกรรมนั่นเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556: 336; อ้างอิงจาก Van Deventer; & Laws. 1978)

การควบคุมสิ่งเร้านั้นจะเห็นได้ว่าเป็นเทคนิคที่เข้าใจได้ง่าย อีกทั้งสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองและเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจหลักการแล้ว ก็สามารถที่จะประยุกต์ใช้วิธีการดังกล่าวแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันของตนเองได้อีกด้วย

2. การเตือนตัวเอง (Self-monitoring) เป็นเทคนิคที่สำคัญมากในการควบคุมตนเอง เนื่องจากการเตือนตนเองสามารถใช้เป็นเทคนิคหนึ่งของการควบคุมตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกตนเอง (Self-recording) การเตือนตนเองนั้นสามารถใช้ได้กับพฤติกรรมทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมภายนอกหรือพฤติกรรมภายใน อีกทั้งยังสามารถใช้ได้ทั้งในการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเพิ่มระดับความสนใจในการเรียน การทำให้ผลการเรียนดีขึ้น การลดพฤติกรรมการกินและสูบบุหรี่ การลดพฤติกรรมการก่อวินในชั้นเรียน การลดการพูดเสียงดังและพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมย่ำคิดย่ำเท้า เป็นต้น

การดำเนินการเตือนตนเอง

การดำเนินการเตือนตัวเองที่จะได้ผลนั้นเริ่มต้นจากการเลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน โดยที่ผู้บำบัดและผู้ถูกบำบัดจะต้องมีการตกลงร่วมกัน รวมทั้งทิศทางของการ

เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นลดหรือเพิ่มก็ได้ โดยที่ผู้บำบัดเป็นผู้ฝึกปฏิบัติให้ผู้รับการบำบัดคือการแยกแยะพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้น การบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเองและการวิเคราะห์ข้อมูลโดยที่เมื่อมีการปฏิบัติจริงนั้นผู้ถูกบำบัดจะต้องเป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง รวมทั้งการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556: 341)

3. การเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเอง (Self-reinforcement and self-punishment)

การเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเองจัดได้ว่าเป็นเทคนิคหนึ่งของการควบคุมตนเอง โดยที่บุคคลจะเป็นผู้ให้ผลกรรมด้วยตนเอง ต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งหลักในการดำเนินการนั้นมีอยู่ด้วยกัน 2 ขั้นตอน คือ

3.1 บุคคลจะต้องพิจารณาถึงการสนองตอบ ที่จะได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษ โดยจะต้องพิจารณาถึงเกณฑ์ในการเสริมแรงหรือการลงโทษด้วยตนเอง ซึ่งเรียกว่าเป็นการกำหนดตัวเสริมแรงหรือตัวลงโทษด้วยตนเอง

3.2 บุคคลต้องให้การเสริมแรงเมื่อการตอบสนองนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ หรือการให้การลงโทษเมื่อการสนองตอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งเรียกว่าเป็นการเสริมแรงหรือการลงโทษด้วยตนเอง ในด้านของการเสริมแรงนั้น ตัวเสริมแรงที่นำมาใช้อาจเป็นตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นหามาเองหรือบุคคลอื่น (ครูหรือผู้ปกครอง) หามาให้ก็ได้ เนื่องจากไม่ใช่ประเด็นสำคัญ ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่าบุคคลนั้นจะต้องเป็นผู้พิจารณาว่าเมื่อไหร่ที่เขาจะได้รับการเสริมแรง และผลต่อพฤติกรรมอะไรมากกว่าส่วนการลงโทษด้วยตนเองนั้นแน่นอนที่เขาต้องจัดการให้การลงโทษด้วยตัวของเขาเอง และตัวลงโทษที่เขานำมาใช้นั้น เขาจะต้องเป็นผู้หามาเอง การเสริมแรงตนเองเป็นการลงโทษตนเองนั้น จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการ สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง พร้อมทั้งประเมินตนเองว่าพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ดังนั้นวิธีการเตือนตัวเองจึงจัดได้ว่ามีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเองในการนำเอาการเสริมแรงและการลงโทษมาใช้นั้น ไม่ค่อยนิยมนำมาใช้เนื่องจากว่าอาจจะมีปัญหาเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้การลงโทษได้

4. การทำสัญญาตนเอง (Self-contracting)

การทำสัญญาตนเองจัดได้ว่าเป็นเทคนิคหนึ่งของการควบคุมตนเองเป็นวิธีการที่บุคคลสัญญากับตนเองว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเช่นใดบ้าง แต่แทนที่จะเก็บสัญญากับตนเองเอาไว้ ในใจการทำสัญญากับตนเองในกระบวนการควบคุมตนเองจะทำให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ตนเองนั้นหลีกเลี่ยงจากสัญญาที่ทำไว้กับตนเอง ดังนั้นการทำสัญญากับตนเองจึงมีผู้อื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่ได้ทำการตกลงกันไว้ การทำสัญญานั้นควรมีการทำเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการกระทำที่ไม่สม่ำเสมอ แต่ทั้งนี้ก็ได้ไม่ได้หมายความว่าจำเป็นที่จะต้องมีการทำเป็นลายลักษณ์อักษร

ถ้าคู่สัญญาที่นั้นแน่ใจว่าสามารถรักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้ต่อกันได้อย่างไรก็ตามการทำสัญญากับตนเองควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. 2556: 347; อ้างอิงจาก Mahoney; & Thoresen. 1974)

- 1) กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน
- 2) บอกถึงสิ่งที่คุณจะต้องกระทำเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น
- 3) บอกถึงการเสริมแรงตนเอง เมื่อตนเองได้ดำเนินการบรรลุเป้าหมายที่สัญญากับตนเองไว้ และลงโทษตนเองเมื่อไม่สามารถดำเนินการได้ตามสัญญาที่ตนเองกำหนดไว้
- 4) ในกรณีที่มีบุคคลอื่นมาเกี่ยวข้องด้วยนั้น บุคคลนั้นควรมีหน้าที่ในการให้ผลกรรมบางอย่างในกรณีที่บุคคลนั้นทำตามสัญญา และในกรณีที่บุคคลนั้นไม่ทำตามสัญญา
- 5) สัญญาที่นั้นควรจะเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ได้ ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดวันเวลาที่จะมีการทบทวนสัญญาไว้ด้วย ทั้งนี้เพื่อที่ว่าบุคคลจะสามารถพิจารณาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายและผลกรรมของตนเองใหม่ได้นั่นเอง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการควบคุมตนเอง

ปัญหาที่ผู้บำบัดมักจะพบในการดำเนินโปรแกรมการควบคุมตนเองนั้น คือ ผู้เข้ารับการบำบัดไม่สามารถรักษาเงื่อนไขข้อตกลงที่กำหนดไว้ในโปรแกรมได้ การที่จะทำให้โปรแกรมการควบคุมตนเองมีประสิทธิภาพได้นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดดำเนินตามเงื่อนไขข้อตกลงที่ได้ตกลงกันไว้แล้ว ซึ่งการที่ผู้เข้ารับการบำบัดจะรักษาข้อตกลงได้ดีหรือไม่นั้น โดยมีคูลัส (Mikulas. 1986) เชื่อว่าน่าจะมีขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ

1. **ความตระหนัก (Awareness)** เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกซึ่งรวมทั้งการรับรู้ความรู้สึกและความคิด ความตระหนักไม่ใช่ความคิด แต่เป็นการรู้ถึงความคิดเมื่อบุคคลเกิดความตระหนักก็จะนำมาสู่ความคิด ซึ่งก็มีผลต่อการควบคุมตนเอง

ในการควบคุมตนเองนั้น คนเราจะต้องตระหนักถึงพฤติกรรม และ/หรือขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมที่จะต้องเปลี่ยนเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งนับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการพัฒนาการควบคุมตนเอง ซึ่งวิธีการพัฒนาให้เกิดความตระหนักนั้นสามารถทำได้ โดยการฝึกทำพฤติกรรมซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งการฝึกให้พร้อมทั้งเน้นความสนใจไปสู่พฤติกรรมที่กระทำนั้นก็ย่อมส่งผลให้เกิดความตระหนักขึ้นมาได้ นอกจากนี้ยังอาจทำได้โดยการให้การให้ข้อมูลย้อนกลับ จากเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด การให้บันทึกพฤติกรรมตนเองตลอดจนการฝึกฝนอีก

2. **การดำเนินการ (Intervention)** เป็นการดำเนินการควบคุมการกระทำของตนเอง โดยการกระทำเพื่อควบคุมตนเองนั้น จะเริ่มต้นเมื่อบุคคลเกิดความตระหนักและการกระทำบางสิ่ง

บางอย่างเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือแสดงพฤติกรรมอื่นทดแทน นอกจากนี้ยังอาจทำได้โดยการให้การผ่อนคลาย หยุดความคิดใช้จินตนาการ หรือการใช้การเสริมแรงตนเองเป็นต้น

3. ความรู้สึกแห่งตน (Sense of self) เป็นปัจจัยที่สำคัญของการควบคุมตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดยปกติแล้วคนเราไม่เพียงแค่อคิดหรือพูดเท่านั้น หากแต่เป็นความรู้สึกของ”ฉัน”ที่เห็น คิด หรือพูด ความรู้สึกแห่งตนนั้นอาจมีผลต่อการควบคุมตนเองใน 2 ประการคือการที่ทำให้บุคคล ปิดเปิดเป็นการรับรู้เพื่อจะให้อสอดคล้องกับความรู้สึกแห่งตน ซึ่งลักษณะการปิดเปิดการรับรู้จะมีผลต่อการพัฒนาความตระหนักของบุคคลนั้นอันเป็นผลต่อการควบคุมตนเอง ส่วนอีกประการหนึ่ง เกี่ยวข้องกับความเชื่อของบุคคลว่าเขาสามารถจะทำในสิ่งที่ปรารถนาได้หรือไม่ ความเชื่อดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมตนเองโดยตรง

4. ความรู้สึกแห่งความปรารถนา (Sense of will) สิ่งที่มาคู่กับความรู้สึกแห่งตนคือ ความรู้สึกแห่งความปรารถนา ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของการกระทำ นั่นคือเมื่อทำให้เกิดความเชื่อว่าเขาสามารถทำได้แล้วสิ่งต่อมาที่ทำให้บุคคลกระทำนั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกแห่งความปรารถนา ความปรารถนาสามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยผ่านการสร้างแรงจูงใจภายใน ซึ่งอาจเพิ่มขึ้นได้ถ้าบุคคลรับรู้ความสำเร็จต่างๆ ของเขานั้นเกี่ยวข้องกับการกำหนดสิ่งต่างๆ ด้วยตัวของเขาเอง

ข้อดีของการควบคุมตนเอง

1. ในการดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยบุคคลภายนอกนั้นประสบกับปัญหาที่ผู้ดำเนินโปรแกรมไม่สามารถที่จะให้ผลกรรมต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากในบางครั้งผู้ดำเนินโปรแกรมไม่ทันได้สังเกตเห็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะในการทำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเป็นกลุ่ม เช่น ในสภาพห้องเรียน อีกทั้งบางพฤติกรรมที่ต้องการจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจเกิดขึ้นในสภาพการณ์ที่ผู้ดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สามารถเข้าไปสังเกตเห็นได้ จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดที่สามารถแก้ปัญหาในลักษณะดังกล่าวนี้ได้ คือการให้ผู้เข้ารับการบำบัดนั้นดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง

2. การควบคุมตนเองจัดได้ว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการทำให้เกิดการแผ่ขยายของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นการแผ่ขยายข้ามสถานการณ์ ข้ามพฤติกรรม หรือข้ามเวลา (การคงอยู่ของพฤติกรรม) การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่สำคัญถ้าไม่เกิดการแผ่ขยายก็มีประโยชน์ น้อยมากเพราะว่าทันทีที่บุคคลนั้นไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่ได้รับการเรียนรู้ เขาก็จะไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวอีกเนื่องจากสภาพที่เขาได้รับการเรียนรู้นั้นกลายเป็นสิ่งเร้าที่แยกแยะได้สำหรับพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงไปของเขา หรืออาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่ดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นั้นได้กลายเป็นสิ่งเร้าที่แยกแยะได้สำหรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของเขา หรืออาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่ดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมอยู่ด้วยเนื่องจากเขาคาดคะเนว่าการแสดงพฤติกรรมใหม่ของเขา คาดคะเนว่าการแสดงพฤติกรรมใหม่ของเขา นั้น จะไม่นำไปสู่การเสริมแรงที่เขาต้องการ

3. พฤติกรรมบางชนิดไม่สามารถที่จะให้บุคคลภายนอกมาเป็นผู้ควบคุมได้ เนื่องจากในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นมีสิ่งเร้ามากมาย อีกทั้งยังมีการให้การเสริมแรงและการลงโทษตลอดเวลา อย่างเช่นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (เพื่อการลดน้ำหนัก) หรือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมดังกล่าวเหล่านี้ดำเนินการได้ประสบความสำเร็จอย่างสูงถ้ามีการใช้วิธีการควบคุมตนเองเข้าร่วมด้วย ทั้งนี้ถ้าไม่มีการฝึกการควบคุมตนเองเข้าร่วมด้วยแล้วอาจเป็นไปได้ที่บุคคลเหล่านั้นจะกลับไปแสดงพฤติกรรมเช่นเดิมในสภาพสิ่งเร้าที่เขาใช้ชีวิตอยู่ นอกจากนี้ การควบคุมตนเองยังใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถจะสังเกตเห็นได้ หรือที่เรียกว่าพฤติกรรมภายใน ได้แก่ ความคิด หรือความรู้สึกต่างๆ อย่างเช่น การย่ำคิด ความวิตกกังวล หรือความรู้สึกเศร้า เป็นต้น

4. การใช้การควบคุมตนเองนั้น บางครั้งสามารถที่จะนำมาใช้ควบคุมพฤติกรรมที่ได้รับผลกระทบที่อ่อน ซึ่งผลกระทบที่อ่อนนั้นอาจหมายถึงผลกระทบที่มีปริมาณน้อยมาก หรืออาจเกิดขึ้นซ้ำเกินไป ไม่มีความสำคัญในการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมักจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างเช่นโปรแกรมการลดความอ้วน การออกกำลังกาย หรือการสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว นั้น ค่อนข้างจะเกิดซ้ำเกินไป หรือบางครั้งก็ไม่เกิดเลย ซึ่งไม่สามารถจะไปแข่งขันกับผลกระทบที่เป็นการเสริมแรงอย่างทันทีทันใดได้ ดังนั้นการดำเนินโปรแกรมต่อพฤติกรรมดังกล่าวจึงควรใช้การควบคุมตนเองเข้าร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ควรให้มีการควบคุมตนเอง โดยการที่ทันทีที่เริ่มจุดบุหรี่สูบก็จะต้องได้รับผลกระทบทางลบ อย่างทันทีทันใด โดยตนเองเป็นผู้ให้ผลกระทบนั้น ซึ่งถ้าทำได้เช่นนี้ก็จะทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงได้

5. คนหลายคนสามารถทำได้ดีถ้าเขาเป็นผู้กำหนด และตัดสินใจเลือกที่จะกระทำ จากการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเสริมแรงโดยตนเองเป็นผู้เลือก กับให้ผู้อื่นเป็นผู้เลือกนั้น ผลปรากฏว่าการเลือกผลกรรรมด้วยตนเองมีประสิทธิภาพในการควบคุมพฤติกรรมได้เท่ากับคนอื่นเป็นผู้เลือกให้ (สมโภชน์ เขี่ยมสุภาสิต. 2556; อ้างอิงจาก Bandura; & Perloff. 1967; Felixbrod; & O'Leary. 1973; สวาท เส้นทอง. 2529) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าให้บุคคลเป็นผู้เลือกเกณฑ์ในการเสริมแรงและตัวเสริมแรงด้วยตนเองกลับพบว่าถ้าให้บุคคลเป็นผู้เลือกเกณฑ์ในการเสริมแรงและตัวเสริมแรงด้วยตนเองกลับพบว่าวิธีดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลอื่น เป็นผู้กำหนดการเสริมแรง (Lovitt; & Curtiss. 1969)

6. การควบคุมตนเองนั้นจะช่วยประหยัดเวลาในการดำเนินการของผู้บำบัดหรือผู้ดำเนินโปรแกรมเนื่องจากกระบวนการปรับพฤติกรรมทั้งหมดนั้น ผู้เข้ารับการบำบัดเป็นผู้จัดการแทบทั้งสิ้น ผู้บำบัดเป็นเพียงแต่ให้คำแนะนำและชี้แนะบางประการเท่านั้น และถ้าพิจารณาในแง่ของการจัดการแทบทั้งสิ้น ผู้บำบัดเป็นเพียงแต่ให้คำแนะนำและชี้แนะบางประการเท่านั้น และถ้าพิจารณาในแง่ของการจัดการเรียนการสอนได้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากครูไม่จำเป็นต้องไปเสียเวลาตรวจและให้คะแนนต่อการทำบ้านของเด็กนักเรียนเนื่องจากเด็กนักเรียนจะเป็นผู้ดำเนินการเอง ให้การเสริมแรงเอง อีกทั้งควบคุมพฤติกรรมตนเองให้อยู่ในลักษณะที่เหมาะสม โดยที่ครูไม่จำเป็นต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง ครูก็จะมีเวลาในการจัดการเรียนการสอนได้มากขึ้น (Lovitt. 1973)

7. การควบคุมตนเองจัดได้ว่าเป็นเป้าหมายของการปรับพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากผู้บำบัดนั้นไม่สามารถที่จะไปทำการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดได้ตลอดเวลา ดังนั้นวิธีการที่จะไม่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดต้องยึดติดอยู่กับผู้บำบัด คือ การฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ตลอดสามารถที่จะควบคุมตนเองได้นั่นเองซึ่งเป้าหมายนี้ดูเหมือนว่าจะเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับการจัดการศึกษาในโรงเรียนที่ต้องการให้นักเรียนสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยตัวของเขาเองโดยไม่มีใครมาควบคุม หรืออาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายของการศึกษาคือการสร้างให้เด็กสามารถควบคุมตนเองได้นั่นเอง

8. การควบคุมตนเองนั้นจะทำให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีความรู้สึกดีกับตัวเองไม่ว่าจะเป็นในแง่ทัศนคติต่อตัวเอง รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง หรือความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลเหล่านั้นมองโลกในแง่ดีอีกด้วย เพราะมีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเพราะว่าเขาเป็นผู้กระทำ ให้เกิดขึ้นนั่นเอง

การทบทวนวรรณกรรมข้างต้นนี้เพื่อให้เห็นหลักการ เทคนิคการควบคุมตนเองและมีผู้ที่นำแนวคิดในการควบคุมตนเองไปใช้ในการศึกษาดังนี้

พัชรี ดวงจันทร์ (2553) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิต ตัวแปรทางพฤติกรรม และตัวแปรทางกายภาพ ในเด็กนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางจิตตัวแปร ทางพฤติกรรม และตัวแปรทางกายภาพของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากทดลองและระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองด้านการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามการ

ควบคุมพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลัง และแบบบันทึกน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ดัชนีมวลกาย ดัชนีมวลกายในรูปคะแนนมาตรฐาน และเปอร์เซ็นต์ไขมันของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าในกลุ่มทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลัง และพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในดัชนีมวลกาย ดัชนีมวลกายในรูปคะแนนมาตรฐาน และเปอร์เซ็นต์ไขมันของดัชนีมวลกายระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ซาลมอนและคณะ (Salmon; et al. 2014) ได้ศึกษาเรื่อง “แรงจูงใจต่อแรงกระตุ้น: เมื่อการควบคุมตนเองต่ำในการส่งเสริมสุขภาพด้านการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเลือกรับประทานอาหารคือการกระทำที่ไม่เหตุผล เมื่อไรที่บุคคลไม่สามารถหรือไม่เต็มใจที่จะมีการควบคุมตนเอง ภายใต้การควบคุมตนเองที่ต่ำ บุคคลมีความยากลำบากที่ควบคุมการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามกับวิจัยที่มีก่อนหน้านี้มีเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้เกิดทางเลือกเพื่อสุขภาพโดยการส่งเสริมการควบคุมตนเองสูง การศึกษาครั้งนี้ใช้ประโยชน์จากสถานการณ์ที่การควบคุมตนเองต่ำโดยใช้กลยุทธ์ภายใต้แนวโน้มเหล่านี้ การใช้การวิเคราะห์พฤติกรรม (กฎการตัดสินใจอย่างง่าย) คำแนะนำอย่างรวดเร็วเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์อาหารให้การรับรองทางกฎหมาย (เช่น การยึดกฎเกณฑ์ที่สื่อส่วนใหญ่ให้การรับรองผลิตภัณฑ์เหล่านั้น) วิธีการ: ใช้วิธีการทดลองโดยมีนักเรียนจำนวน 127 คน (119 คนเป็นเพศชาย) มีอายุเฉลี่ย 20.47 ปี ในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบ 2X2X2 คือ 2 (การควบคุมตนเอง ต่ำ/สูง) 2 (หลักฐานทางสังคมกับการแก้ปัญหาไม่ได้) 2 (การออกไปและการควบคุมตนเอง) กับปัจจัยภายใน ตัวแปรตามเป็นจำนวนตัวเลือกอาหารเพื่อสุขภาพในการเลือกอาหารในงานอาหารสุขภาพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้คือคนเลือกอาหารเพื่อสุขภาพน้อยลงในผู้ที่มีการควบคุมตนเองต่ำ อย่างไรก็ตามผลกระทบเชิงลบของการควบคุมตนเองต่ำในการเลือกซื้ออาหารที่มีผลตรงกันข้ามกับสุขภาพเกี่ยวข้องกับความต้องการทางสังคมในกรณีที่คนทำเพื่อสุขภาพ มากขึ้นเป็นตัวเลือกภายใต้เงื่อนไขของการควบคุมตนเองต่ำ สรุปคือการควบคุมตนเองอาจเป็นประโยชน์ มากขึ้นสำหรับการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าการควบคุมตนเองสูงเป็นการใช้ประโยชน์ จากสถานการณ์การควบคุมตนเองที่ต่ำ การควบคุมตนเองเป็นวิธีการใหม่และมีแนวโน้มที่จะเป็นแรงกระตุ้นในการส่งเสริมสุขภาพ

ในการทบทวนแนวคิดในเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้พบกับสถานะทางสุขภาพของตนโดยที่ยังไม่สามารถจะทำนายผลของการดูแลสุขภาพได้ในอนาคต จึงต้องทำให้บุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีการตัดสินใจในการปฏิบัติด้วยทักษะที่เขามีอยู่ โดยที่กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นต้องมีการควบคุมภายในตัวบุคคล (Internal control) เพื่อการลดอิทธิพลภายนอกโดยที่บุคคลเป็นผู้ที่ดำเนินการด้วยตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลลดอิทธิพลภายนอกได้มากเท่าไรก็จะทำให้ความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมนั้นเป็นการควบคุมตนเองได้มากขึ้น (ประทีป จินฉิ่ง, 2540; อ้างอิงจาก Wilson; & O'Leary, 1980) โดยการใช้เทคนิคการควบคุมตนเอง (Self-control) เพื่อลดความไม่ยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) มากขึ้นซึ่งจะกล่าวในส่วนถัดไป

3.2.3 การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ตามหลัก 3อ (อาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย)

ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง

โอเรม (Orem, 1985) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต้องริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้คือ 1) มีความรู้ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง 2) มีแรงจูงใจที่จะกระทำและความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ 3) ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี 4) รับรู้พฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ 5) ให้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุดจนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ และ 6) มีกำลังใจและความตั้งใจสูงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนถึงสิ้นสุดซึ่งสอดคล้องกับอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552: 78) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึงการกระทำการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว และชุมชน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอยู่แล้วนั้น สิ่งที่บุคคลกลุ่มนี้ควรมีการปฏิบัติที่ส่งผลดีต่อสุขภาพคือการปฏิบัติตัวทางด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์จึงสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองหมายถึงการกระทำที่เกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการทางด้านอารมณ์ ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่จะช่วยลดภาวะเสี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การบริโภคอาหาร

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1972) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารว่าเป็นการประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่กิน รูปแบบการกิน หรือกินอะไร กินอย่างไร จำนวนมื้อที่กิน และอุปกรณ์ที่ใช้รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังกินซึ่งสอดคล้องกับเวดีจงส์วัตน์ (2556) กล่าวถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารว่านอกจากจะเป็นการแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และเซนเจอร์ รวมทั้งซูเตอร์และคราวเลย์ (สุพิชชา วงศ์จันทร์. 2557; อ้างอิงจาก Sanjur. 1982; Suitor; & Crowley. 1984) กล่าวว่าการบริโภคอาหาร หมายถึงสิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกอาหารมาบริโภคและนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐาน 4 ปัจจัย คือ การบริโภคอาหาร ความชอบอาหาร ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและปัจจัยเกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรม

จากการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สมดุลนั้นเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรควิถีชีวิต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมอง โดยกองสุขศึกษา (2554) ได้รวบรวมความรู้และเผยแพร่ในเรื่องการบริโภคอาหาร ที่ไม่สมดุลส่งผลต่อสุขภาพให้เสื่อมถอยก่อนวัยอันควร และที่พบมากที่สุดคือ บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากเป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพ ยังช่วยลดคอเลสเตอรอลไม่ดีในเลือด นอกจากนั้นยังพบว่ามีการบริโภคน้ำมันมากจนทำให้เกิดโทษและโรคอ้วน โรคเบาหวานที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดขาดสมดุล และความหวานยังทำให้ มีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคไต รับประทานไขมันมากไปจนทำให้สะสมอยู่ในร่างกายทำให้เป็นโรคอ้วน มีไขมันชนิดไม่ดี (LDL) อุดตันเส้นเลือด เป็นต้นเหตุของโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองตีบ ความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็งบางชนิด ส่วนการบริโภคอาหารเค็มมากเกิดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพราะรสเค็มทำให้ร่างกายกักเก็บน้ำมากขึ้นจึงทำให้เลือดไหลเวียนช้า ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจและไตทำงานหนักขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ในด้านพฤติกรรมบริโภค ได้แก่ เพศหญิง การประกอบอาชีพเป็นกลุ่มอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรงงาน ครอบครัวที่มีโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม เป็นผู้มีโรคประจำตัว การมีทัศนคติที่ดี และร้านค้าครบวงจรที่สะดวกต่อการซื้ออาหาร ($r = .351, .246, .186, .166$ และ $.238$ ตามลำดับ) (อัญฐิรมา พิสัยพันธ์. 2556) ส่วนในวัยเด็กนั้น มีผู้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ พบว่าปัจจัยเสริมคือ การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาและการรับรู้อิทธิพลจากสื่อบุคคล ($r =$

.638) และความเชื่อต่อการที่น้ำหนักเกินเกณฑ์ ($r = .241$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนที่มีน้ำหนักเกิน และจากการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนั้น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องด้านการรับประทานอาหาร คือ การกินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน ดื่มน้ำสะอาด การไม่รับประทานเค็มและหวาน ประเภทของน้ำมัน ปริมาณของข้าว การดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม น้ำหวาน การรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ (บุบผาชาติ ติงาม; และคณะ. 2552) และการได้รับการส่งเสริมทางด้านโภชนาการในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ (เสาวนีย์ ขวานเพชร; และคณะ. 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของวิท-ไกลเวอร์และคณะ (Whitt-Glover; et al. 2010) ได้นำเรื่องของอาหาร โดยประยุกต์จากวัฒนธรรมการรับประทานอาหารตามวัฒนธรรมของชุมชนแอฟริกัน-อเมริกัน เพื่อหยุดโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการฝึกให้มีความมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดการบริโภคเกลือไขมันและกินสิ่งที่มีประโยชน์คือผักผลไม้ผลิตภัณฑ์สามารถลดระดับความดันได้หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเรื่องการรับประทานอาหาร

จากการประมวลเอกสารเรื่องการบริโภคอาหารซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลนั้นๆ ได้มีการปฏิบัติทั้งลักษณะนิสัยการกินและการเลือกรับประทานซึ่งเกิดจากปัจจัยที่เกิดจากภายนอกคือจากครอบครัว ชนบทธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม สื่อต่างๆ และปัจจัยภายในที่เกิดจากความเชื่อส่วนบุคคล ด้านสุขภาพ ความชอบอาหาร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะใช้การส่งเสริมด้านโภชนาการให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้เหมาะสมกับสุขภาพตนเองและมีสุขภาพที่ดีในอนาคต

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมของร่างกายที่ช่วยสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้งสร้างเสริมทักษะทางกีฬา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยสร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกันและช่วยป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคระบบไหลเวียนโลหิต เบาหวาน และโรคอ้วน นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตและลดความเครียดได้ (Stampfer; et al. 2000; Hu; et al. 2001) สอดคล้องกับมณีส ยอดคำ (2548) กล่าวว่าเป็นการประกอบกิจกรรมใดๆ ที่ทำให้ร่างกายหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว มีผลให้ระบบต่างๆ สมบูรณ์และเกิดประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคมส่วนสำนักงานกองทุนสนับสนุน สำนักงาน

กองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นั้นไปกล่าวในหนังสือแค่ “ขยับ” กระฉับกระฉ่างเพิ่มเติมในเรื่องการออกกำลังกายว่าเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการวางแผน มีแบบแผน โดยกิจกรรมที่เป็นการกระทำซ้ำๆ หรือสม่ำเสมอโดยมีจุดมุ่งหมายที่สอดคล้องกับนักวิชาการอื่นๆ คือการเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย และได้มีการเพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกกำลังกายได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดเดิมที่กล่าวว่าการออกกำลังกายต้องทำด้วยความแรงระดับปานกลาง-หนักอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 20 นาที ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์ เป็นแนวคิดใหม่ที่กล่าวว่าการเคลื่อนไหวออกแรง หรือการออกกำลังกายแม้เพียงเล็กน้อยก็มีประโยชน์ ยิ่งเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายมากขึ้นก็ยิ่งมีประโยชน์มากขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2555)

ดังนั้น ในการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันนั้นจึงใช้การเคลื่อนไหวร่างกายในการทำงาน (Work-related physical activity) โดยประเมินได้จากอิริยาบถส่วนใหญ่ที่ได้จากการทำงาน เช่น การยืน นั่ง หรือเดิน และประเภทของการทำงาน โดยดูจากลักษณะการออกแรงในการทำงาน ร่วมกับระยะเวลาที่ใช้ในการทำงาน (เป็นชั่วโมงและนาที) ต่อวัน และจำนวนวันต่อสัปดาห์ โดยพิจารณารวมทั้งงานที่ก่อรายได้และไม่เกิดรายได้ อันได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายในการเดินทางในชีวิตประจำวันโดยใช้ความสำคัญกับการเดินทางที่ใช้การเดินทางหรือการขี่จักรยานเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป และการเคลื่อนไหวร่างกายในเวลารว่างจากการทำงาน เช่น การออกกำลังกายแบบเบา การนอนดูโทรทัศน์ การนั่งๆ นอนๆ อ่านหนังสือ การทำสวน หรือการออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น เต้นแอโรบิค การวิ่ง และการออกกำลังกายแบบปานกลาง เช่น เดินเร็วๆ ว่ายน้ำ แต่การเคลื่อนไหวร่างกายที่สามารถช่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้หมายถึง การใช้กล้ามเนื้อให้ทำงานในระดับปานกลาง เช่น เดินเร็วหรือเดินกระฉับกระฉ่างและทำต่อเนื่องกัน เป็นเวลา 30 นาที ในเกือบทุกๆ วันของสัปดาห์ ทั้งนี้มีหลักฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจนว่า การเคลื่อนไหวร่างกายในระดับปานกลางและทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีเทียบเท่ากับการใช้พลังงาน 150 แคลอรีเพียงพอแล้วที่จะทำให้คนทั่วไปมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงและมีสุขภาพดีโดยรวมตลอดจนลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ไม่มีความจำเป็นอันใดที่จะต้องออกกำลังกายอย่างหนักเหมือนนักกีฬา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2555)

การศึกษาการออกกำลังกายของทีมนักวิจัยในสหรัฐเผยว่า การวิ่งเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยป้องกันโรคหัวใจและโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผู้ใหญ่อเมริกันจำนวน 55,137 คนและพบว่าคนที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งเป็นประจำมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจและโรคเรื้อรังต่างๆ น้อยกว่าคนที่ไม่วิ่งเลย นอกจากนี้ยังอายุยืนกว่าคนไม่วิ่งเลยประมาณ 3 ปี และดีออกเตอร์ลี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านกายวิภาคซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ด้านการเคลื่อนไหวทางกายที่มหาวิทยาลัย Iowa State University ได้นำเสนอข้อมูลการเปรียบเทียบคนที่วิ่งออกกำลังกายและไม่

วิ่งออกกำลังกาย พบว่าคนที่วิ่งออกกำลังกายมีความเสี่ยงน้อยลงร้อยละ 30 ต่อการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และมีโอกาสเสี่ยงน้อยลงร้อยละ 45 จากการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งหัวใจวายและเส้นเลือดแตกในสมองเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่วิ่งออกกำลังกาย และยังพบอีกว่าความเร็วของการวิ่ง ระยะทางการวิ่ง ตลอดจนความบ่อยของการวิ่งไม่มีผลต่อการเสี่ยงจากโรคเหล่านี้ คนที่วิ่งช้าและคนที่วิ่งเพียง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่างก็ได้รับประโยชน์จากการวิ่งเหมือนคนที่วิ่งเร็ว และระยะทางไกลกว่าคนที่วิ่งเกิน 6 ปีมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหัวใจน้อยที่สุดในกลุ่มที่ศึกษา (Lee; et al. 2014) สอดคล้องกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2556) กล่าวว่าประโยชน์ที่เกิดจากการออกกำลังกาย คือ ผลดีต่อหัวใจในการสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย ผลดีต่อเส้นโลหิตทำให้มีความยืดหยุ่น ลดโอกาสการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลดีต่ออัตราการเต้นของชีพจร ช่วยลดปริมาณของกรดแลคติกได้ดี ทำให้เกิดการเหนื่อยช้าลง ผลดีต่อทางเดินอาหารทำให้ขับถ่ายดีขึ้น ผลดีต่อน้ำหนักตัว ช่วยให้เกิดการเผาผลาญไขมันส่วนเกิน ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าคนที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มคนที่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย 1.9 เท่า ห่างไกลโรคเบาหวานเนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานและลดไขมันในเลือด และพบว่าผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มต้น การออกกำลังกายควบคู่กับการรับประทานอาหารจะช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ยังช่วยบรรเทาความเครียด สามารถบำบัดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยเพียง 1 สัปดาห์ มีข้อแนะนำถึงระดับการเคลื่อนไหวที่เพียงพอ (Sufficiently activity) คือการใช้กำลังกายในระดับปานกลางเป็นเวลาอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือการใช้กำลังอย่างหนักเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 60 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งการใช้กำลังกายนี้รวมถึงการทำงาน การเดินทาง และการใช้กำลังกายในเวลาพักผ่อนเข้าด้วยกัน

ในการนำหลักการของการออกกำลังกายมาช่วยในลดการดำเนินของโรคเรื้อรังได้มี การนำโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนร่วมกับการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว ในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกแกว่งแขน ดุวีดีทัศน์เรื่องการแกว่งแขนและได้รับแผนพับเรื่องการแกว่งแขน ร่วมกับให้ครอบครัว คอยช่วยสนับสนุนในการนำการจดบันทึกเป็นเวลา 9 สัปดาห์ๆ ละ 3 ครั้ง พบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการออกกำลังกายผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนด้านระยะเวลาที่ออกกำลังกายต่อวัน จำนวน วันออกกำลังกายต่อสัปดาห์ และจำนวนครั้งของการแกว่งแขนแต่ละท่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ยุพา จิวพัฒนานกุล; และคณะ. 2556)

การจัดการความเครียด

สุขภาพจิตใจเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตที่เป็นสุข การส่งเสริมสุขภาพจิตใจช่วยให้ปรับตัวในชีวิตให้เป็นประโยชน์ทั้งการทำงาน สังคม ความคิดและอารมณ์เป็นปกติ สามารถป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชได้ องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงการมีสุขภาพจิตดี หมายถึงสุขภาพจิตใจที่เป็นสุข สามารถมีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้อย่างราบรื่น สามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ได้ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสังคม และความเป็นอยู่ในการดำรงชีพ วางตัวได้อย่างเหมาะสมและปราศจากอาการป่วยของโรคทางจิตใจและร่างกาย องค์ประกอบของการทำให้สุขภาพจิตดีได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางกาย โดยมีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ปัจจัยทางจิตใจ ประกอบด้วยความคิดดี อารมณ์หรือความรู้สึก สดชื่น ร่าเริง มีความสุข และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธภาพที่ดีและยั่งยืนกับผู้อื่น วางตัวเหมาะสม และการดำเนินชีวิตที่ดีเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น แต่ชีวิตคนเกิดมาต้องมีการปรับตัวให้เกิดความสมดุลในการดำรงชีวิต ความเครียด (Stress) เป็นผลรวมของปฏิกิริยาตามธรรมชาติของมนุษย์ที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญปัญหา การเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ต่างๆ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม (Eustress) จะกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวแก้ไขปัญหาคิดการพัฒนางานอย่างสร้างสรรค์ แต่ความเครียดที่มากเกินไปเป็นผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจ เกิดความไม่สบายใจ (Distress) ทำให้เกิดอาการต่างๆ ปรับตัวไม่ได้ มีการแก้ไขปัญหาคิดต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงหรือเกิดโรคทางกายหลายโรคที่อาการเกิดขึ้นสัมพันธ์กับความเครียด เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ ความเครียดจึงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนจะต้องเผชิญและฝึกฝนเอาชนะ (ศูนย์เพื่อนใจวัยทำงาน. 2558)

ความหมายของการจัดการความเครียด

มิลเลอร์ (Miller. 1983) ได้กล่าวไว้ว่า การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นการโต้ตอบทางพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ที่ประสบความสำเร็จที่ทำให้สิ่งเร้า เช่น สถานการณ์ที่อันตรายหรือรบกวน เป็นกลาง และลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984) มุ่งอธิบายด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Ego Psychology) ได้เพิ่มเติมในเรื่องการเผชิญความเครียดว่าเป็นความคิดที่อยู่ในความเป็นจริงและยืดหยุ่น เป็นการแสดงออกถึงการแก้ปัญหาและลดความเครียดโดยให้ความสำคัญที่กระบวนการคิดและการรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมมากกว่าพฤติกรรม โชคอฟและคณะ (เคอร์วัลล์ ทรัพย์เจริญ. 2542; อ้างอิงจาก Chodoff; Friedman; & Hamburg. 1964) ได้กล่าวว่าการเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นด้านจิตใจว่าเป็นพฤติกรรมของจิตใจในกระบวนการปรับสมดุลทางอารมณ์ หรือกลวิธีทางด้านจิตใจเพื่อแก้ไขสภาวะที่คุกคามต่อเสถียรภาพทางด้านจิตใจ เพื่อลดความกดดันทางจิตใจและอารมณ์ ถ้าการจัดการความเครียดที่เน้นไปที่กระบวนการคิด กระบวนการจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้า ครอบคลุ

(เครื่อวัลย์ ทรัพย์เจริญ. 2542; อ้างอิงจาก Thoits. 1986) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทางความคิด หรือพฤติกรรมในการจัดการกับความต้องการภายในหรือภายนอกที่บุคคลประเมินว่ารบกวนกิจกรรมตามปกติ และยาเกอร์ (Yager. 1989: 53) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่าเป็นการใช้ความพยายามด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไป แหล่งประโยชน์ธรรมชาติของบุคคล ซึ่งในการเผชิญความเครียดบุคคลต้องมีการประเมิน ตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำมีการแก้ปัญหาและประเมินสิ่งที่ได้กระทำลงไป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้บุคคล ต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผนและตัดสินใจได้

สรุปได้ว่าการจัดการความเครียดเป็นการเผชิญกับความเครียดโดยจัดการกับสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามซึ่งอาจเป็นปัจจัยภายในหรือภายนอกบุคคลก็ได้ ซึ่งความเครียดนั้นมีมากเกินไปจนบุคคลนั้นๆไม่สามารถจัดการเพื่อให้มีความรู้สึกเป็นสุข หรือความเครียดนั้นออกไปได้

วิธีการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

นักวิชาการที่สำคัญที่กล่าวถึง คือลาซาลัส (Lazarus) มีอยู่ด้วยกัน 2 ลักษณะคือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยการกำหนดขอบเขตของปัญหา หาทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกและลงมือแก้ไขปัญห โดยเป้าหมายที่สิ่งแวดลอมให้ลดการคุกคาม และเป้าหมายในการช่วยให้สามารถแก้ปัญหอย่างเหมาะสม รวมทั้งทักษะและวิธีการใหม่ๆ อีกลักษณะหนึ่งเป็นการจัดการโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ (Emotional-focused coping) เป็นการเผชิญปัญหาที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุขโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง โดยนำเอากระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิตมาใช้

สำหรับนักวิชาการที่ผ่านมาได้้นำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียดมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมจัดการความเครียด ได้แก่ เพศหญิง คนที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีโรคถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม การมีสถานที่เพื่อผ่อนคลายความเครียดในชุมชน และการระบายความทุกข์ให้บุคคลใกล้ชิดตัวฟัง ($r = .288, .227, .179, .279$ ตามลำดับ) (อัญฐิวิมา พิสัยพันธ์. 2556: 352) รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามนั้นมีการส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายความเครียด ให้มีการพักผ่อนที่เพียงพอและไม่ทำงานหักโหมมากเกินไป เพราะจะทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงวิธีที่ใช้กับผู้สูงอายุคือการฝึกสมาธิบำบัดรักษาทางจิต (วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. 2556) และจากการศึกษาผลของการจัดโปรแกรมจัดการความเครียดโดยใช้การรับรู้สมรรถนะตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความเครียดของพนักงานสถานประกอบการ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการความเครียด ที่มี

กิจกรรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การสนับสนุนจากหัวหน้าและคู่มือฝึกปฏิบัติโดยกลุ่มที่นำมาเปรียบเทียบนั้นได้รับความรู้จากบอร์ด/แผ่นพับและคู่มือฝึกปฏิบัติ พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (รวิพันธ์ นุชศิลป์. 2552) ส่วนการศึกษาของจินตนาบัวทองจันทร์และคณะ (2556) ที่จัดมีการศึกษาในบุคคลกรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานครที่มีความเสี่ยงมีการเผาผลาญอาหารผิดปกติโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองระยะที่ 1 ประเมินปัญหาประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาตนเองและการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในเรื่องการปรับพฤติกรรม ระยะที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติโดยมีการเตรียมความรู้ ฝึกทักษะด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด และกิจกรรมกำกับตนเองทั้ง 3 ด้าน ระยะที่ 3 ติดตามผลการปฏิบัติ โดยใช้เวลาดำเนินการทั้งหมดจำนวน 12 สัปดาห์ โดยแต่ละสัปดาห์กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินในเรื่องน้ำหนัก เส้นรอบเอวและความดันโลหิตและมีการบันทึกการกำกับตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดโดยพบว่าหลังการเข้ารับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านสูงขึ้น และมีการศึกษาที่ใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนาประยุกต์ใช้เพื่อการบริหารความเครียดในองค์กรโดยศึกษาเชิงคุณภาพกับผู้ที่มีความเครียดตั้งแต่ตำแหน่งสารวัตรถึงตำแหน่งรองผู้บังคับการ ผลการศึกษาพบว่านำหลักธรรม ได้แก่ หลักไตรลักษณ์ หลักอริยสัจ 4 และหลักโยนิโสมนสิการ มาประยุกต์ใช้ในการบริหารความเครียดได้อย่างเหมาะสมนั้นทำให้รู้เท่าทันความคิด อารมณ์ ความรู้สึก สามารถยอมรับปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง (ชนิกานต์ ภูวดิษยคุณ. 2554) ส่วนในการศึกษาของต่างประเทศนั้น มีรูปแบบการศึกษาที่แตกต่างไปโดยมีการผสมผสานเรื่องการเรียนรู้ในเรื่องความมีอคติเกี่ยวกับเรื่องน้ำหนักกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินโดยใช้โปรแกรมการลดอคติและการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มที่กำลังจะเริ่มมีการประกอบอาชีพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้ (McVey; et al. 2013)

ความเครียดเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไปกระทบกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่มาทำหน้าที่เป็นสิ่งเร้าให้ร่างกายตอบสนองออกมาซึ่งอาจเป็นอารมณ์ทางด้านลบ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังนี้อารมณ์อาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านการบริโภคที่เพิ่มขึ้นและการออกกำลังกายน้อยลง ดังนั้นกิจกรรมหนึ่งที่จะควรจะนำเข้าไปช่วยในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือการมีทักษะในการจัดการความเครียดในรูปแบบต่างๆที่จะเกิดกับกลุ่มที่เข้ามารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.2.4 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

การจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ เป็นต้น ที่นำแนวคิดต่างๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนที่เหมาะสม ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งเสริมการดำเนินชีวิตเชิงสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบในการประเมินในโปรแกรมการดูแลดังกล่าวมาแล้วดั่งใน การศึกษาของวาราลี วงศ์ศรีชา (2552) จารุณี ปลายยอด (2555) กมลพรรณ วัฒนากร (2556) และปาริฉัตร พงษ์หาร (2555) ที่ใช้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำดัชนีด้านสุขภาพคือ ค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และผลน้ำตาลในเลือด ในการประเมินผลของการใช้โปรแกรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินดัชนีทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1) ดัชนีมวลกาย BMI

การวัดปริมาณไขมันในร่างกายเป็นเรื่องที่ต้องใช้เครื่องมือในการวัด จึงใช้ดัชนีมวลกาย มาวัดค่าที่ได้มีความแม่นยำและสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกาย วิธีวัดก็สะดวก

การคำนวณดัชนีมวลกายและตัวอย่างการคำนวณ

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก(กก.)}}{\text{ส่วนสูง (ม.)}^2}$$

ตัวอย่างเช่น ส่วนสูง 170 ซม. น้ำหนัก 85 กก.

$$1. \text{ น้ำหนักตั้ง } 85 \text{ กก.} \quad 2. \text{ ส่วนสูง} \times \text{ ส่วนสูง} = 1.70 \times 1.70 = 2.89$$

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = 85/2.89 = 29.41 \text{ กก./ตารางเมตร}$$

ดัชนีมวลกาย (BMI) สามารถวัดได้ง่ายโดยวัดส่วนสูงและน้ำหนักและคำนวณตามตัวอย่างที่ได้กล่าวมา ค่านี้มีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกายหรือการคำนวณ ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกในปี 1995 กำหนดให้ใช้ค่า BMI ต่ำสุด 20.00 กก/ม² ในปี 1997 กำหนดให้เปลี่ยนค่า BMI ต่ำสุด ในคนปกติเป็น 18.50 กก/ม² แทนดังนั้นคนปกติจะมี BMI อยู่ระหว่าง 18.50-24.99 กก/ม² โดยองค์การอนามัยโลกใช้เกณฑ์การจำแนกระดับของการที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน ตามดัชนีความหนาของร่างกายและเส้นรอบเอวดังแสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 การจำแนกภาวะโภชนาการตามระดับดัชนีความหนาของร่างกายและเส้นรอบเอว

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index) กก/ม ²	ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยร่วมกับสาเหตุอื่น
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.50	ต่ำ (แต่ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการทางคลินิกอื่นๆ สูง)
ปกติ	18.50-24.99	ปานกลาง
อ้วน	□ 25.00	เพิ่มขึ้น
น้ำหนักเกิน	25.00-29.99	ปานกลาง
อ้วนระดับที่ 1	30.00-34.99	ปานกลาง
อ้วนระดับ 2	35.00-39.99	รุนแรง
อ้วนระดับ 3	□ 40.00	รุนแรงมาก

ที่มา: รัสสรค์ ตั้งตรงจิต และเบญจลักษณ์ ผลรัตน์ (2550)

โดยทั่วไปการประเมินความอ้วนจะใช้ค่าดัชนีความหนาของร่างกายที่มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 30 เป็นเกณฑ์ตัดสิน การใช้ค่า BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ตัดสินความอ้วนที่เป็นคนไทยมีน้อยมาก ไม่เพียงพอที่จะศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์กับโรคที่พบได้บ่อยๆ ในคนอ้วน ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาวิจัยและกำหนดเกณฑ์ตัดสินใหม่สำหรับคนไทย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 ข้อมูลที่ใช้อ้างอิงส่วนใหญ่ได้มาจากประเทศญี่ปุ่นและจีน

ตาราง 2 อัตราความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีความหนาของร่างกาย ในระดับต่างๆ และเส้นรอบเอวในกลุ่มผู้ใหญ่เอเชีย

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (BMI) กก/ม ²	ปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย	
		เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.50	<90(ผู้ชาย)	□90 (ผู้ชาย)
		<80(ผู้หญิง)	□80 (ผู้หญิง)
ปกติ	18.50-22.99	ต่ำ(แต่ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการทางคลินิกอื่นๆ สูง)	ปกติ
น้ำหนักเกิน	□ 23.00		เพิ่มขึ้น
อ้วน	23.00-24.99	เริ่มมีปัจจัยเสี่ยง	ปานกลาง
อ้วนระดับ 1	25.00-29.99	ปานกลาง	รุนแรง
อ้วนระดับ 2	□ 30.00	รุนแรง	รุนแรงมาก

ที่มา : Willet; Dietz; & Colditz (1999); Kanasawa; et al. (2002)

ผู้ที่จะมีภาวะเสี่ยงต่อโรคของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรืออ้วนนั้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยที่มีเส้นรอบเอวมากแม้ว่า BMI จะปกติก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่นกัน จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร (สำหรับคนเอเชีย) ไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงหรือชายจะเกิดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ดังนั้นจึงกำหนดว่าหากดัชนีมวลกายมากกว่า 23 จะถือว่าอ้วน และจากการวิจัยพบว่า เส้นรอบเอวที่เหมาะสมสำหรับคนเอเชียคือ 90 เซนติเมตรสำหรับผู้ชายและ 80 เซนติเมตรสำหรับผู้หญิง

2) เส้นรอบเอว

การวัดเส้นรอบเอวจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในอวัยวะภายในช่องท้องมากจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าไขมันที่อยู่ตามแขนขา ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินแต่เส้นรอบเอวไม่เกินกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อโรคไม่มาก

ตาราง 3 ค่ารอบเอวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สำหรับคนเอเชีย

ค่ารอบเอวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	สำหรับคนเอเชีย
ชาย > 40 นิ้ว หรือ 102 ซม.	ชาย > 90 ซม. หรือ 36 นิ้ว
หญิง > 35 นิ้ว หรือ 88 ซม.	หญิง > 80 ซม. หรือ 32 นิ้ว

ที่มา: ดัดแปลงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555

วิธีวัดเส้นรอบเอว

การวัดต้องวัดทำยืน เท้าแยกจากกัน 25-30 เซนติเมตร วัดรอบเอวระดับกึ่งกลางกระดูกสะโพกส่วนบนสุดและขอบล่างของกระดูกซี่โครงให้ขนานกับพื้นผู้วัดต้องนั่งข้างๆ และต้องวัดขณะหายใจออกเท่านั้นส่วนสะโพกให้วัดบริเวณส่วนที่ยื่นออกมามากที่สุด

3) ระดับน้ำตาลในเลือด

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องดู ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นเบาหวานที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย เป็น

ผลมาจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสมพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไปมักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อแม่ หรือพี่น้องโดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. 2557)

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2557) กำหนดแนวทางในการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้วิธีการประเมินความเสี่ยงหรือใช้เกณฑ์ความเสี่ยงดังนี้ 1) ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) ผู้ที่อ้วน(BMI มากกว่า 25 กก./ม² และ/หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐาน) และมีพ่อแม่ พี่หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน 3) เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่ 4) มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่ 5) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม 6) เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired Glucose Tolerance (IGT) หรือ Impaired Fasting Glucose (IFG) 7) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) และ 8) มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic Ovarian Syndrome) ผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงข้อหนึ่งใน 8 ข้อนี้ควรส่งตรวจเบาหวาน ถ้าปกติให้ตรวจซ้ำทุกปีหรือตามคะแนนความเสี่ยงซึ่งประเมินได้ วิธีการคัดกรองโรคเบาหวานทำโดยการส่งเจาะเลือดที่ปลายนิ้วมือ (Fasting Capillary Blood Glucose)

ตาราง 4 ค่าระดับน้ำตาล และการแปลผล

ค่าระดับน้ำตาล	การแปลผล
ถ้า Fasting Capillary Blood Glucose (FCG) < 100 มก./ดล	กลุ่มปกติ ยังไม่เป็นโรคและโอกาสเสี่ยงมีน้อย
ถ้าระดับ Fasting Capillary Blood Glucose (FCG) ระหว่าง 100-125 มก./ดล.	กลุ่ม Pre-DM ต้องเจาะซ้ำทุก 6 เดือน
ถ้าระดับ Fasting Capillary Blood Glucose (FCG) ระหว่าง \geq 126 มก./ดล.	สงสัยว่าจะเป็นเบาหวาน นัดเจาะซ้ำอีก 2 สัปดาห์

ที่มา: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2557)

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนั้นจะนำกลุ่มที่มีระดับ Fasting Capillary Blood Glucose (FCG) ระหว่าง 100-125 มก./ดล. เป็นกลุ่ม Pre-DM ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วทำให้ปัจจัยที่จะนำไปสู่การเป็นโรคเบาหวานลดลงได้

4) ความดันโลหิต (Blood Pressure)

เป็นดัชนีชี้วัดทางด้านการดูแลสุขภาพว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงหรือไม่โดยประเมินได้จากระดับความดันโลหิตถ้าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) \square 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) \square 90 มม.ปรอท โดยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องนั้นต้องมีการปฏิบัติดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2555)

4.1) การเตรียมผู้ป่วย ไม่รับประทานชาหรือกาแฟและไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการวัด 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลังเท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัด แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะไม่ต้องกำมือ

4.2) การเตรียมเครื่องมือ ทั้งเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท (Mercury Sphygmomanometer) และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Automatic Blood Pressure Monitoring Device) จะต้องได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆและใช้ Arm Cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย กล่าวคือ ส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) จะต้องครอบคลุมวงแขนผู้ป่วยได้อย่างละ 80 สำหรับแขนทั่วไปจะใช้ Arm Cuff ที่มีถุงลมขนาด 12 ซม.x 22 ซม.

วิธีการวัด

- การวัดความดันโลหิตจะกระทำที่แขนซึ่งใช้งานน้อยกว่า (Non-Dominant Arm) พัน Arm Cuff ที่ต้นแขนหรือเหนือข้อพับ 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลมซึ่งจะมีเครื่องหมายวงกลมเล็กๆ ที่ขอบให้วางอยู่บนหลอดเลือดแดง Brachial

- ให้ประมาณระดับ SBP ก่อนโดยการคลำชีพจรยาง (Rubber Bulb) ให้ลมเข้าไปในหลอดเลือดระดับลงในอัตรา 2-3 มิลลิเมตรปรอท/วินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ถือเป็น Arm Cuff ระดับ SBP คร่าวๆ

- วัดระดับความดันโลหิตโดยการฟัง ให้วาง Bell หรือDiaphragm ของ Stethoscope เหนือหลอดเลือดแดง Brachial แล้วบีบลูกยางให้ระดับปรอทสูงกว่า SBP ที่คลำได้ 20-30 มิลลิเมตรปรอท แล้วค่อยๆปล่อยลมออกมา เสียงแรกที่ได้ยิน (Korotkoff Sound Phase I) จะตรงกับ SBP ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป (Korotkoff Sound Phase V) จะตรงกับ DBP

- ให้ทำการวัด 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 1-2 นาทีจากแขนเดียวกันและท่าเดียวกัน นำ 2 ค่าหลังที่วัดได้มาเฉลี่ย

- ในการวัดความดันโลหิตครั้งแรก แนะนำให้วัดที่แขนทั้งสองข้างหากต่างกัน เกิน 20/10 มิลลิเมตรปรอทแสดงถึงความผิดปกติของหลอดเลือดให้ส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญ

- หากความดันโลหิตของแขนทั้งสองข้างไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 จะมี SBP ของแขนทั้งสองข้างต่างกัน >10 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตจะใช้ข้างที่มีค่าสูงกว่า

- สำหรับในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดความดันโลหิตในท่านอนด้วย โดยวัดความดันโลหิตในท่านอนหรือนั่งหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งหลังยืนภายใน 3 นาที หาก SBP ในท่านอนต่ำกว่า SBP ในท่านอนมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ Orthostatic Hypotension การตรวจหา Orthostatic Hypotension จะมีความไวขึ้นหากเปรียบเทียบ SBP ในท่านอนกับ SBP ในท่านอน

การประเมินความรุนแรงตามระดับความดันโลหิต มีการจำแนกดังตาราง 5

ตาราง 5 การจำแนกระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป

Category	SBP (มิลลิเมตรปรอท)		DBP (มิลลิเมตรปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High Normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Grade 1 Hypertension(mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade 2 Hypertension(moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade 3 Hypertension(severe)	□ 180	และ/หรือ	□ 110
Isolated systolic hypertension	□ 140	และ	< 90

ที่มา: แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555

ในการศึกษาครั้งนี้จะนำกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงคือกลุ่ม High Normal มาเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอัตราการเกิดโรคความดัน

ส่วนที่ 4 วิธีวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการหาคำตอบสร้างกลวิธี คืออุปกรณ์ที่เอื้อต่อคนในชุมชนนั้น สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นตามเป้าหมายการดูแลของกระทรวงสาธารณสุขคือการที่คนไทยมีสุขภาพดี มีอายุคาดหมายเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ลดอัตราการเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ คือหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหลอดเลือดสมอง นำไปสู่การลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลในระยะยาวโดยกำหนดการพัฒนาด้วยการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังสุขภาพของชุมชนให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี โดยหนุนเสริมศักยภาพชุมชนให้สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเองด้วยวิธีการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554: 119)

ความหมายการมีส่วนร่วมในชุมชน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2554) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจการร่วมปฏิบัติและการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบมาถึงตัวเอง ในขณะที่ กาญจนา แก้วเทพ (2551) ได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับเรื่องการมีส่วนร่วม คือการผูกโยงอยู่กับความรู้สึก “เป็นเจ้าของ” (Sense of ownership) ซึ่งเป็นเสมือนเหรียญ 2 ด้านในด้านหนึ่งความรู้สึกเป็นเจ้าของจะนำมาซึ่งความห่วงใยดูแลรักษา แต่ในอีกด้านหนึ่งความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้เป็นเจ้าของมีอำนาจที่สามารถจะเข้าไป “จัดการ” กับสิ่งของหรือเรื่องราวนั้นได้ซึ่งก็คือการมีส่วนร่วมได้นั่นเอง วรรณชนก จันทชุม (2549) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการที่ทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลและองค์กรในภาครัฐและเอกชน ซึ่งครอบคลุมถึงกระบวนการตัดสินใจในการกำหนดปัญหา ความต้องการของชุมชน การวางแผน การดำเนินการ การจัดองค์กร การบริหารจัดการ การระดมทรัพยากรภายในและภายนอกชุมชน การรับผลประโยชน์และการประเมินผล เพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่พึงประสงค์ อรทัย ก๊กผล (2552) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าการที่องค์กรท้องถิ่นเปิดให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการกำหนดกฎเกณฑ์ นโยบาย กระบวนการบริหารและตัดสินใจของท้องถิ่นเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนโดยส่วนรวมอย่างแท้จริง ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานของการที่ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ ความสามารถในการกระทำ และมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมต่อกิจกรรมนั้นๆ และโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen; & Uphoff. 1981: 6) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าสมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ

ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ โดยเป็นสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาข้างต้นในเรื่องการมีส่วนร่วมในชุมชนนั้นผู้วิจัยจะกล่าวถึง 3 องค์ประกอบด้วยกันคือ ส่วนแรกบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมมีนักวิชาการได้กล่าวถึงบุคคลในที่นี่หมายถึงบุคคลที่มาให้ความช่วยเหลือ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554) ผู้วิจัยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (วรรณชนก จันทชุม. 2549) สอดคล้องกับแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen; & Uphoff. 1981: 6) ส่วนที่ 2 คือเรื่องกระบวนการ กล่าว่าสมาชิกในชุมชนนั้นต้องเข้ามีส่วนร่วม โดยสมาชิกต้องเข้ามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ คือ ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมแบ่งปันผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิดของ (วรรณชนก จันทชุม. 2549) สิ่งที่เพิ่มเติมในวิธีการของการมีส่วนร่วมคือเรื่องของต้องมีการบริหารที่ดี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554) และจะต้องทำให้ในชุมชนมีอำนาจเข้าไปจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ด้วยความเสมอภาค (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554; อ้างอิงจาก กาญจนา แก้วเทพ. 2551) และที่สำคัญคือ การสร้างความรู้สึกความเป็นเจ้าของของชุมชน ไม่ใช่แค่เพียงการเรียกร้องแสดงความต้องการ แต่ต้องทำให้ปัญหาของชุมชนเป็นเรื่องของประชาชน และการแก้ปัญหาของชุมชนเป็นเรื่องของประชาชนที่จะต้องทำร่วมกัน (อรทัย ก๊กผล. 2552: 9) และส่วนที่สาม คือความสำเร็จของการทำให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม คือการบริหารจัดการที่ดี โดยการวิเคราะห์ปัญหาที่ถ่วงถ่วง มีการนำเทคนิคที่หลากหลายและเหมาะสมกับประชาชนและมีความจริงใจในการดำเนินงาน (อรทัย ก๊กผล. 2552: 9)

สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยความเต็มใจ และเสมอภาคโดยให้มีการดำเนินการรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ เช่น การบริหาร การพิจารณาตัดสินใจในการแก้ไข ร่วมกันลงมือปฏิบัติร่วมรับผลประโยชน์และการประเมินผล โดยมีบุคคลหรือผู้วิจัยมาเป็นผู้สนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกเพื่อให้กิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์

หลักการมีส่วนร่วม

หลักการการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุด มิใช่การจัดเวทีการมีส่วนร่วมเพียงครั้งเดียว ดังเช่นในการแก้ไขปัญหาของ

ชุมชน ควรมีการเปิดให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ สอดคล้องกับแนวคิดอรรถัย กักผล (2552) และจินตวีร์ เกษมสุข (2554) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. เริ่มตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนเองอยู่

2. ร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรเป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไรและจะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรจัดการกับปัญหาใดก่อน

3. ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไรจะแบ่งงานกันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใดจะจัดหางบประมาณมาจากที่ใดและใครจะเป็นผู้ดูแลรักษา

4. ร่วมดำเนินงานประชาชนในชุมชนจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจเต็มกำลัง ความรู้ความสามารถของตนเอง

5. ร่วมกันติดตามประเมินผล ตลอดเวลาการทำงานร่วมกัน ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงอุปสรรคและร่วมกันในการหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้งานหรือภารกิจดังกล่าวสามารถสำเร็จลุล่วงตามกฎหมาย

6. ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนแล้วย่อมได้ประโยชน์ร่วมกันซึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะต้องอยู่ในรูปเงิน วัสดุสิ่งของ แต่อาจเป็นความสุขสบายความพอใจในสภาพของความเป็นอยู่ที่ดี

ระดับของการมีส่วนร่วม

ระดับของการมีส่วนร่วมนั้น ถวิลวดี บุรีกุล (2550) ได้มีการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมในแต่ละระดับ จะเป็นปฏิภาคกับระดับของการมีส่วนร่วมกล่าวคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมจะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใด จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปสูงสุดได้แก่ ระดับการให้ข้อมูล ระดับการเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน ระดับการปรึกษาหารือ ระดับการวางแผนจนถึงระดับการตัดสินใจร่วมกัน ระดับการร่วมปฏิบัติ ระดับการติดตามตรวจสอบ จนสูงสุดคือระดับการควบคุมโดยประชาชน อย่างไรก็ตามระดับการมีส่วนร่วมที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น เป็นเพียงระดับการมีส่วนร่วมในโครงการที่ส่วนใหญ่อำนาจรัฐเป็นผู้กระทำต่อประชาชนเพียงเท่านั้นยังไม่พบว่าการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นจากพลังของประชาชนอย่างแท้จริง นอกจากนั้น โกวิท พวงงาม (2551) ได้มองการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็นระดับ (Degree) ของการมีส่วนร่วมซึ่งจัดแบ่งจากระดับน้อยไปหามาก ดังนี้

1. ระดับที่ 1 ถูกบังคับให้ร่วม มองว่าการที่ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ เพราะถูกบังคับโดยไม่มีทางเลือกเลย

2.ระดับที่ 2 ถูกหลอกให้ร่วม ลักษณะนี้ประชาชนจะถูกล่อใจด้วยผลประโยชน์ในรูปแบบของ ค่าจ้างแรงงาน หรือความสะดวกสบายบางอย่าง

3.ระดับที่ 3 ถูกชักชวนให้เข้าร่วม การมีส่วนร่วมในลักษณะเช่นนี้ ส่วนมากเป็นโครงการที่ ทางราชการคิดขึ้นเองเรียบร้อยแล้วพยายามชักชวนประชาชนให้ร่วมมือในทุกรูปแบบโดยอาศัยระบบ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสารมวลชนต่างๆว่าเป็นโครงการที่ดีขอให้ประชาชนให้ความร่วมมือ

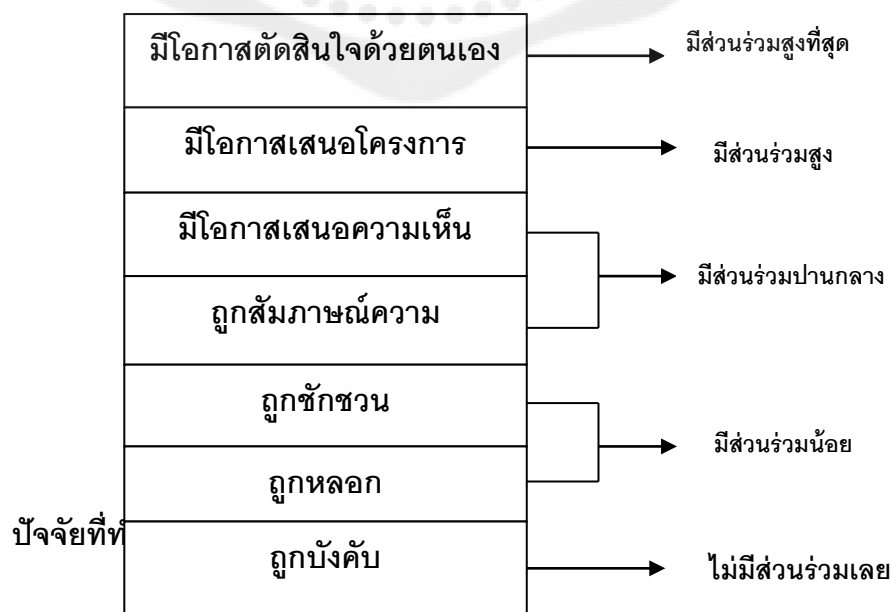
4.ระดับที่ 4 สัมภาษณ์แล้ววางแผนให้ ลักษณะการมีส่วนร่วมในชนิดนี้จะปรากฏว่า ปัญหาความต้องการและเสียงเรียกร้องประชาชนจะได้รับการเอาใจใส่ขึ้นบ้าง กล่าวคือ ผู้ที่ วางโครงการจะต้องสำรวจปัญหาและความต้องการของประชาชนด้วยการเรียกประชุม สอบถาม สัมภาษณ์ แต่การตัดสินใจว่าปัญหาของชาวบ้านคืออะไร ควรจะแก้ไขด้วยวิธีใด จะวางแผนอย่างไร และจะปฏิบัติตามแผนอย่างไร ซึ่งยังคงเป็นเรื่องของทางราชการ

5.ระดับที่ 5 มีโอกาสเสนอความคิดเห็น ในระดับนี้ประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น เกี่ยวข้องกับการวางโครงการและดำเนินการตามโครงการ แต่การตัดสินใจยังเป็นส่วนราชการอยู่

6.ระดับที่ 6 โอกาสเสนอโครงการ ในระดับนี้ทางราชการกับประชาชนจะมีปรึกษาหารือกัน อย่างใกล้ชิด ประชาชนมีโอกาสในการตัดสินใจว่าปัญหาของตนเองคืออะไร จะแก้ไขได้อย่างไร วิธีใดที่ ดีที่สุดจนกระทั่งมีสิทธิเสนอโครงการและเข้าร่วมปฏิบัติด้วย

7.ระดับที่ 7 มีโอกาสในการตัดสินใจ ซึ่งในระดับนี้ประชาชนจะเป็นหลักสำคัญของการ ตัดสินใจทุกเรื่องตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติแผนและการประเมินผลโครงการ

ซึ่งระดับการมีส่วนร่วม สามารถสรุปลักษณะและยังใช้ระดับของการมีส่วนร่วมของ ประชาชนที่กล่าวมาแล้วดังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพประกอบ 11 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม คัพแมน (Koufman. 1949: 7) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่วนอรรถัย กักผล (2552) ได้กล่าวถึงการทำงานเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องคำนึงถึงหลักการที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. การมีส่วนร่วมต้องเกิดจากความเต็มใจที่จะเข้าร่วม เพราะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการแก้ไขปัญหา/ตัดสินใจในเรื่องนั้นๆ

2. กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและขีดความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)(โกวิทย์ พวงงาม. 2551: 206; อ้างอิงจาก WHO) ที่กล่าวว่าต้องมีการเปิดโอกาสให้ทุกๆ คน และทุกๆ กลุ่มในชุมชนมีโอกาสเข้าร่วมในการพัฒนาโดยอาจอยู่ในรูปตัวแทนหรือการเข้าร่วมโดยตรง

3. การมีส่วนร่วมต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพ/อิสรภาพที่ตัดสินใจว่าจะเลือกหรือจัดให้มีการมีส่วนร่วมหรือไม่ ข้อสำคัญคือ การมีส่วนร่วมนั้นต้องไม่เกิดจากการบังคับหรือขู่เข็ญจากผู้ที่เหนือกว่า

ในการวิจัยครั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจหลักในการดำเนินงานผู้วิจัยได้นำหลักการนี้มาใช้ตั้งแต่ การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และการประเมินผลด้วยหลักของความเสมอภาคทุกขั้นตอนโดยที่ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานจนบรรลุวัตถุประสงค์ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของคนในชุมชน

4.2 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการสะท้อนผลการปฏิบัติงานโดยใช้เทคนิคการทบทวนก่อนการปฏิบัติ (Before Action Review: BAR) และการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) หรือการเรียนรู้ระหว่างทำงาน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) การทบทวนก่อนการปฏิบัติ (Before Action Review: BAR) ในปัจจุบันนี้นอกจากการใช้เทคนิคการทบทวนหลังการปฏิบัติแล้วยังมีแนวคิดทบทวนก่อนการปฏิบัติขึ้นมาใช้ (จิราภรณ์ พาณิช. 2551) เพื่อเป็นการซักซ้อมก่อนการปฏิบัติ อาจอยู่ในรูปการบรรยายสรุปให้ทุกคนปฏิบัติตามที่ผู้บรรยายกล่าว หรือทำในรูปแบบการเข้าร่วมซักซ้อมความเข้าใจและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อันจะนำผลการปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายร่วม ที่ตั้งใจไว้ซึ่งบางครั้งอาจมีการปรับแต่งแนวทางปฏิบัติจากที่เตรียมไว้ ก็ได้การเริ่มต้นอาจเริ่มจากการบรรยายภาพรวม และการนำผลจากการทบทวนหลังการปฏิบัติ (AAR) ในครั้งที่ผ่านมาชี้แจงเพื่อให้การปฏิบัติในครั้งนีดีขึ้น ไม่ผิดพลาด และป้องกันปัญหาเฉพาะ

หน้าที่อาจเกิดขึ้น แล้วจบด้วยการเตรียมทำ การทบทวนหลังการปฏิบัติ (AAR) (กิตติพงศ์ ทิพย์เสถียร. 2555)

ขั้นตอนการทำการทบทวนก่อนการปฏิบัติ (Before Action Review: BAR) (National Health Service: NHS Improving Quality) มีดังนี้

- (1) ชี้แจงเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติในภาพรวม
- (2) ชี้แจงผลจากการทำการทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) ครั้งก่อน
- (3) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ดีที่สุดที่จะปฏิบัติในครั้งนี้
- (4) ชี้แจงแนวทาง/ข้อคำถามที่จะใช้ในการทำการทบทวนหลังการปฏิบัติ (AAR) ครั้งต่อไป

คำถามที่ใช้ในการทำการทบทวนก่อนการปฏิบัติ (Before Action Review: BAR) (National Health Service: NHS Improving Quality) คือ

- (1) อะไรที่ทำให้พวกเราบรรลุตามเป้าหมาย
- (2) สิ่งที่ทำทนายเราอยู่ในปัจจุบันมีอะไรบ้าง
- (3) สิ่งที่เราได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา
- (4) สิ่งที่จะช่วยให้เราประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง
- (5) เราจะวัดผลสำเร็จนั้นได้อย่างไร
- (6) วิธีการอะไรที่เราจำเป็นต้องมีในการหลีกเลี่ยงปัญหา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำหลักการนี้มาใช้เพื่อกำหนดเป้าหมายในการเริ่มต้นการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความชัดเจน และมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาในระยะต่อไป

2.การวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ในอดีตของตนเองว่าการดำเนินการที่ผ่านมาประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด จะแก้ไขอย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้อนาคตที่ดีกว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์จะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น ลดขั้นตอนการทำงาน ลดระยะเวลาการทำงานได้ เหตุที่ต้องทบทวนหลังการทำงาน เนื่องจากเมื่องานเสร็จลงใหม่ๆ ผู้ปฏิบัติยังคงจดจำรายละเอียดในการทำงานนั้นได้ดี หากมีการทบทวนหลังจากการทำงานเสร็จสิ้นลงก็จะได้ข้อมูลการทำงานที่ชัดเจน และครบถ้วน เพราะเพิ่งทำลงไปไม่นานมานี้ ทำให้ได้ข้อมูลในการทำงานที่ดีกว่าการนำงานที่

ทำเสร็จไปนานแล้ว กลับมาศึกษาในภายหลัง ซึ่งการจดจำสิ่งต่างๆ อาจลดทอนลงข้อมูลที่ได้จากการทำงานไม่ชัดเจน และไม่ครบถ้วน

นอกจากนี้ผู้อธิบายของการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ เป็นการเปิดใจและการเรียนรู้หลังการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเสร็จสิ้นลงเพื่อถอดบทเรียน ชื่นชมความสำเร็จและหาทางพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นเป็นขั้นตอนหนึ่งในวงจรการทำงาน เป็นการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จ และปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อค้นหาคนที่ทำผิดพลาด ไม่ใช่การกล่าวโทษใครทั้งสิ้นแต่เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้นอีก ในขณะเดียวกันก็คงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว

การวิเคราะห์หลังการปฏิบัติเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายแต่ทรงพลัง ที่กองทัพสหรัฐอเมริกาคิดขึ้นใช้ในการทำสงครามเวียดนาม ใช้ทันทีหลังการรบเล็กๆ เสร็จสิ้นช่วยให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นของทหารระดับล่างสุดเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนรบครั้งต่อไป (วิจารณ์ พานิช. 2549: 162) กระบวนการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ สามารถตั้งคำถามเพื่อการเรียนรู้ เพื่อสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ระหว่างกันได้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการวิเคราะห์ อ่านสภาพการณ์ ปรับแนวทางการดำเนินงาน อยู่ตลอดเวลาสร้างวัฒนธรรมการใช้ความรู้ในการปฏิบัติและกำกับการทำงานให้เกิดขึ้นเป็นวัฒนธรรมบุคคล และกลุ่มบุคคล (ศุภวัฑลย์ พลายน้อย; และเนาวรัตน์ พลายน้อย. 2552)

ในการทำ AAR ก็เช่นเดียวกันกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยทั่วไปจะต้องสร้างบรรยากาศที่เป็นอิสระ เท่าเทียม ชื่นชมยินดีหรือบรรยากาศที่คิดบวกดังนั้นการจัดเก้าอี้ในห้องประชุมควรจัดเป็นวงกลมหรือรูปตัวยูและไม่ต้องมีโต๊ะเพื่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดกันบรรยากาศสบายๆ ไม่เป็นห้องเรียนเกิดบรรยากาศและความรู้สึกเท่าเทียมและเป็นอิสระในที่ประชุม การทำ AAR จะประสบความสำเร็จสูงมากหากผู้เข้าร่วมพูดออกมาจากมุมมองที่แตกต่างหลากหลายยิ่งแตกต่างหลากหลายยิ่งดีในระหว่างที่คนอื่นพูดขอให้คนที่เหลือฟังอย่างตั้งใจ (วิจารณ์ พานิช. 2549: 163)

ก) วิธีการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนแต่อย่างใด เพียงแค่ตอบคำถาม และทำครบ 7 ขั้นตอน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2550; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2550; วิจารณ์ พานิช. 2549) ดังนี้

คำถาม 6 ข้อสำหรับการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ คือ

- 1) เป้าหมายของการมาประชุมครั้งนี้ หรือสิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการทำงานหรือกิจกรรมร่วมกัน คืออะไร
- 2) เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลมากเกินคาดเพราะอะไร
- 3) เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลน้อยหรือไม่บรรลุผลเพราะเหตุใด
- 4) สิ่งที่ได้เรียนรู้ ที่เป็นประโยชน์ที่สุดคืออะไร

5) คิดจะกลับไปทำอะไรต่อ (เป็นการกระตุ้นให้ความรู้ที่สะสมฝังลึกและกระตุ้นให้มีแรงปรารถนาในการดำเนินการต่อ)

6) ถ้าจะมีการจัดประชุมเช่นนี้อีก มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงส่วนไหนบ้าง

ข) ขั้นตอนในการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ มี 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ควรจัดประชุมเพื่อการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติทันทีทันใดหรือเร็วที่สุด หลังจากจบการทำงานหรือกิจกรรมนั้นๆ ในขณะที่ผู้เกี่ยวข้องยังอยู่พร้อมหน้า และยังมีเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี บทเรียนที่ได้รับสามารถนำไปใช้ทันทีในวันต่อไป ควรกำหนดเวลาไว้ในแผนการทำงานล่วงหน้า เพื่อให้สมาชิกเห็นว่าอยู่ในแผนงาน ไม่ใช่ส่วนที่เพิ่มมา

ขั้นที่ 2 สร้างบรรยากาศที่เหมาะสมเป็นบรรยากาศของการเปิดใจ ทุกคนต้องเรียนรู้ ไม่ใช่วิพากษ์การกระทำ ไม่มีการกล่าวซ้ำเติมต่อกันซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การประเมินผลงานของบุคคล ทุกคนมีส่วนร่วม มีสถานะเท่าเทียมกัน ไม่มีความเป็นนักวิชาการและชาวบ้าน

ขั้นที่ 3 จัดให้มีผู้อำนวย (Facilitator) ทำหน้าที่คอยอำนวยความสะดวก กระตุ้นตั้งคำถามให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของตน ช่วยให้ทีมได้เรียนรู้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

ขั้นที่ 4 ตรวจสอบความเข้าใจเรื่องเป้าหมาย โดยแบ่งเหตุการณ์ออกเป็นกิจกรรมที่ชัดเจน ซึ่งแต่ละกิจกรรมควรมีวัตถุประสงค์ และแผนปฏิบัติการเริ่มต้นอภิปราย

ขั้นที่ 5 ทบทวนว่าเกิดอะไรขึ้น เป็นการค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นเพื่อดูว่ามีปัญหาอะไรบ้าง บางครั้งการกระตุ้นให้สมาชิกบอกเล่าความรู้สึกของตนอาจจะทำให้สามารถแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประเด็นที่ลึกลงไปได้อีก

ขั้นที่ 6 เปรียบเทียบแผนกับความจริง การเรียนรู้ที่แท้จริงจะเกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบแผนกับความเป็นจริง และพิจารณาว่า “ทำไมจึงมีความแตกต่าง” วางแผนว่าจะรักษาความสำเร็จและปรับปรุงจุดอ่อนได้อย่างไร อาจจะขอให้สมาชิกเขียนประเด็นสำคัญที่ได้เรียนรู้หนึ่งประเด็น เอาติดตัวกลับไปด้วย เพื่อให้เกิดจุดศูนย์กลางในการคิดและอยู่ในความทรงจำ

ขั้นที่ 7 บันทึกผลการประชุม ในประเด็นที่สำคัญไว้เพื่อเตือนความจำสำหรับการเรียนรู้ของทีม ถามตัวเองว่าจะมีใครได้ประโยชน์จากบทเรียนนี้และเผยแพร่ให้ทราบ

ค) ข้อดีของการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมที่ร่วมทำมากขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการทำงานต่างๆ และที่สำคัญเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมตระหนักในคุณค่าของความคิดเห็นที่ต่างกัน เห็นพลังของความแตกต่างหลากหลายจากประสบการณ์ตรง นอกจากนี้ประสบการณ์จะทำให้แต่ละคนเกิดความมั่นใจในตัวเองเห็นคุณค่าตัวเอง การมีเจต

คติเช่นนี้สำคัญมากต่อการดำเนินการจัดการความรู้แบบ “มีชีวิต” (วิจารณ์ พานิช. 2549: 165) และได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ จากการสนทนากลุ่มในแต่ละระยะของการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม โดยมีการสะท้อนผลที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานหรือหลังการปฏิบัติ เพื่อนำมาสิ่งที่ได้กลั่นกรองนั้นมาสร้างความรู้ (Create) ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) ในการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัย สุดท้ายก็นำความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ (Use) ในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากคนในชุมชนเอง

4.3 เทคนิคการรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ วิธีการที่สำคัญที่สุดคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) เพื่อให้การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และกลมกลืนวิถีของชุมชน โดยใช้เครื่องมือ

1. การสัมภาษณ์ (Interview)

การสัมภาษณ์เป็นปฏิสัมพันธ์หรือสถานการณ์ของการสนทนา ซักถาม โต้ตอบแบบเผชิญหน้า (Face to face) อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลสองฝ่ายคือ นักวิจัยหรือผู้สัมภาษณ์ (Interviewer) กับผู้ถูกสัมภาษณ์ (Interviewee) โดยที่ประเด็นคำถามที่ได้ออกแบบไว้เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับตอบปัญหาการวิจัย การสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือหลักสำหรับรวบรวมข้อมูล (วรรณิ์ แกมเกตุ. 2551: 249; อ้างอิงจาก Kerlinger; & Lee. 2000)

ประเภทของการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์มีหลายประเภทหลายวิธีขึ้นอยู่กับเกณฑ์การแบ่งสามารถนำไปใช้ให้เหมาะสมแตกต่างกันไป ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (วรรณิ์ แกมเกตุ. 2551)

1) ประเภทของการสัมภาษณ์ แบ่งตามรูปแบบการสัมภาษณ์

1.1) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure interview) การสัมภาษณ์แบบนี้เป็นการสัมภาษณ์ที่มีการกำหนดและจัดเตรียมข้อคำถามที่แน่นอนไว้ล่วงหน้ามีการจัดเรียงลำดับก่อนหลังของข้อคำถาม รวมทั้งการใช้ภาษา การใช้คำต่างๆ ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในลักษณะเช่นเดียวกับแบบสอบถาม แต่ในกรณีของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเครื่องมือที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์คือแบบสัมภาษณ์ (Interview schedule) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างนี้เหมาะสำหรับกรณีที่นักวิจัยต้องการศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก ในลักษณะของการวิจัยเชิงสำรวจที่กลุ่มตัวอย่างอาจมีข้อจำกัดในเรื่องความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ จึงต้องอาศัยการสัมภาษณ์แทนการใช้แบบสอบถาม ในกรณีนี้นักวิจัยอาจไม่สามารถทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่ม

ตัวอย่างได้เองทั้งหมด ซึ่งต้องอาศัยพนักงานช่วยสัมภาษณ์ดังนั้นจึงต้องออกแบบสัมภาษณ์ให้มีความชัดเจน พร้อมทั้งต้องมีการทำความเข้าใจร่วมกันก่อนการไปสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ การสัมภาษณ์ด้วยวิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเบี่ยงเบนเนื่องจากความแตกต่างในการสัมภาษณ์ และมักเป็นข้อมูลในภาพกว้างๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องศึกษา แต่มีข้อจำกัดตรงที่ทำให้ได้ข้อมูลไม่ลึกซึ้งเพียงพอ ในแง่ของความหมายและความรู้สึกนึกคิดที่แฝงเร้นอยู่ จึงไม่นิยมใช้เป็นวิธีการหลักในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยคุณภาพ

1.2) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured interview) การสัมภาษณ์แบบนี้เป็นวิธีการที่มีความยืดหยุ่นสูงและเปิดกว้าง ไม่มีข้อกำหนดข้อคำถามที่แน่นอนตายตัวไว้ล่วงหน้า จะถามเนื้อหาสาระอะไรก่อนหลัง และจะใช้คำ ใช้ภาษาอย่างไรในการถามก็ได้ผู้สัมภาษณ์มีอิสระในการตั้งคำถาม สามารถปรับเปลี่ยนคำถาม ลีลาการใช้คำถามให้เหมาะสมตามบริบทของการสัมภาษณ์ได้อย่างเต็มที่ และไม่จำเป็นต้องใช้ภาษาในการถามเหมือนกันทุกคน แต่ทั้งนี้ผู้สัมภาษณ์ต้องพยายามล่วงหน้าคำตอบที่ต้องการในการวิจัยให้ได้อย่างลึกซึ้งเพียงพอและครอบคลุมการสัมภาษณ์แบบนี้เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับใช้รวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ และต้องอาศัยผู้สัมภาษณ์ที่มีประสบการณ์และทักษะในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ในการสัมภาษณ์แบบนี้มักดำเนินการโดยตัวนักวิจัยเอง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่ตนเองทำวิจัย ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการ ดังนั้นจึงสามารถตั้งคำถามปรับเปลี่ยนคำถามได้ตามความเหมาะสมในขณะที่สัมภาษณ์ โดยนักวิจัยอาจเตรียมประเด็นการสัมภาษณ์หรือแนวคำถามกว้างๆ ไว้ล่วงหน้าก็ได้ การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างนี้อาจแบ่งออกเป็นแบบย่อยๆ อีก 2 แบบ คือการสัมภาษณ์แบบเปิดกว้าง ไม่จำกัดคำตอบกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ดังนี้

(1) การสัมภาษณ์แบบเปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ การสัมภาษณ์แบบนี้เป็นการสัมภาษณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นหรืออธิบายแนวคิดของตนเองเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่นักวิจัยต้องการออกมาอย่างเต็มที่โดยที่นักวิจัยไม่ได้กำหนดกรอบหรือประเด็นเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับข้อมูลที่จะได้รับสำหรับเรื่องนั้นๆ หากแต่มีแนวคิดทางด้านทฤษฎีในเรื่องนั้นๆ อยู่แล้ว (สุภางค์ จันทวานิช, 2551) การสัมภาษณ์แบบนี้อาจนำไปใช้เพื่อสำรวจแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งก่อนที่จะศึกษาเจาะลึกเพื่อลงข้อสรุปเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ

(2) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่นักวิจัยหรือผู้สัมภาษณ์มีจุดสนใจหรือประเด็นที่ต้องการศึกษาโดยนักวิจัยต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการทะลอม (Probe) เพื่อล้วงเอาความจริงหรือความรู้สึกนึกคิดลึกๆ จากผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุด ในกรณีที่เห็นว่าผู้ถูกสัมภาษณ์พูดนอกเรื่องก็ต้องพยายามโยนเข้าหาประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ หรือในบางครั้งอาจจะต้องหาจังหวะรวบรัดบทอย่างสุภาพ โดยไม่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ

และไม่อยากให้ความร่วมมือ การกระทำเช่นนี้ได้ต้องอาศัยประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ รวมทั้งศิลปะของผู้สัมภาษณ์เป็นสำคัญ ซึ่งนักวิจัยจะต้องฝึกฝนและเตรียมการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าเป็นอย่างดี

1.3) การสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีผู้ให้สัมภาษณ์ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในเวลาเดียวกัน การสัมภาษณ์กลุ่มใช้เมื่อนักวิจัยต้องการข้อเท็จจริงหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากสมาชิกทั้งกลุ่ม แนวคิดการสัมภาษณ์กลุ่มนี้ได้รับการปรับปรุงให้มีระเบียบวิธีชัดเจนขึ้น โดยรวมแนวคิดการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เข้ากับการสัมภาษณ์กลุ่มให้ผลการพัฒนาเป็นเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543) บางครั้งอาจใช้คำว่า “การสัมภาษณ์กลุ่ม” “การสนทนากลุ่ม” หรือ “การอภิปรายกลุ่ม เฉพาะเจาะจง”

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview)

การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพวิธีหนึ่งโดยใช้ลักษณะของการสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะลึก กับกลุ่มคนจำนวนหนึ่งที่ถูกเลือกมารวมกันแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่นักวิจัยกำหนดเพื่อการสนทนาได้ตอบคำถาม หรือการอภิปรายร่วมกัน มีจุดมุ่งหมายเฉพาะเจาะจงเพื่อหาข้อมูลที่ต้องการตรงประเด็นสำหรับตอบคำถามการวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (วรรณิ แกมเกตุ, 2551)

สจิวตและชามดาซานี (ชาย โพธิสิตา, 2554: 208-209; อ้างอิงจาก Stewart; & Shamdasani, 1990) ให้นิยามการสนทนากลุ่มโดยเน้นความสำคัญของพลวัตกลุ่ม (Group dynamics) ในฐานะเป็นหัวใจสำคัญของการสนทนา ในความหมายนี้กฎเกณฑ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการสนทนาอยู่ที่การจัดการให้มีพลวัตกลุ่มให้มีความเหมาะสม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตอบคำถามของนักวิจัยเป็นรายคน ดังเช่น ในการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว โดยนัยนี้ข้อมูลที่ตีจากการสนทนากลุ่มควรจากการสนทนากลุ่มควรจะมาจากการอภิปรายที่สมาชิกกลุ่มมีการโต้ตอบต่อกันในหัวข้อที่ผู้ดำเนินการยกมาเป็นประเด็นการสนทนา เพราะคุณสมบัติข้อนี้เองวิธีการนี้จึงถูกเรียกว่า “การสัมภาษณ์กลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง”

การสนทนากลุ่มต่างจากวิธีการที่เกี่ยวกับกลุ่มแบบอื่นๆ กล่าวคือการสนทนากลุ่มไม่ใช่การสัมภาษณ์คนเป็นกลุ่ม (Group interview) ที่มุ่งหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเรื่องที่นักวิจัยต้องการซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือคุณภาพก็ได้ เช่นการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำชุมชนหลายคนพร้อมกันเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับชุมชนนั้นๆ ในเรื่องเกี่ยวกับ ประชากร เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนโดยรวม เป็นต้นในการสัมภาษณ์กลุ่มเช่นนั้น ผู้สัมภาษณ์มักใช้แบบสอบถามที่มีคำถามทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด แต่การสนทนากลุ่มเป็นการอภิปรายมากกว่าการสัมภาษณ์ ดังที่กล่าวมาแล้ว ขณะเดียวกันการสนทนากลุ่มก็ไม่ใช้การระดมสมองของกลุ่มผู้รู้ จุดต่างอยู่ที่การ

ระดมสมองนั้นมุ่งหาข้อสรุปที่ลงตัว (Consensus) เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่การสนทนากลุ่มมุ่งหาความคิดเห็นประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งอาจแตกต่างกันหลากหลายไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกันเสมอไป (ชาย โปธิสิตา. 2554: 209)

เทคนิคการจัดสนทนากลุ่ม

เทคนิคการจัดสนทนากลุ่มนี้ เคอร์ลินเจอร์และลี (วรวณีย์ แกมเกตุ. 2551; อ้างอิงจาก Kerlinger; & Lee. 2007) กล่าวไว้ว่าขนาดของกลุ่มควรจะใหญ่พอที่จะสร้างมุมมองที่หลากหลาย แต่ก็ควรเป็นกลุ่มที่เล็กพอที่จะบริหารจัดการได้เกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยเสนอแนะว่าจำนวนสมาชิกในกลุ่มสนทนาควรอยู่ระหว่าง 7-10 คน ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มที่พอเหมาะที่จะเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา การจัดกลุ่มสมาชิก ผู้ให้สัมภาษณ์ นักวิจัยควรเลือกสรรกลุ่มคนที่เป็นผู้รู้หรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) และเป็นผู้มีคุณลักษณะภูมิหลังใกล้เคียงกัน (Homogeneous) (ชาย โปธิสิตา. 2554: 225) เพื่อช่วยให้สมาชิกในกลุ่มกล้าและเต็มใจที่จะตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเสรี

ในการเลือกผู้ที่จะมาเป็นกลุ่มสนทนาในการวิจัยครั้งนี้ โดยเริ่มจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ จำนวน 1 คน นักปรับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 คน ในกลุ่มประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง จำนวน 2 คน และตัวแทนประชาชน จำนวน 2 คนเป็นต้น รวมทั้งหมด 10 คน โดยการจัดกลุ่มครั้งนี้เป็นการจัดกลุ่มสมาชิกที่มีลักษณะสำคัญคล้ายกัน คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีส่วนเกี่ยวข้องด้านอื่นๆ

การดำเนินการสนทนา ควรประกอบด้วย ผู้ดำเนินการสนทนา (ผู้วิจัย) ผู้จดบันทึก (Note taker) เจ้าหน้าที่ทั่วไป ทำหน้าที่มีหน้าที่บันทึกเสียงและมีหน้าที่บันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นระหว่างการสนทนา เช่น สีหน้าท่าทาง (พฤติกรรม) ของสมาชิกกลุ่ม การสนทนาเริ่มด้วยการแนะนำตัวสั้นๆ อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการวิจัย และถ้ามีการบันทึกเสียง ควรแจ้งให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบ แล้วจึงเกริ่นนำด้วยคำถามเบาๆ เป็นการอุ่นเครื่องเพื่อสร้างบรรยากาศความคุ้นเคย ความสบายใจให้เกิดขึ้นในกลุ่มสนทนา แล้วจึงเริ่มซักไซ้ไล่เรียงเข้าสู่ประเด็นคำถามหลัก คำถามเจาะลึกในประเด็นที่ต้องการศึกษาในระหว่างการดำเนินการสนทนา ผู้ดำเนินการสนทนา ต้องให้เวลาแก่สมาชิกในการตอบคำถามอย่างอิสระเสรี และต้องมีเทคนิคในการกระตุ้นผู้ที่ไม่ค่อยพูดให้มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นบ้าง และคอยควบคุมสมาชิกบางคนที่พูดเก่งๆ ไม่ให้ชี้นำความคิดของผู้อื่น ในตอนท้ายของการสนทนาควรจบลงด้วยคำถามที่ผ่อนคลาย หรืออาจใช้

คำถามเสริมหรือเพิ่มเติม ในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน การใช้เวลาในการดำเนินการสนทนานั้นไม่ควรใช้เวลาเกิน 2 ชั่วโมงในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง (ชาย โพธิ์สิตา. 2554: 25)

จะเห็นได้ว่า การสนทนากลุ่มเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้นำกลุ่มในการควบคุมการสนทนาให้ครอบคลุมและตรงประเด็น การสนทนากลุ่มยังมีข้อดีตรงที่เป็นวิธีการที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการสัมภาษณ์รายบุคคล แต่ก็มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความสามารถในการสรุปอ้างอิง (Generalization) (วรรณิ์ แกมเกตุ. 2551)



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการถอดประสบการณ์ในการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชนรวมทั้งแนวทางปฏิบัติที่ดีของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชนบางเกลือ 2) เพื่อสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบางเกลือ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้นำเสนอกระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย
2. การออกแบบการวิจัย
3. การดำเนินการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. จริยธรรมในการวิจัย

1. การคัดเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่เป้าหมายและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพราะในการดำเนินการวิจัยด้วยการมีส่วนร่วมนั้นจะต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงจะทำให้การดำเนินงานวิจัยประสบความสำเร็จ

โดยกำหนดคุณสมบัติของพื้นที่ ดังนี้

1. มีระยะทางใกล้กับกรุงเทพมหานครมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท
2. มีสถิติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับสูง
3. มีความร่วมมือที่ดีกันทุกภาคส่วนในชุมชน

ดังนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกพื้นที่ตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีความน่าสนใจของพื้นที่ที่จะศึกษาค้นคว้านี้เป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท วิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่มีความหลากหลายทั้งที่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม และเมื่อศึกษาสถิติที่ได้จากการคัด

กรองพบว่ามีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 101 คน (ร้อยละ 2.45) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 337 คน (ร้อยละ 8.18) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง. 2558)

อีกส่วนหนึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการทำงานที่มีคุณภาพและมาตรฐานมีการประสานความร่วมมือได้ดีกับหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนภาคประชาชนตลอดจนภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจนได้รับรางวัลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานด้านสุขภาพระดับดีมาก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง. 2557) ผู้ศึกษาจึงได้เลือกตำบลบางเกลือนี้เป็นพื้นที่ในการศึกษาเนื่องจากพื้นที่มีคุณสมบัติที่เอื้อต่อการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และจากข้อมูลสถิติของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบนั้นสมควรที่จะได้รับการดูแลเพื่อไม่ให้ประชาชนของชุมชนมีการดำเนินของโรคจนกลายเป็นกลุ่มป่วยในอนาคตได้

คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับในการศึกษาค้างนี้ แบ่งเป็น 4 ระยะรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลมีดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ คือ สาธารณสุขอำเภอบางปะกง และเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลบางเกลือที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ผู้ให้ข้อมูลด้านประสพการณ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทวิถีชีวิต ของชุมชน คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 14 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อของตำบลบางเกลือ คือ สาธารณสุขอำเภอบางปะกงและเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลบางเกลือที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

2. ผู้ให้ข้อมูลเรื่องประสพการณ์และแนวทางการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพคือผู้สูงอายุและญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน

- เป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
- มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ที่ตำบลบางเกลือมากกว่า 30 ปี
- ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ
- ยินยอมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ญาติผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

- เป็นผู้ที่ย้ายอยู่กับผู้สูงอายุหรือให้การดูแลอย่างใกล้ชิด
- ยินยอมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

ระยะที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

กิจกรรมครั้งที่ 1 ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักพัฒนาได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัย ตำบลบางเกลือ จำนวน 1 คน นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 คน และ
- 2) กลุ่มประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 2 คน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 2 คน และตัวแทนประชาชนทั่วไป จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ร่วมวิจัย

1. เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีประสบการณ์ในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากชุมชนในการเป็นตัวแทนของประชาชน
3. เป็นผู้ที่มีศรัทธาใจเป็นผู้ร่วมวิจัยและสามารถเข้าร่วมได้ตลอดกระบวนการวิจัย

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครเข้ารับการอบรมให้เป็นผู้ผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและผู้อื่น และเพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้นำกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. เป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากสถานีอนามัยตำบลบางเกลือแล้วพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจโรคใดโรคหนึ่ง
2. เป็นผู้ที่มีศรัทธาใจเข้ารับการอบรมเพื่อเป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและผู้อื่นและเพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยโดยเข้าร่วมตลอดกระบวนการศึกษา

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สมัครเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 51 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. เป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากสถานีนอมนามัยตำบลบางเกลือ แล้วพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจโรคไตโรคหนึ่ง
2. เป็นผู้ที่มีศรัทธาเข้ารับการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยเข้าร่วมตลอดกระบวนการศึกษา

2. การออกแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participatory Approach) ที่เน้นการปฏิบัติการจริงในชุมชนเพื่อแก้ปัญหา ที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีความสนใจร่วมกัน โดยอาศัยความร่วมมือของทั้ง 2 ฝ่ายด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่เห็นว่าสามารถนำมาแก้ปัญหาที่สนใจร่วมกันได้ กระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การคัดเลือกชุมชน และการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน 2) ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกับชุมชน การพิจารณากำหนดปัญหา การออกแบบการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุป และการนำเสนอผลการวิจัย และ 3) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน (สิริรัตน์ วิภาสศิลป์, 2552: 159) การวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมนี้เป็นวิธีการเพื่อหาคำตอบให้แก้ปัญหาแล้วนำแนวทางที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางดำเนินการพัฒนาต่อไป

แนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพราะสามารถใช้แก้ปัญหาร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย โดยใช้วิจัยเชิงคุณภาพในการรวบรวมสภาพปัญหาและการดำเนินงานของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตำบลบางเกลือ เพื่อให้เห็นแนวทางการแก้ปัญหา ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เป็นการหาคำตอบในจุดมุ่งหมายของการศึกษาคือเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบางเกลือมี การพัฒนา ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมครั้งที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ละกิจกรรมใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีหัวใจสำคัญ คือการการสนทนากลุ่มเพื่อการสกัด กลั่นกรองความรู้ จนเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) อย่างสร้างสรรค์เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาในครั้งต่อไปโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ นั้นมีความสมบูรณ์โดยวัดผลได้จากการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และสุดท้ายได้ภาพรวมของการพัฒนารูปแบบการพัฒนา

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

3. การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน

1.1 สืบหาข้อมูลพื้นฐานพื้นที่อำเภอบางปะกง

1.1.1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและหาข้อสรุปร่วมกันของพื้นที่อำเภอบางปะกง จากเอกสาร และการสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอบางปะกง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเกี่ยวกับขอบเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชากร ลักษณะภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพของประชาชน วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ของอำเภอบางปะกง

1.1.2 คัดเลือกชุมชนที่จะเข้าร่วมในการศึกษา เป็นชุมชนที่มีสถิติของประชาชนที่มีกลุ่มเสี่ยงที่มีสถิติสูงและมีปัญหาของชุมชนจากการทำประชาคมหมู่บ้าน เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นหลักและชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการดำเนินการแก้ปัญหา โดยสาธารณสุขอำเภอเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งระดับอำเภอและระดับตำบล ได้คัดเลือกชุมชนตำบลบางเกลือ เข้าร่วมในการศึกษา และได้มีการประสานงานเรียนเชิญผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ ประธานชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและตัวแทนประชาชน เพื่อให้ผู้วิจัยจะได้ทำความเข้าใจและชี้แจงกระบวนการศึกษาพร้อมทั้งรับสมัครผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นร่วมวิจัย

1.1.3 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันศึกษาสถานการณ์ของปัญหา แนวทางการดำเนินงาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และรวบรวมประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางเกลือ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) เพื่อดึงประสบการณ์การดูแลตนเอง โดยคัดเลือกผู้สูงอายุ(Key informant) ผู้ให้ข้อมูลที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคเรื้อรังอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้มานานกว่า 30 ปี จำนวน 14 คน

1.2 เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ร่วมวิจัย

1.2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มบุคคลเป้าหมายที่สมัครใจเข้าเป็นผู้ร่วมวิจัย จำนวน 1 วัน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการทำวิจัยดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ร่วมกันนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสถานการณ์เกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดขึ้นใน

ชุมชนตำบล บางเกลือ ซึ่งได้มาจากผู้ให้ข้อมูลในชุมชนในการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเพื่อสร้างความเข้าใจและเพิ่มความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น

2) ทำความเข้าใจการมีส่วนร่วมในการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นบุคคลที่ชุมชนคัดเลือก ได้รับการยอมรับจากชุมชน และมีส่วนเกี่ยวข้องกับดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัยตำบล บางเกลือ จำนวน 1 คน นักปรับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 คน กลุ่มประชาชน เช่น ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 2 คน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 2 คน และตัวแทนประชาชนจำนวน 2 คน เป็นต้น รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

2.1 กิจกรรมครั้งที่ 1: ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1.1 การวางแผน (Planning: P)

ก) การจัดประสบการณ์ให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งด้านความรู้และประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัย ในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีการถ่ายทอดออกมาด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม มีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ด้วยการใช้เทคนิคการทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (Before Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งเนื้อหา กิจกรรม ทักษะการปฏิบัติและสื่ออุปกรณ์ในด้านการดูแลตนเอง เรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด รวมทั้งการประเมินผลด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพตรวจสอบร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข) ในขั้นวางแผนนี้ ผู้ร่วมวิจัยนำเสนอข้อมูลหลักที่ได้จากการบันทึกการถอดประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน และการดำเนินงานการดูแลกลุ่มเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ที่เป็นประเด็นหลักในด้านการรับรู้ความสามารถและการควบคุมตนเองในด้านการดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เพื่อเป็นข้อมูลหลักในการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีเป้าหมายร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติ ในภาพรวมตลอดกระบวนการ ในกิจกรรมครั้งที่ 1

2.1.2 การปฏิบัติและการสังเกต (Action & Observe: A&O)

1. การจัดการสนทนากลุ่มโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยดำเนินการสนทนาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ คือการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. การดำเนินการสนทนานำความรู้ที่ได้จากการบันทึกความรู้จากการถอดประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน และการดำเนินงานการดูแลสุขภาพเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเสาะแสวงหาความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติ ในด้านการดูแลสุขภาพเป้าหมายทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด มาผนวกกัน สกัดออกมาเป็น “โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง” ออกมาบันทึกไว้

3. นำร่างแนวทางกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้ทั้งกิจกรรมและสื่ออุปกรณ์

การสังเกต

- การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยในการแสดงความคิดเห็น การซักถามและการร่วมลงมือร่างกิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.1.3 การสะท้อนผล (Reflex: R)

- โดยใช้รูปแบบการตั้งคำถาม ของเทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) กับทีมผู้วิจัย วิธีการมี ดังนี้

1. จัดการประชุมทันทีหลังการปฏิบัติกิจกรรมโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก

2. เป็นผู้อำนวยความสะดวกกระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์ตามประเด็นคำถามต่อไปนี้

- คำถามที่ 1 เป้าหมายของการมาประชุมครั้งนี้ สิ่งที่เราคาดหวัง หรือสิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการทำงานหรือกิจกรรมร่วมกัน คืออะไร

- คำถามที่ 2 เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลมากเกินคาดเพราะอะไร

- คำถามที่ 3 เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลน้อยหรือไม่บรรลุผล เพราะเหตุใด

- คำถามที่ 4 สิ่งที่ได้เรียนรู้ ที่เป็นประโยชน์ที่สุดคืออะไร

- คำถามที่ 5 คิดจะกลับไปทำอะไรต่อ (เป็นการกระตุ้นให้ความรู้ที่สะสมฝังลึกและกระตุ้นให้มีแรงปรารถนาในการดำเนินการต่อ)

- คำถามที่ 6 ถ้าจะมีการจัดประชุมเช่นนี้อีก มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงส่วนไหนบ้าง

3. บันทึกการประชุมเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงในกิจกรรมครั้งต่อไป

2.2 กิจกรรมครั้งที่ 2: สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.1 การวางแผน (Planning : P)

ก) จัดประชุมการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัยเพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินกิจกรรมที่ 2 โดยใช้เทคนิคการทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (AAR) มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อปรับปรุงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในกิจกรรมครั้งที่ 1

2. เพื่อร่วมกันจัดกิจกรรมตามแนวทางกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้วในผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย

โดยในขั้นตอนนี้มีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก มีสิ่งที่ได้รับการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ในกิจกรรมครั้งที่ 1 และข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการตรวจร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในภาพรวมในกิจกรรมครั้งที่ 2

ข) จัดการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมุมมองของตนเอง เพื่อยกระดับความรู้ที่จะนำมาปรับปรุงกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้านคือ ด้านอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ให้มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.2.2 การปฏิบัติและการสังเกต (Act & Observe: A&O)

การปฏิบัติ

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทดลองใช้สื่อและอุปกรณ์ ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ก) รับสมัครประชาชนที่ได้รับการประเมินจากสถานีอนามัยตำบลบางเกลือแล้วพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน เพื่อเข้ารับการอบรมเป็นผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 10 คน โดยเป็นบุคคลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนด

ข) จัดการเรียนรู้ตามกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ด้านเนื้อหาและฝึกปฏิบัติจริง

ค) ทดลองใช้สื่อ อุปกรณ์ และแบบสอบถามเพื่อการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ของกลุ่มผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เข้ารับการอบรม

การสังเกต

- การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- การให้ความสนใจและความร่วมมือของกลุ่มผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.3 การสะท้อนผล (Reflex: R)

ก) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติงานการดำเนินการในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)

ข) สอบถามความพึงพอใจของกลุ่มผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีต่อกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ค) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเองและการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการอบรม 2 สัปดาห์และหลังการอบรม 12 สัปดาห์ ได้แก่ น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกายและรอบเอว

กิจกรรมครั้งที่ 3: ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.3.1 การวางแผน (Planning: P)

ก) จัดการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยวางแผนการดำเนินในกิจกรรมครั้งที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. ปรับปรุงโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ในกิจกรรมครั้งที่ 2

2. จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกิจกรรมครั้งที่ 3 นี้ มีการทบทวนร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (BAR) และร่วมกันตั้งเป้าหมายในภาพรวมของ กิจกรรมครั้งที่ 3

ข) จัดการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัยเพื่อปรับปรุงกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเป็นไปได้ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนของกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามการสะท้อนผลของผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกิจกรรม ครั้งที่ 2

2.3.2 การปฏิบัติและการสังเกต (Act & Observe: A&O)

การปฏิบัติ

ก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตตำบลบางเกลือ สมัครเพื่อเข้ารับการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนดจำนวน 51 คน

ข) จัดการเรียนรู้ตามกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่ออุปกรณ์ โดยผู้ร่วมวิจัยและผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้

การสังเกต

- การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยและผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการร่วมกันจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผน

- การให้ความสนใจและความร่วมมือของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.3.3 การสะท้อนผล (Reflex: R)

ก) ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ตามกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)

ข) มีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1. ประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือ การชั่งน้ำหนัก วัดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกายและรอบเอว ทั้งก่อน และหลังจากการอบรม 2 สัปดาห์

2. ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบวัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-control) และการดูแลตนเอง (Self-care) ทั้งก่อนและหลังจากการอบรม 2 สัปดาห์

3. สอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจ

2.4 การนำเสนอผลการวิจัยและคืนข้อมูลกลับสู่ระบบ

นำเสนอผลการวิจัย และคืนข้อมูลสู่ชุมชนโดยการมอบสื่อและคู่มือให้กับแกนนำชุมชน สถานีอนามัยตำบลบางเกลือและประชาชนที่เข้าร่วมวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งส่วนที่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและส่วนที่เป็นกรรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณโดยเครื่องมือ ดังนี้

4.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย วิธีเก็บข้อมูล ได้แก่ การศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์สารานุกรมสุขภาพอำเภอ บางปะกงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง และตำบลบางเกลือ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทำความเข้าใจชุมชนและการปฏิบัติงานที่ผ่านมา และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อแสวงหาแนวทางการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคล เช่น สังเกตพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขณะทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งบริบทต่างๆ ไปที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นหลัก การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 การสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 เพื่อเก็บข้อมูลด้านต่างๆ ดังนี้

1) ระยะศึกษาบริบท โดยใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Interview) สารานุกรมสุขภาพอำเภอ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ และระดับตำบล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทต่างๆ ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแนวทางการทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาในด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบปลายเปิดโดยที่นักวิจัยไม่ได้กำหนดกรอบหรือประเด็นที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้นๆ โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์ตามความมุ่งหมายของการวิจัยพอสังเขปดังนี้

(1) สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของอำเภอบางเกลือเป็นอย่างไร สถิติของโรคเรื้อรังใดมีอัตราการเกิดสูงสุดและเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข และมีวิธีการแก้ไขอย่างไร

(2) ปัญหาในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลบางเกลือเป็นอย่างไร

(3) รูปแบบที่ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลบางเกลือเป็นรูปแบบไหน อย่างไร

2) การแสวงหาแนวทางการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ตามบริบทของชุมชนตำบลบางเกลือโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นจุดสำคัญของการวิจัยที่จะนำไปเป็นแนวทางการสร้างกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายเปิด จะเน้นการยืดหยุ่นตามสถานการณ์เป็นหลัก เพื่อเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงความคิดและการปฏิบัติของตนเองได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยจะต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการทะลอมถาม (Probe) เพื่อล้วงเอาความจริงหรือความรู้ที่ลึกซึ้งๆ ให้มากที่สุดโดยมีประเด็นข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) พอสังเขปดังนี้

- (1) ความคาดหวังทางด้านสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านต้องดูแลสุขภาพ
- (2) อะไรบ้างที่เป็นแรงผลักดันมาให้เกิดการใส่ใจและดูแลสุขภาพตนเอง
- (3) ท่านทำอย่างไรให้สุขภาพของท่านเป็นไปตามที่ท่านคาดหวัง
- (4) ในสภาพแวดล้อมของชุมชนตำบลบางเกลือมีอะไรบ้างที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ
- (5) แบบอย่างการดูแลสุขภาพของท่านมาจากแหล่งใดบ้าง และถ่ายทอดการดูแลสุขภาพอย่างไร
- (6) การดูแลสุขภาพอย่างไร จึงทำให้ท่านไม่เกิดโรคเรื้อรัง

4.1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ลักษณะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับกลุ่มคนจำนวนหนึ่งเพื่อมุ่งหาความคิดเห็นและประสบการณ์ดังนี้

1) แนวทางการจัดกิจกรรมตามหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ร่วมวิจัย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มประชาชนตำบลบางเกลือ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และตัวแทนประชาชน รวมทั้งหมด 10 คน ซึ่งล้วนแล้วเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจเป็นผู้จัดกิจกรรม หรือเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรม หรือเป็นผู้ที่คอยสนับสนุนการดำเนินการเข้าร่วมการสนทนากลุ่มโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก และทุกครั้งหลังจากการจัดกิจกรรมมีการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) ในแต่ละกิจกรรมของการวิจัย

ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบางเกลือพอสังเขป ดังนี้

- (1) ท่านคิดว่าสถานการณ์โรคในชุมชนของเราเป็นอย่างไร สาเหตุที่ทำให้ประชาชนในตำบลบางเกลือเกิดปัญหาสุขภาพที่เอื้อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(2) เป้าหมายของการประชุมในวันนี้คือการพัฒนาแนวทางกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลบางเกลือ ที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการให้การดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร และมีรูปแบบกิจกรรมอะไรบ้าง อย่างไร

(3) รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลบางเกลือที่ท่านมีประสบการณ์ร่วมมีข้อดีและข้อด้อยอย่างไร

(4) อะไรที่เป็นสิ่งท้าทายในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลบางเกลือ

(5) สิ่งที่จะช่วยให้เราประสบความสำเร็จตามเป้าหมายมีอะไรบ้าง และมีวิธีการอย่างไร

แนวทางในการสร้างข้อคำถามทั้งการสัมภาษณ์ทั่วไป (Interview) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการทำความเข้าใจแนวคำถามที่สร้างขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

4.1.3 สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การประชุม การเข้าร่วมกิจกรรม การแสดงบทบาทการเป็นผู้ร่วมวิจัย การเป็นผู้นำสุขภาพ การมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ การแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม โดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

4.1.4 สังเกตผู้เข้ารับการอบรมขณะทำกิจกรรมในการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเช่น ความสนใจในกิจกรรมทั้งการให้ความรู้ และทักษะการปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย

4.2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

4.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด

ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร

4.2.2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง

แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยปรับจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่มีค่า

ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ที่ได้สร้างแบบวัดการดูแลสุขภาพวัดผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยมีการปรับเป็นแบบวัดการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติ6-7 วัน/สัปดาห์” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย”

ตัวอย่างแบบสอบถามการดูแลสุขภาพ

(0) ฉันทออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจนเหงื่อซึมครั้งละประมาณ 30 นาที

1 () ไม่ได้ปฏิบัติ 2 () 1-2 วัน/สัปดาห์ 3 () 3วัน/สัปดาห์

4 () 4-5 วัน/สัปดาห์ 5 () 6-7วัน/สัปดาห์

4.2.3 แบบสอบถามการควบคุมตนเอง

แบบสอบถามควบคุมตนเอง ผู้วิจัยปรับจากพัชรี ดวงจันทร์ (2553) ที่ได้สร้างแบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และแบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 โดยผู้วิจัยปรับเป็นแบบวัดการควบคุมตนเอง ที่มีลักษณะเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด”

ตัวอย่างแบบสอบถามแบบวัดการควบคุมตนเอง

(0) ฉันทควบคุมตนเองให้ลดการกินอาหารทอด เช่น ก๋วยเตี๋ยวทอด มันทอด ข้าวเกรียบ ได้

1 () น้อยที่สุด 2 () น้อย 3 () ปานกลาง

4 () มาก 5 () มากที่สุด

4.2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยปรับจากสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ที่ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 โดยผู้วิจัยปรับเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “ไม่เลย”

ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

(0) ฉันทมั่นใจว่าฉันสามารถหาวิธีลดความเครียดได้ด้วยตนเอง

1 () ไม่เลย 2 () น้อย 3 () ค่อนข้างมาก

4 () มาก 5 () มากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนจากคำตอบทั้ง 5 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบ ในแต่ละข้อคำถาม มีทั้งคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าตอบ "6-7วัน/สัปดาห์" หรือ "มากที่สุด" ในคำถามเชิงบวกจะได้ 5 คะแนนและลดลงตามลำดับจนถึง "ไม่ได้ปฏิบัติเลย" "น้อยที่สุด" หรือ "ไม่เลย" จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่า แสดงถึงการดูแลสุขภาพภาพตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

4.2.5 การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเอง(Self-efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-control) และการดูแลตนเอง (Self-care) เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้มีการตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาและการสร้างเครื่องมือวัด จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีคุณภาพคือ ข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (Rovinelli; & Hambleton. 1977) โดยข้อคำถามครั้งนี้มีค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.20-0.80 กับคะแนนรายฉบับ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .82 .86 และ .70 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นสูง (Nunnally. 1978) สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (สุภาวงศ์ จันทวานิช. 2555) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การใช้แนวคิดทฤษฎีและสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสร้างความรู้ที่ได้ตามวิธีการอุปนัย ซึ่งเป็นการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมหรือข้อเท็จจริงที่รวบรวมได้จากการวิจัยมาสรุปเป็นความรู้ ความคิดสู่ข้อสรุปที่เป็นแนวคิดทฤษฎี ผู้วิจัยจึงต้องมีความรู้ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาวิจัย เพื่อให้เป็นกรอบกว้างๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยในการวางแผนการเก็บข้อมูล ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดแง่มุมการมองปัญหาและนำทฤษฎีมาใช้พิจารณาว่าข้อสรุปที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีใด แนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น แนวคิด PRECEDE Model เป็นต้น

ขั้นที่ 2 การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้มั่นใจได้ในความเชื่อถือได้ของข้อมูลว่าข้อมูลมีความครบถ้วนหรือยัง ข้อมูลอยู่ในระดับที่จะนำมาวิเคราะห์ได้หรือไม่ และตอบปัญหาการวิจัยได้หรือยัง

1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการตรวจสอบโดยนำข้อมูลที่รวบรวมจากผู้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data triangulation) ข้อมูลด้านบริบทชุมชนและการดำเนินงานในด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ แหล่งปฐมภูมิ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล คือ สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ แหล่งทุติยภูมิคือเอกสารการปฏิบัติงานซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ส่วนแนวทางการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพะดีได้จากแหล่งปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากทุกแหล่งว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไรก็ตาม นอกจากนั้นยังทำการตรวจสอบโดยใช้การสอบทานข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบ (Member check) โดยหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยทำการถอดเทปและส่งให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาตรวจสอบคำให้สัมภาษณ์ของผู้วิจัยว่าถูกต้องหรือไม่ หากการถอดคำสัมภาษณ์ไม่ตรงหรือมีความบิดเบือนจากที่ใช้สัมภาษณ์จะได้ทำการปรับแก้ให้ถูกต้อง

2) การตรวจสอบเพื่อดูความครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณาว่าข้อมูลที่เก็บมาได้ด้วยการสัมภาษณ์และการศึกษาจากเอกสารมีเนื้อหาสาระเพียงพอที่จะตอบปัญหาการวิจัยหรือยัง โดยมีการตรวจสอบข้อมูลตลอดในช่วงของการทำวิจัย

ขั้นที่ 3 การจดบันทึกและการทำดัชนีข้อมูล ผู้ศึกษายึดหลักของไมล์และฮูเบอร์แมน (ชายโพธิสิตา. 2554: 337-350; อ้างอิงจาก Miles; & Huberman. 1994) มีวิธีการดำเนินการดังนี้

5.1.1 การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) เป็นกระบวนการคัดเลือกการทำให้ข้อมูลอยู่ในรูปที่เข้าใจง่าย ย่อความ และแปลงข้อมูลดิบให้พร้อมสำหรับนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป โดยจัดระเบียบข้อมูลทางกายภาพของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรัง เมื่อได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจึงถอดข้อมูลจากเทปบันทึกเสียง การจดบันทึก แล้วนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ทางกายภาพเพื่อความสะดวกต่อการค้นหา ซึ่งกระบวนการนี้เป็นการทอนข้อมูลให้เล็กลง (Data reduction) สะดวกต่อการวิเคราะห์โดยยึดตามกรอบแนวคิดในการศึกษาโดยใช้วิธีการกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) เป็นตัวเลขแทนความหมายต่างๆ หลังจากนั้นเป็นขั้นตอนของการค้นหาความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความนั้นๆ ที่ตรงประเด็นที่เราต้องการศึกษา และเพื่อให้สะดวกต่อการตรวจสอบข้อมูลว่าครบถ้วนและเพียงพอหรือไม่

5.1.2 การแสดงข้อมูล (Data display) เป็นการนำเอาหน่วยข้อมูลที่เราแตกออกมาเป็นส่วนย่อยๆ และให้รหัสข้อมูลเรียบร้อยแล้วมาจัดกลุ่มเข้าด้วยกัน (Reassembling) เป็นกลุ่มๆ โดยใช้ประเด็นหรือหัวข้อการวิเคราะห์ (Themes) ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เพื่อการจัดกลุ่มข้อมูล แต่ก็มีมีการปรับปรุงประเด็นตามข้อมูลที่ได้เจอเสมอ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้ง่ายต่อสื่อสารให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย และเพื่อสะดวกในการอ่านเพื่อหาความหมายและหาข้อสรุปต่อไป

5.1.3 การหาข้อสรุป ผู้วิจัยตีความและตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย (Conclusion, interpretation and verification) ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการหาข้อสรุปและการตีความหมายของผลข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบว่าข้อสรุป/ความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือเพียงใด โดยเขียนประโยคซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นลักษณะหรือความเชื่อมโยงของข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อสรุปชั่วคราวแล้วกำจัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป

ขั้นที่ 4 การสร้างบทสรุป ในขั้นนี้ผู้วิจัยนำข้อสรุปย่อยๆ มาเชื่อมโยงเพื่อให้เป็นบทสรุปซึ่งตอบปัญหาของการวิจัย โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อสรุปย่อยๆ เข้าด้วยกัน แล้วนำไปเขียนรายงานการวิจัย

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ในช่วงการทดลองในกิจกรรมครั้งที่ 2 และ 3 ของการวิจัยครั้งนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลบางเกลือ ตามแนวทางที่ผู้ร่วมวิจัยสร้างขึ้นมา มีการประเมินผลการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ โดยใช้แบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม

เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-control) และการดูแลตนเอง (Self-care) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

5.2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด โดยหาค่าเฉลี่ย

5.2.2 วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2.3 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test

ส่วนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและการสัมภาษณ์กลุ่ม ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนตำบลบางเกลือซึ่งเป็นที่รู้จักของคนทั่วไปในชุมชน การนำข้อมูลไปใช้ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่ารวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นโดยในรายงานการวิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อจริง รวมทั้งสถานที่ปฏิบัติงานหรือสถานที่อยู่อาศัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำหนังสืออธิบายและข้อความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ การตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลที่เปิดเผย การตรวจความถูกต้องของข้อมูลที่ให้นักวิจัยก่อนการวิเคราะห์และพิมพ์เผยแพร่สู่สาธารณะ ตลอดจนการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ การขอให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบของผู้ถูกวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจนเข้าใจและให้เวลาในการทบทวนก่อนตัดสินใจตอบคำถาม พร้อมทั้งชี้แจงว่าผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น รวมทั้งการขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลข SWUEC/E-241/2558

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริงในชุมชนที่ทำการศึกษา และอาศัยความร่วมมือของตัวผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ให้ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งตามลักษณะของข้อมูล คือข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้นการนำเสนอผลการผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริบทชุมชน

ส่วนที่ 2 ปัจจัย/สาเหตุที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพตามทฤษฎี PRECEDE Model

ส่วนที่ 3 การเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยและจัดทำร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน

ส่วนที่ 1 การสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตอนที่ 3 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ

ตอนที่ 1 ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริบทชุมชน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชนบางเกลือ

จากการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ชุมชนบางเกลือตั้งอยู่ในอำเภอบางปะกง มีจำนวน 7 หมู่บ้าน เส้นทางเข้าสู่ชุมชนเป็นทางแยกออกมาจากถนนบางนา-ตราด เป็นแหล่งซื้อขายอาหาร ทั้งอาหารสดเช่น เนื้อหมู ปลา ขนมหวาน ขนมปังและอาหารปรุงสำเร็จ เช่น แกงถุง ยำต่างๆ เป็นต้น ตลาดแห่งนี้แหล่งค้าขายดั้งเดิมของชุมชนโดยเปิดให้ผู้คนได้จับจ่ายซื้ออาหารเพื่อการบริโภคตั้งแต่เช้าตรู่จนถึงพลบค่ำ และยังมีร้านสะดวกซื้อที่เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 5 แห่ง จึงทำให้มีรถและผู้คนจำนวนมากที่สัญจรผ่านบริเวณนี้และเข้ามาซื้อขายอาหารกันตลอดเวลา เมื่อเดินทางเข้ามาตามถนนในชุมชนซึ่งเป็นถนนลาดยางจะพบโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 2 แห่ง ผลិតอุปกรณ์ดับเพลิงและผลิตของเล่นเด็ก เป็น

แหล่งประกอบอาชีพของคนวัยทำงานในชุมชน และพื้นที่ใกล้เคียงโดยมีชีวิตการทำงานเป็นกะกลางคืนหรือกลางวันและมีการทำงานล่วงเวลามีวันหยุดเพียง 1 วันในหนึ่งสัปดาห์ การเดินทางด้วยรถยนต์ถือเป็น การสัญจรที่มีความสะดวก รวดเร็วอย่างหนึ่งของชุมชน เมื่อเดินทางเข้ามาถึงในพื้นที่ของใจกลางชุมชน ภาพที่ผู้วิจัยเห็นจนชินตาของที่นี่ก็คือบ่อปลา บ่อกุ้ง ซึ่งคนในชุมชนจะพูดว่า”ลือคปลา” ”ลือคกุ้ง” ก็จะเห็นผู้เลี้ยงปลา-กุ้ง เดินให้อาหารและสับต้นหญ้าอยู่รอบบ่อในช่วงเช้าและช่วงบ่าย ปลาที่นิยมเลี้ยงกันก็คือปลาสลิดและปลานิล โดยมีการใช้อาหารที่อยู่ในธรรมชาติคือต้นหญ้าร่วมกับการใช้อาหารเม็ดปลาในการเลี้ยง ซึ่งถือได้ว่าการเลี้ยงปลาเป็นอาชีพหลักของคนในชุมชนแห่งนี้ จึงมีการเปลี่ยนแปลงพื้นดินที่ใช้ในการปลูกข้าวทางการเกษตร เพื่อมาทำอาชีพทางการประมง อีกทั้งยังเป็นแหล่งอาหารหลักที่หาได้ง่ายในการบริโภคของผู้คนในชุมชน แหล่งน้ำที่สำคัญในชุมชนคือ แม่น้ำบางปะกงและคลองซอยต่างๆ ซึ่งเป็นคลองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและลำคลองที่เป็นการขุดเพื่อการเกษตร ที่ริมคลองเล็กๆ ในแหล่งชุมชน มีการปลูกบ้านเรือนสำหรับอยู่อาศัย บางส่วนจะมีบ้านเรือนที่อยู่ติดกันหนาแน่น ทำให้การสัญจรต้องใช้ถนนปูนเล็กๆ ลัดเลาะไปตามลำคลอง ซึ่งคนที่อาศัยในบริเวณนี้ต้องใช้การสัญจรด้วยการเดินและการใช้มอเตอร์ไซด์ ส่วนการเดินทางโดยทั่วไปของชุมชนนั้น ใช้ทั้งการเดินทางโดยมอเตอร์ไซด์และรถยนต์ ส่วนในคลองธรรมชาตินั้นบางส่วนยังคงหลงเหลือการเดินทางแบบวิถีเดิมๆ ให้เห็นอยู่บ้างคือการเดินทางด้วยเรือพายและ เรือเครื่อง ซึ่งสังเกตได้จากสะพานที่ใช้สำหรับข้ามคลอง ยังมีลักษณะที่โค้งสูงกว่าปกติจากการสังเกตวิถีการดำเนินชีวิตทางด้านการกิน นั้นพบว่าประชาชนยังมีการหาปลาตามธรรมชาติเพื่อมารับประทานด้วยวิธีการ ยกยอ ทอดแห และการปลูกผักและผลไม้ไว้รับประทานเองเช่น กระเพรา ผักคะน้า กัวยาวและมะม่วง เป็นต้น ส่วนการออกกำลังกายในชุมชนที่นอกเหนือจากการประกอบอาชีพนั้น ได้พบกลุ่มที่มีการเดินแอโรบิค ที่วัดลาดยาวที่ประชาชนในชุมชนประมาณ 10 คน ที่มาร่วมกันออกกำลังกาย ในส่วนของสถานที่ที่ใช้ในการออกกำลังกายเป็นพื้นที่ว่างของสนามโรงเรียน และวัดในชุมชน

สถานที่สำคัญอีกแห่งหนึ่งเมื่อเดินเข้ามาในชุมชนแห่งนี้ที่เป็นศูนย์รวมใจในการประกอบกิจกรรมทางศาสนา และเป็นศูนย์รวมกิจกรรมสำคัญๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนส่วนใหญ่ก็จะมาใช้พื้นที่ของวัดในการรวมตัวกันในการปฏิบัติกิจกรรม เช่นการอบรมของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ วัดบางเกลือ และวัดลาดยาว ผู้คนในชุมชนบางเกลื่อนับถือศาสนาพุทธเป็นหลักและมีการเข้าร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนาทุกวันพระ และวันสำคัญทางศาสนาอื่นๆ จำนวนมาก และทั้ง 2 วัดนี้ก็ยังเป็นที่ตั้งของโรงเรียนซึ่งเป็นสถานศึกษาที่คนในชุมชนยังนิยมส่งลูกหลานเข้าเรียนอยู่จำนวนมาก

วัฒนธรรมของชุมชนบางเกลือ ที่น่าสนใจอีกอย่างก็คือชุมชนแห่งนี้ประชาชนส่วนหนึ่ง สืบทอดเชื้อสาย มาจากมอญจึงยังหลงเหลือวัฒนธรรมให้เห็นอยู่บ้าง ในเรื่องการสร้างที่อยู่อาศัย มีการปลูกบ้านเรือน ชิดติดกันโดยรอบๆ ก็จะเป็นบ้านญาติ พี่น้องกัน จนสามารถเดินในระยะ 2 -3 ก้าว ก็ไปถึงกันได้ ด้านภาษาก็ยังคงใช้ภาษามอญในผู้สูงอายุ ส่วนคนรุ่นลูกหลานได้รับการถ่ายทอดและพูดได้เป็นคำๆ

แต่ไม่ได้ใช้เพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ด้านการแต่งกายแบบมอญ ยังมีให้เห็นอยู่ในช่วงเทศกาลงานบุญใหญ่ๆ เช่น วันสงกรานต์จะเห็นผู้ชายใส่ผ้าสร้อย มีผ้าพาดบ่าหรือผูกเอว ส่วนผู้หญิงก็นุ่งผ้าถุงมีผ้าคล้องคอด้านศิลปวัฒนธรรมที่มองเห็นมีความแตกต่างจากที่อื่นก็คือ การมีเสาหงส์ ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของชาวมอญที่ให้ความหมายแสดงถึงชีวิต จิตใจของชาวมอญที่มีความผูกพันอยู่กับพระพุทธศาสนา จะตั้งตระหง่านอยู่หน้าโบสถ์ จำนวน 2 ต้น ทำให้ทราบว่านี่คือวัดมอญ และสิ่งที่จะเกิดควบคู่กับเสาหงส์ก็คือ "ธงตะขาบ" ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้ จะใช้ร่วมกันในงานบุญวันสงกรานต์ โดยนำธงตะขาบขึ้นไปแขวนบนเสาหงส์ เพื่อเป็นการแสดงถึงการบูชาพระพุทธเจ้า โดยตะขาบในความหมายของคนมอญก็คือ การเป็นสัตว์ที่มีลำตัวยาว มีเท้ามากมีเขี้ยวเล็บต่อสู้ศัตรูได้เหมือนกับคนมอญ และมีความหมายทางปริศนาธรรมเช่น หนวดคือสติสัมปชัญญะ หางคือขันติ ตาคือความกตัญญู เป็นต้น ส่วนด้านวัฒนธรรมทางด้านการกิน คนมอญจะนิยมกินแกงส้มผักที่ใช้ปลาล้างและลูกกะลอตที่มีรสเปรี้ยวเป็นส่วนผสม นิยมรับประทานผักที่มียางเช่น ผักปัง และไม่ชอบรับประทานอาหารที่ส่วนผสมของกะทิ การรับประทานอาหารดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ยังคงวิถีการกินรูปแบบมอญมีสุขภาพแข็งแรง

สถานบริการด้านสุขภาพ ในชุมชนเป็นที่ตั้งของสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนในชุมชน และให้การรักษาโรคทั่วไป และมีคลินิกที่ให้บริการสำหรับประชาชนที่เป็นโรคเรื้อรังวิถีชีวิตของคนในชุมชนจึงผูกพันร่วมกัน บ้าน วัด โรงเรียนและสถานีอนามัยด้วยการเอื้อเฟื้อและพึ่งพาซึ่งกันและกัน และอีกหน่วยงานหนึ่งที่มี การทำงานร่วมกันและใกล้ชิดกับคนในชุมชนในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม งบประมาณที่ใช้ในการจัดสาธารณูปโภคต่างๆ ให้แก่ชุมชนก็คือองค์การบริหารส่วนตำบลบางเกลือ ซึ่งตั้งอยู่ในละแวกเดียวกัน ผู้วิจัยสังเกตเห็นถึงความร่วมมือกันในชุมชนที่มีให้แก่กัน ทั้งการแบ่งปันผัก ปลาที่มีอยู่ การประสานงานกันในการจัดกิจกรรมของวัดและสถานีอนามัย และการให้ความร่วมมือในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของชุมชนในทุกๆ กิจกรรมจนเรียกได้ว่า เป็นชุมชนต้นแบบให้กับอีกหลายๆ ชุมชนในอำเภอบางปะกง สิ่งแวดล้อม และการดูแลต่างๆ เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกันในการส่งเสริมการดูแลจัดการสุขภาพของคนที่ย้ายอยู่ในชุมชนแห่งนี้ จึงพบว่าผู้สูงอายุจำนวนพอสมควร ที่มีสุขภาพดีช่วยเหลือตัวเองได้และไม่มีโรคเรื้อรังและมีการปฏิบัติตัวในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองสิ่งเหล่านี้ล้วนมีสาเหตุหลายประการ ที่เอื้อให้เขาดูแลสุขภาพตนเองได้ และส่งเสริมให้คนเหล่านี้ มีการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง และมีความเชื่อมโยงสอดคล้องเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน

1.2 สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบางเกลือ

1.2.1 ข้อมูลทางระบาดวิทยาของชุมชนบางเกลือ

การศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา จากเอกสารและฐานข้อมูลของสถานีอนามัยบางเกลือ พบข้อมูลของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ ที่ได้จากการตรวจสุขภาพคนในชุมชนตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.2558-2560

พ.ศ.	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (คน)	โรคความดันโลหิตสูง			โรคเบาหวาน		
		กลุ่มเสี่ยงฯ (คน / ร้อยละ ของประชากร)	ผู้ป่วย (คน / ร้อยละ ของประชากร)	ผู้ป่วย รายใหม่ (คน/ปี)	กลุ่มเสี่ยงฯ (คน/ร้อยละ ของประชากร)	ผู้ป่วย (คน/ร้อยละ ของประชากร)	ผู้ป่วย รายใหม่ (คน/ปี)
2558	4,122	337 (8.18)	494 (11.98)	7	101 (2.45)	198 (4.80)	7
2559	4,022	342 (8.50)	512 (12.73)	3	98 (2.44)	196 (4.87)	4
2560	4,177	328 (7.85)	417 (9.98)	3	104 (2.49)	161 (3.85)	5

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในปี พ.ศ.2558 พบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 8.18 ปี พ.ศ.2560 มีพบร้อยละ 7.85 และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ.2558 พบร้อยละ 2.45 ปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 2.49 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของประชาชนนั้นยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เช่น ไขมันสูง ระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดยังสูงกว่ามาตรฐาน มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น (สถานีอนามัยตำบลบางเกลือ ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ. 2560)

ผลกระทบที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับประชาชนในชุมชนคือ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต) ซึ่งต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและยาวนาน จำนวน 7 คน และมีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีกิจกรรมอยู่ติดบ้าน จำนวน 31 คน (ฐานข้อมูลสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ. 2560) ที่เป็นภาระให้ครอบครัวและชุมชนต้องให้การดูแล

“เมื่อก่อนนโยบายเรายังไม่มีการคัดกรองอย่างจริงจัง ตอนนี้อย่างที่เราเริ่มคัดกรองในเรื่องของความดัน เบาหวาน เราถูกไปคัดกรองมากขึ้น” (เจ้าหน้าที่)

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งที่มีผลกระทบกับสถิติของการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจาก นโยบายเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุขในการคัดกรองเพื่อการค้นหากลุ่มเป้าหมายและการหาแนวทางการแก้ไข ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

ส่วนที่ 2 ปัจจัย/สาเหตุที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพตามทฤษฎี PRECEDE MODEL

การศึกษาแนวทางการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ดีนั้น ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัย ร่วมกันศึกษาสาเหตุที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนบางเกลือ โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทางการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้โดยการสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอบางปะกง เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ และผู้รับผิดชอบของตำบลบางเกลือ เป็นการสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจง และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางเกลือมานานเกิน 30 ปี เพื่อค้นหาสาเหตุต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก ตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 14 คน รายละเอียด ดังตาราง 7

ตาราง 7 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ที่	นาม สมมติ	อายุ (ปี)	การศึกษา	ภูมิลำเนา	สถานะทางสุขภาพ	โรค ประจำตัว
1	นาง ก.	72	ป.4	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
2	นางข.	82	ป.4	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
3	น.ส.ค.	63	ป.4	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
4	นาย ง.	80	อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้	ต.บางสมัคร	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
5	นาง จ.	83	ป.1 อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
6	นาง ฉ.	70	อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
7	นาง ช.	63	ป.4	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
8	นาย ซ.	87	ป.4	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
9	น.ส. ฅ.	64	ป.4	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
10	นาง ฎ.	63	เทียบเท่า ปริญญาตรี	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
11	นาง ฏ.	64	ป.4	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
12	นาง ฐ.	64	อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
13	นาย ฑ.	84	ป.3	บ้านลาดยาว	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี
14	นาง ท.	74	ป.4	ต.บางเกลือ	ช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายแข็งแรง	ไม่มี

จากตาราง 7 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประเด็นที่สำคัญในการผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key- informants) คือ การไม่เจ็บป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใดๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ และอยู่ในชุมชนแห่งนี้เป็นเวลามากกว่า 30 ปี เพื่อมาอธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้นามสมมติทั้งหมด ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงจำนวน

11คน มีอายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี การศึกษาจบชั้น ป.4 ภูมิลำเนาอยู่ที่ตำบลบางเกลือตั้งแต่เกิดกับครอบครัว ทุกคน มีร่างกายแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยได้สรุปร่วมกันจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น ว่ามีสาเหตุใดบ้างที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมและสนับสนุนให้พวกเขาสามารถจัดการสุขภาพตนเอง จนทำให้การดูแลสุขภาพมีความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลรวมที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

2.1 สาเหตุนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สาเหตุนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลให้พฤติกรรมมีความคงทนและสม่ำเสมอ ดังนี้

1) **แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ต่อเนื่องจนปัจจุบัน พบว่ามีแรงจูงใจทางบวกคือ มีความต้องการ เช่น อยากมีสุขภาพแข็งแรง ไม่อยากเป็นภาระและอยากดูแลคนในครอบครัว จึงส่งผลให้มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองทั้งด้าน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายด้วยตนเองสม่ำเสมอ และมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยาเรื่องแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) (มุกดา ศรียงค์และคณะ. 2559) ที่เกิดจากความต้องการภายใน ที่เป็นแรงผลักดันที่เกิดจากภายในของบุคคล ที่ทำให้คนเราสามารถทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ความต้องการ เจตคติ เป็นต้น

"สุขภาพดีของป้าคือตั้งใจว่าจะดูแลตัวเอง ไม่ต้องเป็นภาระใครในครอบครัว กินอยู่ที่ต้องระมัดระวัง" (นาง ก)

"เรื่องสวยงามไม่ยอมแพ้ ในวัยเดียวกันเราไม่ยอม" (นาง ฎ)

"ฉันต้องไม่ป่วย ต้องแข็งแรง เพราะต้องดูแลน้องชาย" "(น.ส. ฉ)

2) **เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง มีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพตนเองและมีความมุ่งมั่นที่จะทำพฤติกรรมสุขภาพตนเองอยู่เสมอ และมีความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกและมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เคร่งเครียด มีความสนุกสนาน และมีประโยชน์ สอดคล้องกับแนวคิดของ แมกไกว (McGuire.1985) ที่เป็นคุณลักษณะภายในตัวของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยมีความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเหล่านั้น

“คนเราอยู่เฉยๆ มากๆ แล้วไม่ทำอะไรเลย เหมือนกิ่งอลงเยะอะ” (นาย ช)

“...ทำแล้วก็สบาย ร่างกายแข็งแรงใจคอก็ดี ไม่งั้นจะหงุดหงิด” (น.ส. ค)

“การมีกิจกรรมที่สนุกสนาน ร่วมกับการเรียนรู้ทำให้เขามาเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น”(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการถอดประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สาเหตุที่สำคัญก็คือพวกเขามีความสามารถที่จะเลือกชนิดของอาหารในการรับประทานและวิธีการปรุงอาหารที่มีประโยชน์ด้วยตนเอง มีวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง และหาวิธีที่จะผ่อนคลายอารมณ์เครียดด้วยตนเอง มีการดำรงตนเป็นตัวอย่างให้กับบุคคลในครอบครัว ในการส่งผ่านการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ของแบนดูรา(1986) ที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน และมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้เกิดจากสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลด้วย โดยทั้ง 3 สิ่งมีผลซึ่งกันและกัน

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ให้ข้อมูล ผลของพฤติกรรมดังกล่าวเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมของชุมชนแห่งนี้เอื้อต่อการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ คือมีแหล่งเลี้ยงปลาจำนวนมากอยู่ในชุมชน มีแหล่งน้ำตามธรรมชาติตัดผ่านชุมชน มีพื้นที่เพียงพอในการปลูกผัก ผลไม้ไว้รับประทานเองในครอบครัวเป็นสิ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ “อ้อ..ที่นี่เลี้ยงปลาเยอะ...แถวนี้ปลาเยอะก็กินแต่ปลา” (นาง ก)

“ที่บ้านปลูกไว้กินเอง ผัก กระเพรา มะม่วง ใครอยากกินก็มาเด็ดเอา ไม่หวง” (นาย ช)

อีกประการหนึ่งที่มีความสำคัญ คือการที่พวกเขายังคงดำรงวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลเกิดจากการเรียนรู้ คือ

1. การประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการนำวิธีที่เหมาะสมมาใช้ในการดูแลตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เช่น การเรียนรู้ด้วยตนเองในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยดูจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกายในการที่พวกเขาไม่เกิดโรคเรื้อรังใดๆ

“ไม่มีหรอก สมัยก่อนจะไปเอาความรู้ที่ไหน ก็ต่างคนต่างทำ ต่างคนต่างกิน ไม่รู้ว่ามันดีปลาผักนะ มันเป็นไปโดยอัตโนมัติของมันเองไม่มีใครบอก เรียนรู้ด้วยตนเองทั้งนั้นเลย ดูจากร่างกายตัวเอง ว่ามันแข็งแรงดี” (นาง ก)

“ทำได้ก็ทำมันทุกอย่างร่างกาย เราคิดว่าถ้าเราไม่ทำมันก็เป็นโน่นเป็นนี่ใช่ไหม แชน ซา เส้น มันจะยึด” (น.ส. ฎ)

“เราหาอะไรทำให้เพลินๆ เราจะได้ไม่ต้องคิดอะไรมาก” (นาย ซ)

2. การใช้ตัวแบบ (Model) จากบุคคลในครอบครัวคือพ่อแม่ และเพื่อนที่ประสบความสำเร็จ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ในด้านการประกอบอาหารรับประทานเอง การออกกำลังกายผ่านการประกอบ อาชีพ และการลดความเครียดด้วยวิธีการของตนเอง

“ก็กินแบบธรรมชาติเก็บผัก หาปลาอย่างที่แม่ทำให้กิน” (นาง ก)

“เรื่องสวยงามไม่ยอมแพ้ ในวัยเดียวกันเราไม่ยอม เห็นเพื่อนสวย หุ่นดี เราต้องทำได้”

(นาง ฎ)

3) การควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ของสกินเนอร์ (Skinner, 1953) ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะถูกควบคุมด้วยเงื่อนไขและ ผลกรรม นั่นคือถ้าเงื่อนไขเปลี่ยนแปลง หรือผลกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย เงื่อนไขของการควบคุมตนเองนั้น บุคคลจะเป็นผู้จัดการเงื่อนไขและผลกรรมด้วยตนเอง แทนที่บุคคล อื่นจะเป็นผู้จัดการให้

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในเรื่องการควบคุมตนเองในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น มีการเรียนรู้ การควบคุมตนเอง เป็นผู้จัดการเงื่อนไข และผลกรรมด้วยตนเอง โดยไม่ใช่บุคคลอื่นเป็นผู้จัดการให้ ด้วยวิธีการหลีกเลี่ยง การแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้อาจได้รับผลกระทบทางบวกโดยทันที เพื่อจะไม่ได้รับ ผลกระทบทางลบในอนาคต เช่น การรับประทานอาหารที่พอดีไม่มากเกินไป จนเกิดความอ้วน ออกกำลังกาย ทุกวันแล้วแข็งแรงไม่พิการ

“เวลากินอะไร กินให้มันพอดี กินน้ำแล้วพอดี คนสมัยนี้มันกินเกินพอดี ถึงอ้วนกันอย่างงี้”

(นาย ซ)

สาเหตุที่ส่งผลให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีการควบคุมตนเองที่ดี พบว่า เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ โดยได้รับข้อมูลย้อนกลับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอย่าง สม่ำเสมอทั้งด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับการมีการ ควบคุมความเครียดได้ด้วยตนเองนั้น ผลการตรวจผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่ามีผลระดับความดันโลหิต ปกติ ไม่เป็นโรคเบาหวาน จึงทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจน้อยลง การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพนั้น

ผู้สูงอายุสามารถควบคุมตนเองให้มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ มีความตระหนักจากผลลัพธ์ที่เกิดกับสุขภาพของตนเอง

"หมอบอกว่าแข็งแรงดี ไม่มีโรคอะไร ปกติทุกอย่าง" (นาง ก)

"เดินไปแกว่งแขนแกว่งขา กระโดดโลดเต้นแล้วเราก็อสบาย ทำได้ทุกวัน" (น.ส. ฎ)

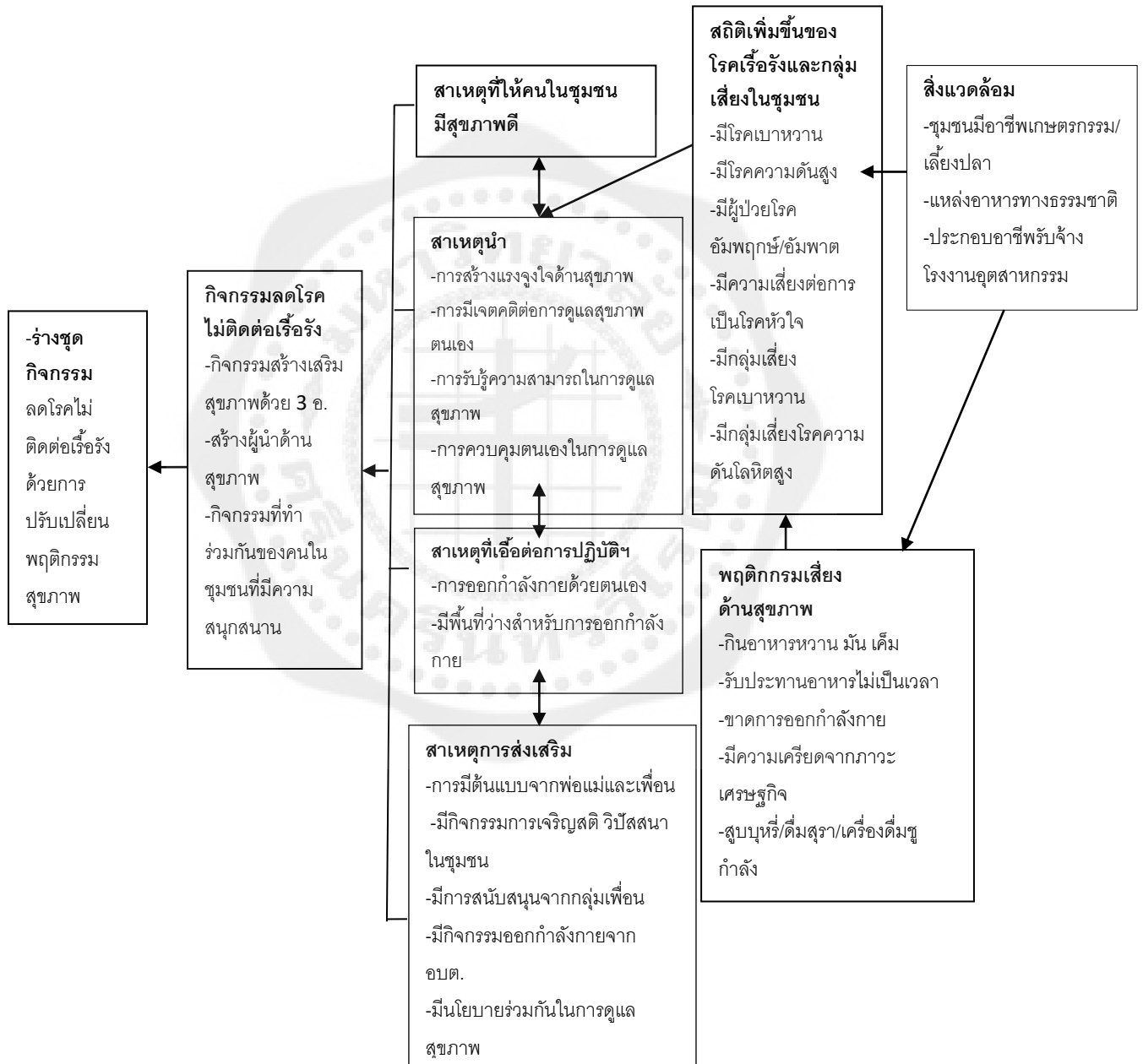
4.กลุ่มเพื่อน (Socail) เป็นเทคนิคที่มีความสำคัญของประชาชนในชุมชนแห่งนี้ ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนพบว่า การรวมกลุ่มพูดคุยกันอยู่เสมอ ที่บริเวณร้านค้าในชุมชน หน้าสถานีอนามัย และบริเวณศาลาพักผ่อนที่วัดของหมู่บ้าน ในช่วงเวลาเย็นเพื่อพูดคุยกันในเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชนทั้งเรื่องทั่วไปและเรื่องของสุขภาพ และจากการบอกกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า กลุ่มพวกนี้มีความสำคัญในการพูดคุย หรือการแลกเปลี่ยนเรื่องราวต่างๆ ซึ่งกันและกัน และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีข้อเสนอแนะประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมที่มีความสำเร็จสูงมีกิจกรรมการจัดการอบรมการลดน้ำหนักที่ได้ผลคือ การมีคู่มือในการตักเตือนกัน กลุ่มเพื่อนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

"ก็คุยกับเพื่อนๆ บอกแกกินอย่างนี้ไม่ได้นะ ซอบคุยกิน หรือว่าไปร่วมกับหน่วยงานถ้าเขามีกิจกรรมเราก็ไปร่วมกับเค้า"(นาง ญ)

"การจัดเป็นคู่มือ ในการลดน้ำหนัก ทำให้เขาคอยเตือนกันมากขึ้นยิ่งถ้ามีเงินรางวัลด้วยละก็แข่งกันดีมาก ให้ทำคนเดียวไม่ค่อยประสบความสำเร็จ" (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

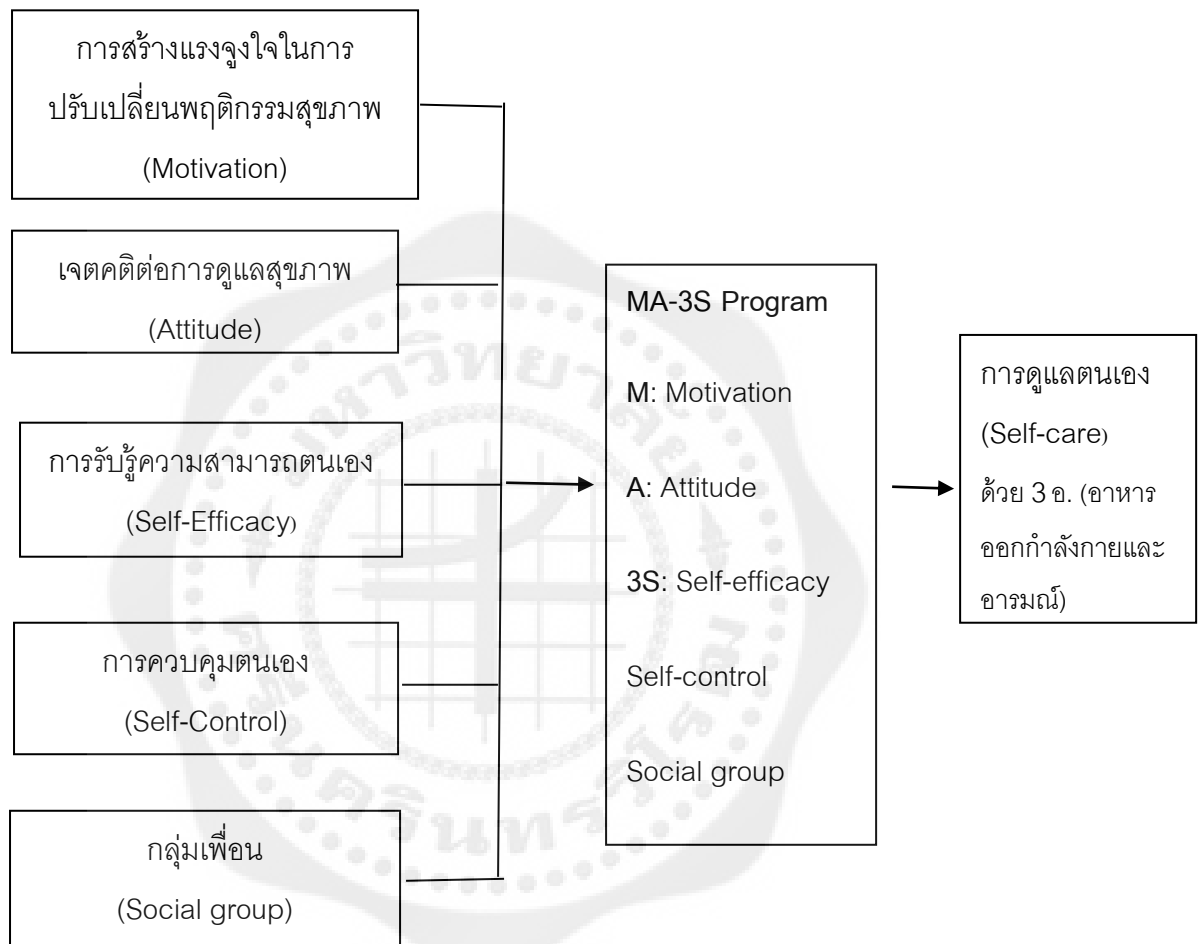
จากข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาบริบทชุมชน และถอดประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก็พบว่าการที่จะมีสุขภาพที่ดีนั้น ต้องมีสาเหตุต่างๆ มีการสนับสนุนจากสิ่งรอบตัว จากผู้อื่น หรือสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของตนเอง ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ให้ชัดเจนตามแนวทางของสาเหตุที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Model ดังนี้

ขั้นที่ 5 การดำเนินงาน	ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ทางการบริหาร	ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ทางการศึกษา	ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา	ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม
-ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยทำFocus group เพื่อค้นหากิจกรรมที่เหมาะสม	-ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัย ร่วมสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ	-ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลสถิติและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	-ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัย ร่วมกันรวบรวมข้อมูล



ภาพประกอบ 12 ภาพรวมของระยะที่ 1 การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อการวางแผนการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PRECEDE Model (ขั้นที่ 1-5)

ผู้วิจัยร่วมค้นหาสาเหตุที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ด้วยความถี่ของการตอบของผู้ให้ข้อมูล มีการสอบถามย้อนกลับถึงสิ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และร่วมกันวิเคราะห์กับผู้ร่วมวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป



ภาพประกอบ 13 สาเหตุหลักของการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของชุมชนบางเกลือ ด้วย MA-3S Bangklu Program

สาเหตุที่ปรากฏในภาพประกอบ 13 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำมาร่างกิจกรรม ทั้งขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์การใช้ และแบบประเมินที่ใช้ในการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

ส่วนที่ 3 การเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยและร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ

3.1 การเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย

การเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ นักปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และตัวแทนประชาชนทั่วไป รวมผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยจัดการประชุม วันที่ 12 กันยายน 2559 เวลา 9.00-15.30 น. ที่ห้องประชุมสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ เพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย บทบาทการเป็นผู้ร่วมวิจัยในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ในการสร้างความตระหนักร่วมกันถึงปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นผู้วิจัยใช้รูปแบบของการสนทนากลุ่ม เพื่อให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นโดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ร่วมกันรับรู้สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับประเทศ และของชุมชนบางเกลือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข

กิจกรรมที่ 2 ร่วมกันตั้งเป้าหมายทางด้านสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

กิจกรรมที่ 3 ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นร่วมของเป้าหมายทางด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 4 ร่วมสร้างแนวทางการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยนำเสนอบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัย จากกิจกรรมดังกล่าวสรุปผลของกิจกรรมได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การนำเสนอสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับประเทศ และของชุมชนบางเกลือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่า สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัญหาทั้งระดับประเทศ และในชุมชนของตนเองโดยให้ข้อมูลสนับสนุนร่วมกันถึงการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานีอนามัยตำบลบางเกลือ มีผู้ที่เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเพิ่มขึ้นในชุมชน และการตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนในชุมชน พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ

กิจกรรมที่ 2 ร่วมกันตั้งเป้าหมายทางด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ กระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็น พบว่ามีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองและครอบครัวคือต้องการให้ตนเอง และบุคคลในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคเรื้อรังทางกาย และโรคทางจิตใจ โดยใช้วิธีการออกกำลังกาย การดูแลตนเองด้านอาหาร และไม่เคร่งเครียดในการดำเนินชีวิต ส่วนจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนนั้นต้องการให้คนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง ไม่ติดสิ่งเสพติด และไม่เป็โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ด้วยการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน มีผู้นำด้านสุขภาพในการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน และต้องการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของสถานีนามัยบางเกลือมีจำนวนลดลง

กิจกรรมที่ 3 ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นร่วมของเป้าหมายทางด้านสุขภาพ โดยพบประเด็นร่วมกัน คือ คนในชุมชนมีความสุขกาย ด้วยการกินถูกวิธี มีสถานที่ออกกำลังกาย และมีความสุขใจที่เกิดมาจากการมีกิจกรรมผ่อนคลายในชุมชน

กิจกรรมที่ 4 ร่วมสร้างแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แก่กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ร่วมวิจัยจึงมีความเห็นจะร่วมกัน จัดกิจกรรมภายใต้โครงการ “สุขภาพดี ปลอดภัยด้วย 3 อ” และสร้างผู้นำด้านสุขภาพ เพื่อเป็นตัวอำนวยการดูแลสุขภาพและให้การดูแลคนในชุมชนต่อไป และนำเสนอตัวอย่างชุมชนตัวอย่างที่มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันแล้วประสบความสำเร็จ เพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในการร่วมกันหาแนวทางการดำเนินงานในชุมชนของตนเอง

กิจกรรมที่ 5 สร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัย และความเข้าใจในรูปแบบของการศึกษา ที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยการร่วมกันแสดงความคิดเห็นเชิงสร้างสรรค์ ให้เกียรติความคิดซึ่งกันและกัน และอยู่ร่วมตลอดการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.2 การร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ผู้วิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากส่วนที่ 3 ในกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้ร่วมวิจัย ได้มีส่วนร่วมในการเสนอโครงการสำหรับการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนบางเกลือ คือ "สุขภาพดี ด้วย 3 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)" และ "การสร้างผู้นำในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน" ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบางเกลือ มีเป้าหมายให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี โดยมีกิจกรรมการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ในการร่างโปรแกรมฯ มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้หากิจกรรม ทักษะการปฏิบัติและสื่ออุปกรณ์ในด้านการดูแลตนเองเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดตามแนวทางที่ได้จากการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2559 รวมทั้งแนวทางการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยผู้วิจัยวางแผนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตและการสะท้อนผลดังนี้

1) Planning: P การวางแผน

ในขั้นวางแผนนี้ผู้ร่วมวิจัยนำเสนอข้อมูลหลักที่ได้จากการบันทึกการถอดประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน และการดำเนินงานการดูแลกลุ่มเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ทั้งด้านการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เจตคติในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและการควบคุมตนเอง ในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลหลักต่อการพิจารณาการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายในร่วมกันในการร่างเนื้อหากิจกรรม ทักษะการปฏิบัติและสื่ออุปกรณ์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในเรื่องอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด และแนวทางการปฏิบัติในภาพรวมตลอดกระบวนการโดยใช้เทคนิค การทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (Before Action Reseach: BAR)

2) การปฏิบัติและการสังเกต (Action & Observe: A&O)

1) จัดการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นการแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ในการสร้างชุดกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) นำสาเหตุหลักในการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนมาเป็นข้อมูลหลักในการสร้างชุดกิจกรรม ที่ประกอบด้วยเนื้อหา ทักษะการปฏิบัติและสื่อ อุปกรณ์และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้จริงสอดคล้องกับวิถีชีวิตคนในชุมชน

3) ดำเนินการสนทนาเพื่อกระตุ้นกลุ่มให้เสนอแนวทางในด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด จนได้เป็น “ชุดกิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง”

ในการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพประจำสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และรับคำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องกิจกรรมจากนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

"การจัดกิจกรรมให้ความรู้ พี่ว่าอย่าเน้นการให้ความรู้แบบห้องเรียนนะ เป็นฐานได้ออกเดินไป เดินมาไม่่งวดดี" (อสม.)

"เรื่องกิจกรรมนะ ควรหากลองมานะ ครั้งแรกต้องให้รู้สึกประทับใจอยากมาร่วมกิจกรรมต่อเนือง"

สรุป การสนทนาร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีการเสนอแนวทางการดำเนินงาน คือ 1) ไม่เน้นเป็นการเรียนรู้แบบการจัดการเรียนการสอนแบบในห้องเรียน ควรมีการจัดการ

เรียนรู้แบบฐานความรู้ เพื่อให้เกิดความกระตือรือร้น และมีกิจกรรมสนทนาร่วมกัน 2) การใช้แรงจูงใจในการเรียนรู้ด้วยวิธีการแข่งขันระหว่างเพื่อน ระหว่างกลุ่มด้วยผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมนั้นควรมีการสอดแทรกกิจกรรมเกม จะเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 4) ควรมีรางวัลเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และ 5) ทีมผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการทำอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ร่างชุดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1) ขั้นตอนวางแผนชุดกิจกรรมก่อนลงมือปฏิบัติ จำนวน 6 ชม.(วันที่ 19 ก.ย.59)

วัตถุประสงค์ เพื่อออกแบบกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองฯ ร่วมกันจากผลการศึกษาระยะที่ 1

เทคนิคและแนวคิดที่ใช้ 1) เทคนิคการสนทนากลุ่ม 2) เทคนิคการสะท้อนผล ประกอบด้วย การทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (Before Action Reseach: BAR) และการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Reseach: AAR) เป็นแนวคิดการจัดการความรู้ (วิจารณ์ พานิช. 2552).

รายละเอียดกิจกรรม

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยนำเสนอสาเหตุของการดูแลสุขภาพตนเอง ที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. อธิบายบทบาทของผู้วิจัยในการดำเนินการสนทนา และบทบาทของผู้ร่วมวิจัยมีหน้าที่ร่วมกันแสดงความคิดเห็น โดยการใช้คำถามตามแนวทางของเทคนิค BAR และ AAR

3. นำสาเหตุหลักในการจัดกิจกรรมมาเป็นประเด็นในการคิดกิจกรรม เช่น การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างเจตคติที่ดี การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง เช่น การสร้างความรู้โดยเนื้อหายึดตามเนื้อหาหลัก 3 อ: อาหาร ออกกำลังกายและการจัดการความเครียด และการควบคุมตนเองในการนำวิธีการต่างๆ ไปปฏิบัติที่บ้าน

4. การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน AAR เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงต่อไป

สื่อ อุปกรณ์ กระดาษ ฟลิปชาร์ต-ปากาเคมี-บอร์ดมีขาตั้ง

ผลลัพธ์ที่ได้รับ ชุดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง และระยะติดตาม 2 ครั้ง

2) ขั้นตอนวางแผนกิจกรรม ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงขั้นตอนกิจกรรม ที่ส่งผลต่อการพัฒนาผลลัพธ์ให้เกิดตามสาเหตุหลักของการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน ดังนี้

ครั้งที่ 1 การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพ

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงฯ รับรู้ข้อมูลสุขภาพตนเอง

2. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง

ในการเกิดโรค

3. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงฯ มีแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แนวคิดที่ใช้ 1) ในการทำกิจกรรมกลุ่ม คือ กลุ่มสัมพันธ์

2) ในการพัฒนาผลลัพธ์

- ใช้เทคนิคการแรงจูงใจของทฤษฎีทางจิตวิทยาเรื่องแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) (มุกดา ศรีรงค์และคณะ. 2559) และเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ ของสอดคล้องกับแนวคิดของ แมกไกว (McGuire.1985)

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ของแบนดูรา (Bandura. 1986) และการควบคุมตนเอง ของ สกินเนอร์ (Skinner. 1953)

- การดูแลสุขภาพ ของ โอเรม (Orem. 1985) ด้าน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)

รายละเอียดกิจกรรม

1. สร้างความตระหนักของปัญหาจากการคัดกรองสุขภาพ

2. การตั้งรางวัลที่ตรงกับความต้องการร่วมกัน

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค

4. การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองในระยะสั้นและระยะยาว

5. กำหนดวิธีการให้ได้ตามเป้าหมาย

6. การกำหนดรางวัลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

สื่อ อุปกรณ์ - อุปกรณ์การตรวจสุขภาพเช่น เครื่องวัดความดัน สายวัด เครื่องวัดส่วนสูง

- แบบเป้าหมายเราจะเป็นดาว

- แบบฟอร์มพันธะ 7 ข้อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลลัพธ์ที่ได้รับ - มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยง

- มีการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง

ครั้งที่ 2 การติดตามผลการปฏิบัติตัวที่บ้าน

วัตถุประสงค์ สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง

เทคนิค กระบวนการกลุ่ม การสาธิต

แนวคิดที่ใช้ การรับรู้ความสามารถตนเอง -การเสริมแรงทางบวก -การดูแลสุขภาพ

รายละเอียดกิจกรรม

1.สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง

1.ใช้เทคนิค การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR)

2.นำวิธีการดูแลตนเองมานำเสนอในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3.ให้รางวัลบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

สื่อ อุปกรณ์ แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลที่ได้รับ ได้รูปแบบการดูแลตนเอง-ได้รูปแบบการเพิ่มสุขภาพ

ครั้งที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนการดูแลตนเอง

แนวคิดที่ใช้ การใช้"กลุ่มเพื่อนเป็นการชักนำการปฏิบัติ

เทคนิค-การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม -การฝึกปฏิบัติ

รายละเอียดกิจกรรม

1.สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง

2.กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ "การดูแลตนเองด้านอาหาร" แก่เพื่อนร่วมทีม

3.ติดตามผลการควบคุมตนเองเรื่องอาหาร

4.ดำเนินการควบคุมตนเองการฝึกสติกับการรับประทานอาหารที่บ้าน

5.นำเสนอผลการควบคุมตนเอง การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ปัญหาอุปสรรค และการให้

ข้อมูลย้อนกลับโดยมีการพบกันระหว่างสมาชิกโดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มเป็นผู้อำนวยการความสะดวก

อุปกรณ์-แบบบันทึกผลลัพธ์สุขภาพ

ผลที่ได้ รูปแบบการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร

ครั้งที่ 4 รูปแบบการรับประทานอาหารท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1.สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง

2.เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนการดูแลตนเองเรื่องอาหาร

3.ให้สมาชิกมีความรู้และฝึกการปฏิบัติด้านการปรุงอาหาร

แนวคิดที่ใช้

1. การทำกิจกรรม กระบวนการกลุ่ม การบรรยาย และการสาธิต
2. พัฒนาผลลัพธ์
 - 2.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง
 - 2.2 การเสริมแรงทางบวก
 - 2.3 การดูแลสุขภาพ
 - 2.4 การควบคุมตนเอง

รายละเอียดกิจกรรม

1. สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองมานำเสนอในกลุ่ม และวิธีการควบคุมตนเอง
3. ให้รางวัลบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
4. ฝึกการเลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหาร และการปรุงรส

สื่ออุปกรณ์ อุปกรณ์การปรุงอาหาร

ผลที่ได้รับ ได้รูปแบบการดูแลตนเองเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ

ครั้งที่ 5 การออกกำลังกายด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนการดูแลตนเองเรื่องอาหาร
3. เพื่อให้สมาชิกมีรูปแบบการออกกำลังกายด้วยตนเอง

แนวคิดที่ใช้ การรับรู้ความสามารถตนเอง

เทคนิค กระบวนการกลุ่ม - การอธิบาย - การสาธิต - ใช้ตัวแบบการออกกำลังกายโดยผู้นำฯ

สื่อ อุปกรณ์

- วีดีโอสาธิตการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนของ สสส.
- ฟ้าชนหนู - เพลงประกอบการออกกำลังกาย

รายละเอียดกิจกรรม

1. สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง
 2. เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนการดูแลตนเองเรื่องอาหาร
 3. สมาชิกกลุ่มนำเสนอรูปแบบการออกกำลังกายของตนเองและผลที่ได้รับ
- ผลที่ได้** รูปแบบการออกกำลังกาย อาหารด้วยตนเองที่บ้าน

ครั้งที่ 6 การจัดการความเครียดด้วยตนเอง**วัตถุประสงค์**

1. สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนการดูแลตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีรูปแบบการจัดการความเครียดด้วยตนเอง

เทคนิค กระบวนการกลุ่ม การอธิบาย การฝึกปฏิบัติ และเทคนิค AAR

แนวคิด การรับรู้ความสามารถ การเสริมแรงทางบวก การดูแลสุขภาพและการควบคุมตนเอง

รายละเอียดกิจกรรม

1. สมาชิกกลุ่มนำเสนอวิธีการดูแลตนเองมานำเสนอในกลุ่ม
2. สมาชิกนำเสนอความถี่ในการปฏิบัติและวิธีการควบคุมตนเองให้กระทำ
3. ให้รางวัลบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
4. ให้สมาชิกกลุ่มเสี่ยงระดมสมองเรื่องวิธีการจัดการความเครียดของตนเองให้มากที่สุด
5. ให้สมาชิกจัดกลุ่มการจัดการความเครียดที่สามารถทำได้และไม่สามารถทำได้
6. ฝึกการใช้การหายใจ เข้า-ออกลดความเครียด

สื่อ อุปกรณ์ เพลงประกอบการฝึกปฏิบัติ

ผลที่ได้รับ -ได้รูปแบบการดูแลตนเอง
-ได้รูปแบบการเพิ่มสุขภาพ รูปแบบการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ครั้งที่ 7-8 ระยะติดตาม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้นำทักษะการควบคุมตนเองที่ได้รับจากโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

เทคนิค กระบวนการกลุ่ม

แนวคิด การควบคุมตนเอง

รายละเอียดกิจกรรม 1. สมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเอง
2. สมาชิกนำเสนอความถี่ในการปฏิบัติและวิธีการควบคุมตนเองให้

กระทำสื่อ อุปกรณ์ แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลที่ได้รับ รูปแบบการควบคุมตนเอง

3) การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย

การสังเกตของผู้วิจัยในการมีส่วนร่วมในแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรมการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ร่วมวิจัยมีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น และยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นอย่างมีเหตุผล และมีการซักถามความคิดเห็นตลอดกระบวนการร่างโปรแกรมฯ

3. การสะท้อนผล (Reflex: R) ใช้เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) สรุปได้ดังนี้

ตาราง 8 ผลของการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review :AAR)การร่างโปรแกรมฯ

ข้อคำถาม	ทบทวนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review :AAR)
การทบทวนเป้าหมาย	คือการร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
1.เป้าหมายของการมาประชุมครั้งนี้ สิ่งที่คุณคาดหวังหรือสิ่งที่คุณคาดว่าจะได้รับจากการทำงานหรือกิจกรรมร่วมกัน คืออะไร	-ร่างกิจกรรมตามสิ่งที่ร่วมกันนำเสนอแนวทางการแก้ไขคือโครงการ"สุขภาพดี ด้วย 3 อ." และ "กิจกรรมสร้างผู้นำด้านสุขภาพ" -กิจกรรมที่ทำร่วมกันความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัย
2 เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลมากเกินไปเกินคาดเพราะอะไร	ความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัยทั้งในรูปแบบการแสดงความคิดเห็นและการจดบันทึก ตลอดการประชุมร่างกิจกรรมความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัย
3 เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลน้อยหรือไม่บรรลุผลเพราะเหตุใด	-การออกแบบวัดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากถูกจำกัดด้วยเวลาในการดำเนินกิจกรรมจึงต้องให้ผู้รับผิดชอบหลัก (จนท.สาธารณสุข) ไปร่างข้อคำถามและนำมาพบผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง -กิจกรรมในเรื่องการจัดการอารมณ์เป็นกิจกรรมที่บรรลุผลน้อยเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่หารูปแบบได้ยากในการใช้สติในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับการรับประทานอาหารและร่วมกับการออกกำลังกาย
4 สิ่งที่ได้เรียนรู้ ที่เป็นประโยชน์ที่สุดคืออะไร	- คือได้ทำงานร่วมกับบุคคลที่แตกต่างกัน แต่สามารถร่วมกันแสดงความคิดเห็นในเรื่องการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ทบทวนผลหลังกิจกรรม (After Action Review :AAR)
5 คิดจะกลับไปทำอะไรต่อ	-ผู้ร่วมวิจัยคิดว่ากลับไปจะไปทบทวนกิจกรรมที่ตนเองเคยมีประสบการณ์ร่วมในการปฏิบัติมานำเสนอพัฒนาาร่างกิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป
6 ถ้าจะมีการจัดประชุมเช่นนี้อีก มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงส่วนไหนบ้าง	-ถ้าจะมีการจัดประชุมร่างกิจกรรมด้านสุขภาพอีกครั้งจะทบทวนและจดจำสิ่งต่างๆมาก่อนเพื่อให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างราบรื่น

ตอนที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน

ส่วนที่ 1 การสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1. การวางแผน (Planning: P)

ผู้วิจัยนัดกับผู้ร่วมวิจัยที่ห้องประชุมสถานีอนามัยบางเกลือ วันที่ 9 ตุลาคม 2559 เวลา 9.00-15.00 น. ได้ทบทวนกิจกรรมที่เกิดขึ้น ในกิจกรรมการร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามโครงการที่ผู้ร่วมวิจัยได้ตั้งขึ้นคือ “สุขภาพดี ปลอดภัยด้วย 3 อ. และการสร้างผู้นำสุขภาพ” และนำข้อมูลที่ได้จากการถอดประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีสาเหตุที่สำคัญในการจัดกิจกรรม คือ การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เทคนิคการสร้างเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ การควบคุมตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อน โดยใช้เทคนิค การทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (BAR) ได้มีการนำร่างชุดกิจกรรมดังกล่าวไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบดังนี้

1) การวิพากษ์โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการปรับปรุงร่างชุดกิจกรรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ผศ.ดร.ประทีป จินนี้ อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สาขาวิชาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นางสมพร ใจสมุทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ข้าราชการบำนาญ) นักกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ดร.กันยารัตน์ กุญสุวรรณ ผู้ปฏิบัติงานกองสุขศึกษา กรมสนับสนุน กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำด้านความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์

ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมคือ การปรับปรุงกิจกรรมของร่างรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1.1) กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจภายในนั้นควรให้เวลาในการให้กลุ่มเสี่ยงฯได้ทำเป็นรายบุคคล และควรมีคูหู (Buddy) ในการรับรู้ ส่วนการกำหนดส่วนแรงจูงใจภายนอกนั้นไม่ควรที่จะทำให้มีผลกระทบต่อแรงจูงใจภายใน

1.2) กิจกรรมเรื่องความรู้ และการรับรู้ความสามารถตนเอง ควรเป็นกิจกรรมที่กลุ่มเสี่ยงฯสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น การกินน้ำตาล จำนวนอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละชนิด โดยให้ใช้วิธีการง่ายๆ เช่น จำนวนขึ้นจำนวนคำต่อมือ เป็นต้น

1.3) กิจกรรมการออกกำลังกายนั้นควรเป็นรูปแบบที่กลุ่มจะนำไปประยุกต์ใช้ในการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านได้

1.4) กิจกรรมการจัดการความเครียด ไม่จำเป็นต้องเป็นกิจกรรมนั่งสมาธิ หรือนำพระภิกษุมาแสดงเทศนา ควรให้กลุ่มเสี่ยงฯได้คิดกิจกรรมที่ตนเองได้ใช้แล้วด้วยตนเอง นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนในกลุ่มในการทำกิจกรรม และควรเน้นเรื่องการมีสติกับการรับประทานอาหารให้มากขึ้น เพราะเป็นปัจจัยสำคัญกับกลุ่มเสี่ยงฯ ที่ต้องการลดน้ำหนัก

1.5) กิจกรรมระยะติดตาม เสนอแนะว่าควรมีการเยี่ยมบ้านร่วมด้วยเพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับบุคคลในครอบครัวถึงการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และดูความสอดคล้องของการปฏิบัติตัวและผลลัพธ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

2) จัดทำชุดกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจัดทำสื่อ เครื่องมือวัดผลให้สอดคล้องกับกิจกรรม

หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ร่วมวิจัยได้นัดหมายกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อมาปรับปรุงร่างโปรแกรมฯ ในวันที่ 9 ตุลาคม 2559 ได้แก่ แนวการจัดกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ เครื่องมือวัดผล และผู้ให้ความรู้ ผลการสนทนากลุ่ม สรุปได้ดังนี้

2.1) แนวการจัดกิจกรรม ผู้ร่วมวิจัยเสนอแนะว่าให้มีเกมร่วมกับการเรียนรู้ด้านเนื้อหาเพื่อเพิ่มความน่าสนใจและความสนุกสนาน

2.2) การจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผู้ร่วมวิจัย มีการลงความเห็นให้พยาบาลวิชาชีพของสถานีนามายบางเกลือ อาสาสมัครสาธารณสุข และนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผนของเนื้อหากิจกรรม

2.3) สื่อการเรียนรู้ที่จัดทำ แผ่นภาพพลิก การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพประกอบคำบรรยาย วีดีโอประกอบกิจกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)

2.4) กำหนดกิจกรรมในการการตั้งเป้าหมายของตนเองโดยมีบัดดีในการรับรู้การปฏิบัติตัวมุ่งสู่เป้าหมาย

2.5) การนำโมเดลอาหารที่ชัดเจนเข้าใจง่าย จดจำง่ายมาเป็นอุปกรณ์ในการสอนเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านอาหาร

2.6) เพิ่มกิจกรรมเรื่องสาริตการชงกาแฟและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ที่ขายในชุมชน และ "การเลือกซื้อเลือกกิน เพื่อสุขภาพ"

2. การปฏิบัติและการสังเกต (Act & Observe: A&O)

ผู้ร่วมวิจัยได้นำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการประเมินจากสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ จำนวน 10 ราย สมัครเข้ามาเพื่อรับการอบรมเป็นผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นผู้ช่วยนักวิจัย ในวันที่ 16 ตุลาคม 2559 และ 23 ต.ค.59 ที่ห้องประชุมสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ ผู้ร่วมวิจัยได้นำกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ไปทดลองสอนเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ ระยะเวลา และข้อบกพร่องของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มเสี่ยงฯ ทำกิจกรรมต่างๆ ตามแผนการจัดการเรียนรู้ทุกแผน ยกเว้นการฝึกปฏิบัติการประกอบอาหาร เนื่องจากมีเวลาไม่เพียงพอ และต้องใช้อุปกรณ์ในการประกอบอาหารจริง

จากการสังเกต การทดลองจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย พบว่า การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดำเนินการได้ตามแผน ดังนี้

- 1) ผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 10 คน เป็นบุคคลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการอบรม
- 2) จัดการเรียนรู้ตามกิจกรรมของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ด้านเนื้อหา และฝึกปฏิบัติจริงในกิจกรรมการออกกำลังกาย และการจัดเมนูอาหาร
- 3) ทดลองใช้สื่อ อุปกรณ์ และแบบทดสอบเพื่อการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ทำกิจกรรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ใช้วิธีการการระดมสมอง ระดมความคิดในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกิจกรรมการจัดเมนูเพื่อสุขภาพ และมีการตั้งเป้าหมายของตนเองในการดูแลสุขภาพ และนำเสนอวิธีการต่างๆ ที่ทำให้ไปถึงตามเป้าหมาย และได้ฝึกการออกกำลังกาย และบันทึกการปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกายและอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ในการทดลองใช้กิจกรรมต่างๆ

หลังการอบรมได้สอบถามถึงความรู้สึกของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า มีบางกิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมไม่เข้าใจ เนื้อหายากในการจดจำไปใช้ในการปฏิบัติ เช่น ปริมาณอาหารแต่ละชนิดที่รับประทานได้ต่อวัน ต้องมีการซักถาม และทำความเข้าใจหลายครั้ง แบบบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกาย

กาย และการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ปฏิบัติกล่าวว่ามันซับซ้อนเกินไป ควรมีเวลาให้นำเสนอในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าการยึดการบันทึกกิจกรรมเพราะบางครั้งระยะเวลาในการปฏิบัติไม่แน่นอน ส่วนเรื่องการออกกำลังกายนอกจากนำเสนอด้วย วิดีโอควรจะมีการนำเสนอท่าทางจากผู้นำฯร่วมด้วย ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งควรมีรางวัลจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และรางวัลสำหรับบุคคลที่ปฏิบัติตัวจนมีความเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์สุขภาพ จากการสะท้อนหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยนำข้อบกพร่องที่ได้รับไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป

3. การสะท้อนผล (Reflex: R) ด้วยเทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) สรุปได้ดังนี้

ตาราง 9 การทบทวนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) การสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อคำถาม	การทบทวนผลหลังกิจกรรม (After Action Review: AAR)
ทบทวนเป้าหมาย	-เพื่อการปรับปรุงกิจกรรมตามการสะท้อนผล การร่างโปรแกรมฯ ได้มีการปรับปรุงกิจกรรมดังนี้ 1.แนวการจัดกิจกรรมควรมีเกมและเพลงเพิ่มความสนุก 2.ผู้รับผิดชอบหลักทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการความสะดวกได้ดี 3.จัดทำสื่อเป็นภาพพลิก ใช้วิดีโอการออกกำลังกาย 4.นำโมเดลอาหารมาใช้เพื่อให้กลุ่มเข้าใจง่าย 5.เพิ่มกิจกรรมสถิติการชั่งกาแฟและเครื่องดื่มรสหวาน เปรียบเทียบมาตรฐานการกิน
1. เป้าหมายของการมาประชุมครั้งนี้ สิ่งที่เราคาดหวังหรือสิ่งที่คาดว่าจะได้รับการทำงานหรือกิจกรรมร่วมกัน คืออะไร	-การจัดการอบรมให้กลุ่มเสี่ยงฯจำนวน 2 ครั้งตามกำหนดการที่วางแผนไว้
2. เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลมากเกินคาดเพราะอะไร	-ผู้ร่วมวิจัยสามารถเป็นผู้นำเรื่องการออกกำลังกายด้วยตนเองได้ เช่น การแกว่งแขน ไม่กระบองยานุญมี การออกกำลังกายด้วยผ้าขนหนู

ตาราง 9 (ต่อ)

การทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (Before Action Review:BAR)	ทบทวนผลหลังกิจกรรม (After Action Review :AAR)
3. เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลน้อยหรือไม่บรรลุผล เพราะเหตุใด	-การไม่ได้ฝึกปฏิบัติเรื่องการเลือกวัตถุดิบในการทำอาหารของผู้นำด้านสุขภาพ และการสาธิตการชงกาแฟ เนื่องจากเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมมีจำกัด
4. สิ่งที่ได้เรียนรู้ ที่เป็นประโยชน์ที่สุดคืออะไร	-รูปแบบการจัดกิจกรรมที่จูงใจให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
5. คิดจะกลับไปทำอะไรต่อ	-กลับไปปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย
6. ถ้าจะมีการจัดประชุมเช่นนี้อีก มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงส่วนไหนบ้าง	<p>-ต้องนำบุคคลที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมและต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพ จึงจะประสบความสำเร็จ และถ้าจะให้โครงการประสบความสำเร็จต้องมีการแบ่งหน้าที่ของผู้จัดประชุมให้เกิดความชัดเจนในแต่ละครั้งเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ติดขัดในทุกด้าน</p> <p>-แบบบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารมีความซับซ้อน ควรมีเวลาให้นำเสนอในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าการยึดการบันทึกกิจกรรมเพราะบางครั้งระยะเวลาในการปฏิบัติไม่แน่นอน</p> <p>-กิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจยาก เช่น ปริมาณอาหารแต่ละชนิดที่รับประทานได้ต่อวัน ต้องเปิดโอกาสมีการซักถาม และทำความเข้าใจหลายครั้ง</p> <p>-การร่วมกิจกรรมทุกครั้งควรมีรางวัลจูงใจในการเข้าร่วมและรางวัลสำหรับผู้ปฏิบัติตัวได้เป็นอย่างดี</p>

4. ผลการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (แบบวัด 3 S) ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-control) และการดูแลตนเอง (Self-care) และผลการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้นำด้านสุขภาพ	
	จำนวน	(ร้อยละ)
1. เพศ		
ชาย	1	10
หญิง	9	90
รวม	10	100
2. อายุ		
15-20 ปี	-	-
21-30	1	10
31-40	-	-
41-50	1	10
51-60	6	60
60 ขึ้นไป	2	20
รวม	10	100

จากตาราง 10 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60

ตาราง 11 ผลของการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=10)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
การรับรู้ความสามารถ (Self-efficacy)	57.90	7.25	78.60	10.18	9.04**
การควบคุมตนเอง(Self-control)	69.60	8.68	81.10	7.95	4.47**
การดูแลตนเอง(Self-care)	39.10	4.18	49.10	5.02	7.03**

**P < .01

จากตาราง 11 ได้ทำการทดสอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 9.04, 4.47 และ 7.03 ตามลำดับ)

ตาราง 12 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=10)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
ระดับความดันโลหิต ตัวบน (Systolic pressure)	137.80	19.48	126.50	12.82	3.54**
ระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (Diastolic pressure)	88.40	7.32	88	8.34	-.12
ระดับน้ำตาลในเลือด	96.40	14.05	98.60	12.69	.33
รอบเอว	92	17.70	80	14.73	-2.33*
ดัชนีมวลกาย	27.34	6.24	26.58	5.57	-2.55*

** P<.01 * P < .05

จากตาราง 12 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และดัชนีมวลกายของผู้นำนักปรับพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) ของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.54$) รอบเอว และดัชนีมวลกายของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.53$, และ -2.55 ตามลำดับ) ส่วนระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 13 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ ($n=10$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
ระดับความดันโลหิต ตัวบน (Systolic pressure)	137.80	19.48	120.60	6.72	2.67*
ระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (Diastolic pressure)	88.40	7.32	81.40	3.03	2.61*
ระดับน้ำตาลในเลือด	98.6	12.68	85.20	4.18	3.86**
รอบเอว	92	17.70	84.70	8.23	2.35*
ดัชนีมวลกาย	27.34	6.24	25.84	4.99	2.93*

** $P < .01$ * $P < .05$

จากตาราง 13 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกายของผู้นำนักปรับพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) และรอบเอว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 2.67$, 2.61 และ 2.35 ตามลำดับ) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย ของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 3.86$ และ 2.93 ตามลำดับ)

จากผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่วัดจากการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองของผู้รายนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากระยะเวลาสั้นเกินไปในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ แต่มีแนวโน้มผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นมีค่าใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานในสัปดาห์ที่ 12 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมการอบรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพวกเขาสามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพได้ สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน และสามารถเป็นวิทยากรร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพในกิจกรรมครั้งต่อไปได้

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำ คือการมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้จากการรับทราบผลลัพธ์สุขภาพเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีเจตคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. การวางแผน (Planning: P)

ก) จัดการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัย วางแผนการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันคือ ปรับปรุงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน ในกิจกรรมการสร้างผู้นำฯ และเตรียมจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ได้จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มที่ห้องประชุมสถานีอนามัยบางเกลือ วันที่ 30 ตุลาคม 2559 เวลา 9.00-15.00 น.

การทบทวนการประเมินผลหลังการปฏิบัติงานในรอบที่ 2 ดังนี้

1) การประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต้องนำบุคคลที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพจึงจะประสบความสำเร็จ และมีการแบ่งหน้าที่ของผู้จัดประชุมให้เกิดความชัดเจนในแต่ละครั้งเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ติดขัดในทุกด้าน

2) แบบบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร มีความซับซ้อนควรใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าการยึดการบันทึกกิจกรรมเพราะบางครั้งระยะเวลาในการปฏิบัติไม่แน่นอน

3) กิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมการอบรมเข้าใจยาก เช่น ปริมาณอาหารแต่ละชนิดที่ควรรับประทานต่อวัน ต้องเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และทำความเข้าใจหลายๆ ครั้ง

4) การร่วมกิจกรรมทุกครั้งควรมีรางวัลจูงใจในการเข้าร่วมและรางวัลสำหรับผู้ปฏิบัติตัวได้เป็นอย่างดี

ข) จัดการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมวิจัยเพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในมุมมองของตนเองเพื่อยกระดับความรู้ที่จะนำมาปรับปรุงกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามการสะท้อนผลของผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการปรับปรุง มีกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง และระยะติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อการกระตุ้นการปฏิบัติตัวและตรวจสอบความสอดคล้องของการดูแลตนเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง “สุขภาพดีด้วยกิจกรรม 3 อ”

ประกอบด้วย 1) แนวคิดที่ใช้ 2) จุดมุ่งหมายของโปรแกรม 3) โครงสร้างเนื้อหา 4) แนวทางการจัดการเรียนการสอน 5) การวัดและประเมินผล 6) รายละเอียดโปรแกรมฯ

1) แนวคิดที่ใช้

1.1 ในการทำกิจกรรมกลุ่ม คือ กลุ่มสัมพันธ์

1.2 ในการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

-ใช้เทคนิคการแรงจูงใจของทฤษฎีทางจิตวิทยาเรื่องแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) (มุกดา ศรีรงค์และคณะ. 2559) และเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ ของสอดคล้องกับแนวคิดของ แมกไกว (McGuire.1985)

-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ของแบนดูรา (Bandura. 1986) และการควบคุมตนเอง ของ สกินเนอร์ (Skinner. 1953)

-การดูแลสุขภาพ ของ โอเรม (Orem. 1985) ด้าน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)

2) จุดมุ่งหมาย

2.1 จุดมุ่งหมายของโปรแกรม

1. ให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแรงจูงใจ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ให้เกิดผู้นำด้านสุขภาพและดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องในชุมชน

2.2 ผลลัพธ์ของโปรแกรม

1. กลุ่มเสี่ยงฯมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นปกติ

2. แกนนำด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เรื่อง 3 อ (อาหาร การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์) และการปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่างแก่ประชาชนในชุมชนได้

3. กลุ่มเสี่ยงจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น

4. ชุมชนสามารถนำไปประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้

3) โครงสร้างเนื้อหา

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกำหนดโครงสร้างรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการดังนี้ ดังนี้

1. กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ มีดังนี้

1.1 กิจกรรมเปิดใจยอมรับสุขภาพ

1.2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพก่อน-หลัง การเข้าร่วมโครงการ

1.3 การกำหนดรางวัลของการทำได้ตามเป้าหมาย

1.4 การกำหนดกลุ่มเพื่อการแข่งขันระหว่างกลุ่ม และแข่งขันภายในกลุ่ม

2. กิจกรรมเพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สร้างความสนุกสนาน

3. กิจกรรมจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

3.1 พัฒนาความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ฐานภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและหัวใจ

3.2 หลักการรับประทานอาหาร

- การรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ กับการควบคุมน้ำหนัก

- กิจกรรมทำอาหารเพื่อสุขภาพ

- “อาหารลดโรค ลดเสี่ยง”

- เลือกกิน เลือกรับ

- เมนูสุขภาพ

3.3 หลักการออกกำลังกายด้วยตนเอง

- การออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน

- “เพื่อนสอนเพื่อน” ในการออกกำลังกายด้วยตนเอง

- แต่ละกลุ่มออกมาเป็นผู้นำทำออกกำลังกายด้วยตนเองร่วม

กับการใช้ลมหายใจ

3.4 หลักการจัดการความเครียด

- ฝึกสติจากการเคี้ยวอาหาร
- ฝึกลมหายใจเพื่อการผ่อนคลายในการออกกำลังกาย

4. กิจกรรมจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพ

- 4.1 การตั้งเป้าหมายและพันธะสัญญาในการปฏิบัติร่วมกัน
- 4.2 กำกับติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม
- 4.3 ทบทวนตนเองตามเป้าหมาย
- 4.4 ทบทวนตนเองด้วยผลลัพธ์ทางสุขภาพ

5. กิจกรรมจุดมุ่งหมายเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อน

- 5.1 ให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนการดูแลตนเองทั้ง 3 อ. ทุกครั้ง
- 5.2 ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย “เพื่อนสอนเพื่อน” ในการออกกำลังกายด้วย

ตนเอง

4) **แนวทางการจัดการเรียนการสอน** แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม การจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กองสุขศึกษา. 2556: 16) ได้กล่าวว่าควรเน้นที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญคือ

1. ในการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือการจัดการให้ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพตนเอง และสามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหา
2. ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ให้บรรลุเป้าประสงค์ตามกำลังหรือศักยภาพของแต่ละคน
3. ผู้รับบริการแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งด้านความต้องการความสนใจ ความถนัดและยังมีทักษะพื้นฐานอันเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันก่อให้เกิดการแสดงผลของการเรียนรู้ด้านสุขภาพออกมาในลักษณะที่ต่างกันจึงควรมีการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในลักษณะที่แตกต่างกัน ตามเหตุปัจจัยของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคน
4. การดำเนินการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่าทุกคนมีความแตกต่างกัน ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้และเชื่อว่าการเรียนรู้เกิดได้ทุกที่ ทุกเวลา

5. การจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องเป็นการจัดการบรรยากาศ จัดกิจกรรม จัดสื่อ จัดสถานการณ์ ฯลฯ ให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพผู้ที่จะมาเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องรู้จักผู้รับบริการให้ครอบคลุมอย่างรอบด้าน และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปเป็นพื้นฐานในการออกแบบหรือวางแผนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

5) การวัดและประเมินผล

การประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีกระบวนการดังนี้

1. ประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือ การชั่งน้ำหนัก วัดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกายและรอบเอว ทั้งก่อนและหลังจากการอบรม 2 สัปดาห์
2. ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(แบบวัด 3 S) ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-control) และการดูแลตนเอง (Self-care) ทั้งก่อน และหลังจากการอบรม 2 สัปดาห์

6) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (รายละเอียดดังภาคผนวก) ตัวอย่างของโปรแกรมฯ ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 14 ตัวอย่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม พอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การ ประเมินผล	วันเดือนปี ที่ปฏิบัติ
1 เวลา 240 นาที	เปิดใจยอมรับ สุขภาพ	1. เพื่อสร้าง แรงจูงใจ ทางด้าน สุขภาพ 2. เพื่อให้กลุ่ม เสี่ยงรับรู้ข้อมูล สุขภาพตนเอง	1. ให้กลุ่มเสี่ยงตรวจ สุขภาพเบื้องต้น 2. ทำแบบประเมินการดูแล ตนเอง 3. ให้คำแนะนำรายบุคคล ถึงผลของสุขภาพ	- การสร้าง ความ ตระหนัก - การรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิด โรค	- เครื่องวัด ความดัน - เครื่องเจาะ น้ำตาล - สายวัดเอว - เครื่องชั่งน้ำหนัก - ที่วัดส่วนสูง เครื่องคิดเลข - แบบวัด 3 S	การเข้าร่วม กิจกรรม	13 พ.ย 59

ตาราง 14 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม พอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การ ประเมินผล	วันเดือนปี ที่ปฏิบัติ
	2. ฐานภัยร้าย จากโรคความ ดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ	1. เพื่อพัฒนา ความสามารถใน การดูแลตนเอง 2. เพื่อพัฒนา ความรู้เรื่องโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	1. แบ่งกลุ่มในการเข้า รับการเรียนรู้เป็นฐาน จากวิทยากรเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและแกนนำ สุขภาพ 2. จัดฐานการเรียนรู้ 4 ฐานคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และประเมิน ความเสี่ยงฯ	- การสร้าง ความตระหนัก - แนวคิดเรื่อง โรคฯ - การรับรู้ความ เสี่ยงต่อการ เกิดโรค	1. ภาพพลิกใน การให้ความรู้ ทั้ง 3 โรค2. แบบประเมิน ความเสี่ยงของ โรค	การ สอบถาม ย้อนกลับ ประเมินการ รับรู้	
2 เวลา 240 นาที	ฉันจะเป็นดาว	1. เพื่อสร้าง แรงจูงใจทางด้าน สุขภาพ 2. เพื่อการ ตั้งเป้าหมาย และ วิเคราะห์อุปสรรค 3. เพื่อควบคุม ตนเองในการดูแล สุขภาพ 4. เพื่อกำหนด รางวัลในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตนเอง	1. กำกับติดตามผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ 2. ค้นข้อมูลผลลัพธ์ด้าน สุขภาพและนำผลลัพธ์ มาแลกเปลี่ยนวิธีการใน การดูแลตนเอง 3. การตั้งเป้าหมายและ พันธะสัญญาในการ ปฏิบัติรายบุคคลและให้ สมาชิกกลุ่มร่วมรับรู้ ร่วมกัน 4. กำหนดรางวัลสำหรับ บุคคลที่ทำได้ตาม เป้าหมาย	- การสร้าง แรงจูงใจ ภายใน - การควบคุม กำกับตนเอง	1. แบบพันธะ 7 ข้อ 2. เป้าหมาย การเป็นดาว 3. รางวัล	มีเป้าหมาย และขั้นตอน ตาม เป้าหมาย ทุกคน	27 พ.ย 59

2. การปฏิบัติและการสังเกต (Act & Observe :A&O)

การปฏิบัติ

ก) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตตำบลบางเกลือสมัครเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 57 คนแต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการมีบุคคลที่เข้าร่วมทุกกิจกรรมตามที่กำหนดจำนวน 51 คน

ข) จัดการเรียนรู้ตามกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่ออุปกรณ์ โดยผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้จำนวน 6 ครั้งและมีระยะติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง

การสังเกต

-จากการสังเกตผู้ร่วมวิจัยและผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความกระตือรือร้นในการร่วมกันจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่การเตรียมสถานที่ การช่วยตรวจผลลัพธ์สุขภาพและการบันทึก การเป็นพี่เลี้ยงให้กลุ่มเสี่ยงฯในการทำกิจกรรม และการร่วมการติดตามเยี่ยมบ้าน

-จากการสังเกตกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสนใจตั้งแต่ผู้นำด้านสุขภาพชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรม การร่วมกิจกรรมสนุกสนานมีอารมณ์ร่วมกับกิจกรรม สนใจซักถามในประเด็นที่สงสัย เช่นเรื่องการรับประทานอาหาร ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย และสนใจในผลลัพธ์สุขภาพของตนเอง

3. การสะท้อนผล (Reflex:R)

ก) หลังการจัดการอบรมผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติงานการดำเนินการใน ด้วยเทคนิคการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) ดังนี้

ตาราง 15 การทบทวนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อคำถาม	การทบทวนผลหลังกิจกรรม (After Action Review: AAR)
ทบทวนเป้าหมาย	ปรับปรุงกิจกรรม และการจัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงฯตามรูปแบบกิจกรรมที่สร้างขึ้นสิ่งที่คาดหวัง คือกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น
1. เป้าหมายของการมาประชุมครั้งนี้ สิ่งที่คุณคาดหวังหรือสิ่งที่คุณคาดว่าจะได้รับจากการทำงานหรือกิจกรรมร่วมกัน คืออะไร	-กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น
2. เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลมากเกินคาดเพราะอะไร	-ผู้ร่วมวิจัยสามารถร่วมเป็นวิทยากรและเป็นพี่เลี้ยงให้กลุ่มเสี่ยงฯ และได้รับการยอมรับจากกลุ่ม -ชักชวนประชาชนที่มีความสนใจในโครงการมาเข้าร่วมโครงการได้เกินเป้าหมาย
3. เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลน้อยหรือไม่บรรลุผลเพราะเหตุใด	ในเรื่องการได้รับความรู้ในการดูแลตนเองไม่ครบตามกิจกรรม และการลดน้ำหนักของสมาชิกกลุ่มเพราะเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่ทำได้ยากและต้องใช้ระยะเวลาในการที่น้ำหนักจะอยู่ในช่วงที่เป็นปกติ เหตุผลจากการประกอบอาชีพ และครอบครัว แต่ก็ได้แก้ปัญหาด้วยการแจกแผ่นพับในการให้ความรู้ในส่วนที่สำคัญๆ เช่น การรับประทานอาหาร

ตาราง 15 ต่อ

ข้อคำถาม	การทบทวนผลหลังกิจกรรม (After Action Review: AAR)
4. สิ่งที่ได้เรียนรู้ ที่เป็นประโยชน์ที่สุดคืออะไร	คือการจัดกิจกรรมที่จูงใจให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการทำงานเป็นทีม และการทำงานเป็นผู้นำในการดูแลช่วยเหลือสมาชิกกลุ่ม กลุ่มผู้นำคิดว่าเมื่อกิจกรรมจบลงแล้วก็จะให้การติดตามกลุ่มสมาชิกทั้ง 51 คนเพื่อร่วมเป็นผู้นำด้านสุขภาพ และเมื่อมีกิจกรรมด้านสุขภาพก็จะมาเข้าร่วมและตัวเป็นตัวอย่างต่อไป
5. คิดจะกลับไปทำอะไรต่อ	-เมื่อกิจกรรมจบลงแล้วก็จะให้การติดตามกลุ่มสมาชิกทั้ง 51 คนเพื่อร่วมเป็นผู้นำด้านสุขภาพ และเมื่อมีกิจกรรมด้านสุขภาพก็จะมาเข้าร่วมและตัวเป็นตัวอย่างต่อไป
6. ถ้าจะมีการจัดประชุมเช่นนี้อีก มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงส่วนไหนบ้าง	- นำบุคคลที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมและต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพ จึงจะประสบความสำเร็จ และเพิ่มความสามารถของตนเองในการเป็นผู้นำกิจกรรมให้มากขึ้น - ถ้าจะมีการจัดประชุมอีกครั้ง ควรจัดในสถานที่ๆ เป็นห้องประชุมปิดเพื่อให้เกิดความสนใจอย่างต่อเนื่อง

ข) มีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1. มีการประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือ การชั่งน้ำหนัก วัดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกายและรอบเอว ทั้งก่อนและหลังจากการอบรม 2 สัปดาห์ คือในวันที่ 7 เมษายน 2560 ที่สถานีอนามัยตำบลบางเกลือ

2. มีการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-control) และการดูแลตนเอง (Self-care) ทั้งก่อนและหลังจากการอบรม 2 สัปดาห์ เพื่อนำผลไปวิเคราะห์ต่อไป

4. ผลการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(แบบวัด 3 S) ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-control) และการดูแลตนเอง (Self-care) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา และวัดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังจากการอบรม 2 สัปดาห์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรม นำเสนอข้อมูลดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=51)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	8	15.7
หญิง	43	84.3
รวม	51	100
2. อายุ		
15-20 ปี	3	5.9
21-30	6	11.8
31-40	2	3.9
41-50	14	27.5
51-60	17	33.3
60ขึ้นไป	9	17.6
รวม	51	100
3.ภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=51)		
โรคความดันโลหิตสูง	27	52.94
โรคเบาหวาน	22	43.14
โรคหัวใจ	51	100

จากตาราง 16 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 51 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 84.3 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ร้อยละ 100 มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.94 และมีความเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 43.14

4.2 ผลของการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตาราง 17 ผลของการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=51)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
การดูแลตนเอง (Self-care)	3.95	.38	3.95	.38	13.40**
การควบคุมตนเอง (Self-control)	3.35	.55	3.66	.52	3.16**
การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)	3.67	.72	3.96	.68	2.03*

**p<.01 *p<.05

จากตาราง 17 ได้ทำการทดสอบการดูแลตนเอง และการควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า การดูแลตนเองและการควบคุมตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 13.40$ และ 13.16 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.03$)

4.3 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์

ตาราง 18 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=27)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
ระดับความดันโลหิต ตัวบน (Systolic pressure)	145.59	9.10	129.26	10.25	9.06**
ระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (Diastolic pressure)	93.33	11.34	82.59	4.48	4.74**

**p<.01

จากตาราง 18 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 9.06, 4.74$ ตามลำดับ)

ตาราง 19 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=22)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
น้ำตาลในเลือด	114.50	20.87	98.64	7.09	3.96**

**p<.01

จากตาราง 19 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคเบาหวาน คือ ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.96$)

ตาราง 20 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (n=51)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรม		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
ดัชนีมวลกาย	30.39	4.99	29.76	4.87	5.43**
น้ำหนัก	68.98	15.69	66.90	13.78	5.09**
รอบเอว	90.81	13.80	86.27	8.30	4.09**

**p<.01

จากตาราง 20 ได้ทำการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงฯ โรคเบาหวาน คือ ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และรอบเอว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และรอบเอว ของกลุ่มเสี่ยงฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.43, 5.09$ และ 4.09 ตามลำดับ)

4.4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจ

จากการสอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากทั้งกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนาน การได้ร่วมกิจกรรมกับเพื่อนในชุมชน การได้รับทราบผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นระยะๆ หลังจากการปฏิบัติตัวที่บ้าน และมีความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองทั้ง 3 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)และมีความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายผู้เข้ารับการอบรม เพราะทำให้มีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น มีบุคลิกภาพดีขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการภาพรวมของกิจกรรมเพราะทำให้มีความสุขกับกิจกรรมที่ทำร่วมกันในชุมชน

"ป่าดีใจที่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรมกับหมอคั้งนี้ มันทำให้ป่ามีความรู้ เคยรู้ว่ากินผลไม้ไม่อ้วน กินกล้วยวันละเป็น 10 ลูกเพิ่งมารู้ความนี้เองว่ามันกินได้แค่ 5 ลูกต่อวัน ไม่งั้นมันจะอ้วน ท่าทางออกกำลังกายแวงแวง การใช้ผ้าขนหนูทำให้มีอะไรที่บ้านพอนึกถึงคำหมอ วันหนึ่งก็ไม่หยุดทำโน่นทำนี่ทั้งวัน นี่ก็ลดความอ้วนไปได้ 2-3 กิโลแล้ว คราวหน้ามาจะทำให้เพื่อนๆดูนะว่าฉันลดได้อีก" (สมาชิกกลุ่ม)

"ดีจังหมอทำให้คนในชุมชนมาช่วยกันดูแล จะได้ไม่เป็นเบาหวาน ความดันกัน" (สมาชิกกลุ่ม)

"หมอมาเยี่ยมบ้านด้วย ดินะจะได้ไม่ลืมที่จะกระตุ้นตัวเองตลอด" (สมาชิกกลุ่ม)

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯ ที่เข้ารับการอบรม จำนวน 6 ครั้ง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 19 สัปดาห์ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มเข้าสู่ค่าปกติ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ และสิ่งสำคัญในการประสบความสำเร็จในกิจกรรมครั้งนี้ นอกจากกลุ่มเสี่ยงฯจะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและมีเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพแล้ว การควบคุมตนเองให้มีการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านของผู้เข้ารับการอบรมเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อน อีกประการหนึ่งคือการใช้กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้นำด้านสุขภาพเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้ตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับญาติถึงการปฏิบัติตัวที่บ้าน พบว่า กลุ่มเสี่ยงฯมีความระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร และมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งท่าทางการออกกำลังกาย และการทำงานบ้านทุกวัน จึงเห็นความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน จึงถือได้ว่ากิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและ

ส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน จึงควรนำไปใช้กับการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบางเกลือต่อไป

ตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์จาก กระบวนการดำเนินการวิจัยที่ผ่านมา โดยกระบวนการขั้นตอน องค์ประกอบต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น ในการสังเคราะห์รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้วิจัย อิงอยู่บนหลักการ แนวคิดทฤษฎี รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รูปแบบในความหมายของกระบวนการหรือขั้นตอนที่พัฒนามาจากประสบการณ์การเรียนรู้เฉพาะ ซึ่งรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ทำความเข้าใจบริบท ปัญหาของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model

การทำความเข้าใจบริบท ปัญหาของชุมชน โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันศึกษาเอกสารของสถานีนามัย และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี นำมาร่วมกันวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจบริบทของการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน และการดำเนินการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางที่ทำให้คนในชุมชนสุขภาพดี ตามแนวทางของ PRECEDE Model (Green; & Kreuter. 2005) เพื่อนำมาวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5 ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันรวบรวมข้อมูลของชุมชนทางด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอาชีพ ที่ส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถิติโดยการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา จากเอกสารและฐานข้อมูลของสถานีนามัยบางเกลือ ข้อมูลของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จากการตรวจสุขภาพคนในชุมชนตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ร่วมกับการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนำข้อมูลไปนำเสนอในการสร้างความตระหนักให้กับผู้ร่วมวิจัย

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ทางการศึกษา ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัย ร่วมกันสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อค้นหาสาเหตุที่สำคัญทั้งสาเหตุนำ สาเหตุที่เอื้อต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และสาเหตุที่ส่งเสริม ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ทางการบริหาร ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหากิจกรรมที่เหมาะสมโดยผ่านกิจกรรม ร่วมกันรับรู้สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกันตั้งเป้าหมายทางด้านสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นร่วมของเป้าหมายทางด้านสุขภาพ และ ร่วมสร้างแนวทางการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชน

ขั้นที่ 5 การดำเนินงาน ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยนั้นเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นที่ยอมรับของชุมชนเพื่อมาเป็นตัวแทนให้กับชุมชน และมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในขั้นตอนแรกของการมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในชุมชน การเตรียมความพร้อมของผู้ร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการสร้างความตระหนักถึงปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกันจากการนำเสนอสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในระดับประเทศและของชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ร่วมวิจัย จนมีความคิดเห็นร่วมกันว่าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข และต้องสร้างให้คนในชุมชนมองเห็นศักยภาพของตนเอง และให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัย และกระตุ้นให้เกิดพลังร่วมในการสร้างโครงการ กิจกรรมในการแก้ไขปัญหานี้ และนำเสนอความสำเร็จของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากคนในชุมชน ร่วมกันดำเนินการ เพื่อรับรู้ความสามารถของตนเองและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมกันในการแก้ปัญหาของชุมชน

3.ร่วมกันค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน

ร่วมกันค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี นำมาหาแนวทางของชุมชน ในการแก้ปัญหาคาดสุขภาพตนเองของคนในชุมชน โดยจัดการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อ

กำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านกิจกรรม ร่วมกันรับรู้สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกันตั้งเป้าหมายทางด้านสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นร่วมของเป้าหมายทางด้านสุขภาพ และ ร่วมสร้างแนวทางการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชน โดยมีเป้าหมายการมีสุขภาพดี ในการสนทนาคั้งนี้ได้กำหนดโครงการแก้ไขปัญหาคือ "สุขภาพดี ด้วย 3 อ. และการสร้างผู้นำสุขภาพ" และร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประเด็นร่วมเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ MA-3s Bangkok Program ที่ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation)เจตคติต่อ การดูแลสุขภาพ (Attitude)การรับรู้ความสามารถตนเอง(Self-Efficacy)การควบคุมตนเอง(Self-Control) และกลุ่มเพื่อน(Social group)

4.ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เป็นขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของผู้ร่วมวิจัย นำทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง และใช้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเจตคติที่ดีเป็นเทคนิคในการดำเนินกิจกรรม ในการร่างโปรแกรมฯ ใช้การสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือในการระดมความคิดเห็น แต่ละครั้งของกิจกรรมประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน ขั้นปฏิบัติการและการสังเกต และการสะท้อนผล ชุดกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนมีขั้นตอนดังนี้

1) ขั้นก่อนวางแผนชุดกิจกรรมก่อนลงมือปฏิบัติ ใช้การสนทนากลุ่มโดยกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกันในการออกแบบกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองฯ ร่วมกันจากผลการศึกษาระยะที่ 1 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยนำเสนอสาเหตุของการดูแลสุขภาพตนเอง ที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทบทวนบทบาทของผู้ร่วมวิจัยในการร่วมกันแสดงความคิดเห็น และนำเสนอสาเหตุหลักในการจัดกิจกรรมมาเป็นประเด็นในการคิดกิจกรรม และใช้การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงต่อไป ผลลัพธ์ที่ได้คือชุดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง และระยะติดตาม 2 ครั้ง

2) ขั้นวางแผนกิจกรรม ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงขั้นตอนกิจกรรม ที่ส่งผลต่อการพัฒนาผลลัพธ์ให้เกิดตามสาเหตุหลักของการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน ดังนี้

ครั้งที่ 1 การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพ

ครั้งที่ 2 การติดตามผลการปฏิบัติตัวที่บ้าน

ครั้งที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเอง

ครั้งที่ 4 รูปแบบการรับประทานอาหารท้องถิ่น

ครั้งที่ 5 การออกกำลังกายด้วยตนเอง

ครั้งที่ 6 การจัดการความเครียดด้วยตนเอง

ครั้งที่ 7-8 ระยะเวลาติดตาม และนำร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ

ดังกล่าว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และกิจกรรมแล้วนำมาปรับปรุง ก่อนนำไปใช้ในการสร้างผู้นำฯ

3) การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การสังเกตการณ์แสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมกิจกรรม

5.การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

แนวทางของกิจกรรมถือว่าเป็นองค์ประกอบที่หัวใจสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะเป็นการกำหนดเนื้อหาสาระ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นเป้าหมายที่ต้องเกิดขึ้นแก่กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และใช้เป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ การวัดและประเมินผล พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพแก่ผู้จัดกิจกรรมอีกด้วย โดยมีกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดกิจกรรม คือ 1) กำหนดโครงร่างกิจกรรมเบื้องต้น 2) ถอดความรู้จากผู้ร่วมวิจัย 3) วิพากษ์โครงร่างรูปแบบกิจกรรม 4) จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อ และเครื่องมือประเมินผล ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนและมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน เพื่อให้เกิดแนวทางในการปรับปรุงกิจกรรมในโปรแกรมฯ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครเข้าเป็นผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ในภาคทฤษฎี

ผลการทดลองใช้ชุดกิจกรรมนั้นพบว่าผู้นำ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้ารับการอบรม และมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มเข้าสู่ค่ามาตรฐาน และมีการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน ให้มีการปรับปรุงกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องอาหาร และปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้มี รูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับใช้ในการจัดการเรียนรู้ในกลุ่มเสี่ยงฯต่อไป

6.จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นขั้นของการนำหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สร้างขึ้นไปใช้ในการจัดการเรียนรู้โดยยึดรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกองสุขศึกษา. (2556) ที่ได้กล่าวว่า ควรเน้นที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยกิจกรรมการเรียนรู้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ 1) การเรียนรู้ภาคเนื้อหา โดยผู้ร่วมวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สอนหลัก 2) กิจกรรมการเรียนรู้ภาคปฏิบัติซึ่งใช้เวลาเป็นส่วนใหญ่ในกิจกรรม โดยผู้ร่วมวิจัยอื่นๆเป็นผู้สอนส่วนผู้ร่วมวิจัยอื่นๆเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องภาคปฏิบัติและการเป็นตัวแทนในกิจกรรมต่างๆ

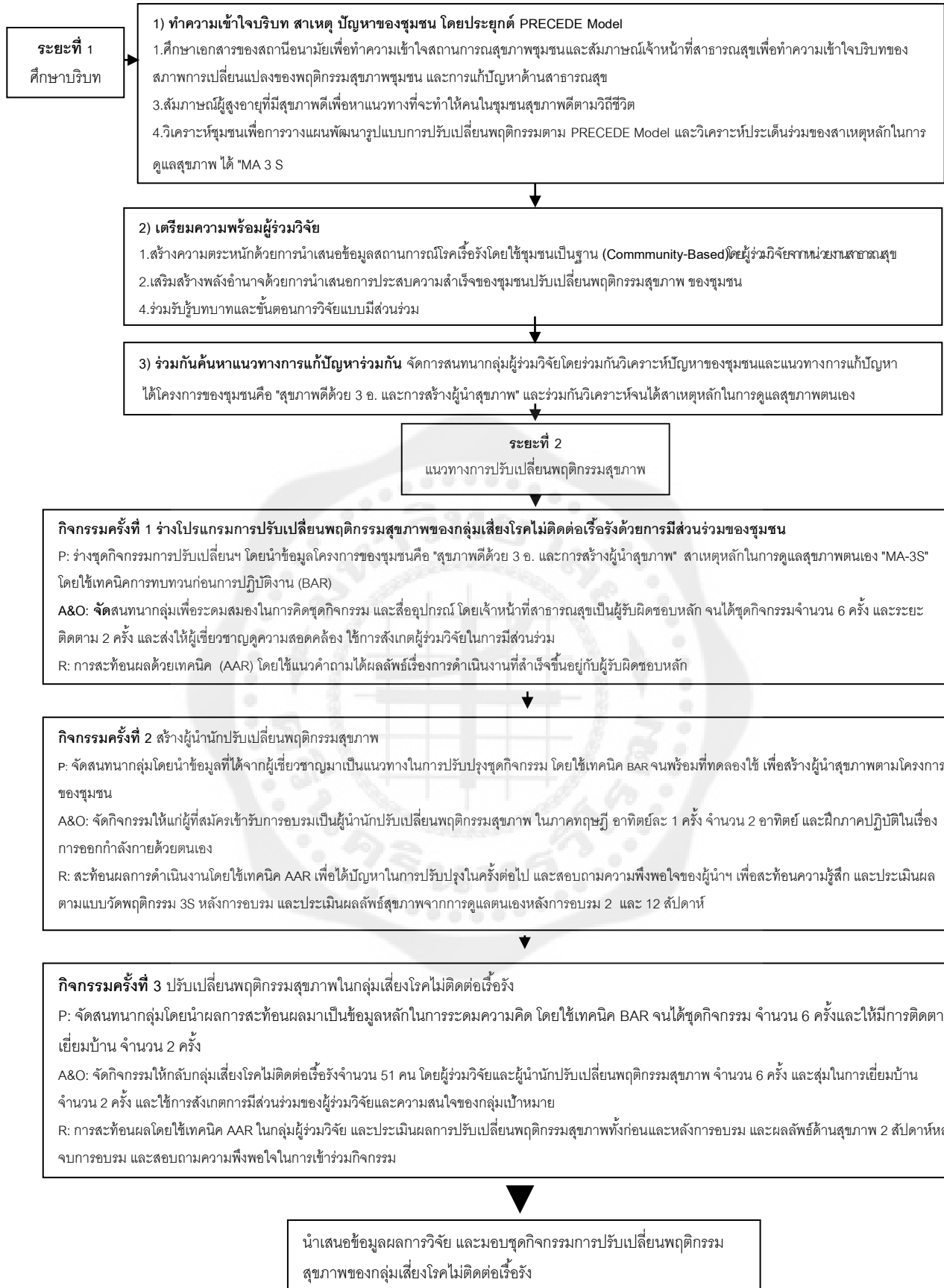
ในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นควรนำบุคคลที่มีความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดกิจกรรม และใช้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้นำ เป็นตัวแบบในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงและคล้ายคลึงกัน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ

7.ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ร่วมวิจัยได้ทำหน้าที่ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย แล้วสรุปผลร่วมกัน ซึ่งพบว่า การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น และผลลัพธ์สุขภาพ เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก รอบเอวและดัชนีมวลกาย มีค่าลดลงหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

8.การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) โดยทำทันทีหลังการทำกิจกรรมนั้นๆ โดยการใช้ข้อความคำถามของเทคนิคนี้ เป็นแนวทางเพื่อให้เกิดความชัดเจนของข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมและรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปเป็นภาพรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ดัง ภาพประกอบ 14



ภาพประกอบ 14 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยนำเสนอ การสรุปสาระสำคัญโดยย่อของจุดมุ่งหมาย วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย รวมทั้งการนำเสนอการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

จุดมุ่งหมาย

- เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- เพื่อสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบางเกลือ
- เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งวิธีการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท เพื่อทำความเข้าใจบริบท สาเหตุ ปัญหาของ ในเรื่องการดำเนินงานเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการค้นหาแนวทางการปฏิบัติตัวที่ดีด้านสุขภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางเกลือมานานกว่า 30 ปี ชุมชน นำมาวิเคราะห์ที่ชุมชนเพื่อการวางแผนพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิด PRECEDE Model และมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยการสร้างความตระหนักจากสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสร้างพลังอำนาจ และทำความเข้าใจบทบาท

ระยะที่ 2 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน มีการดำเนินการ 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ โดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทบทวนข้อมูลที่ได้จากระยะศึกษาบริบทชุมชน ร่วมกันจัดทำ”ชุดกิจกรรม”ของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ดูความสอดคล้อง

ของวัตถุประสงค์และการดำเนินกิจกรรม และใช้เทคนิคการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน(AAR)ในการสะท้อนผลการดำเนินงาน

กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ร่วมวิจัยได้นำสิ่งได้จากการสะท้อนผลในกิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อปรับปรุงแนวทางการจัดกิจกรรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและได้นำกิจกรรมนั้นมาใช้ในการสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และทดลองใช้เครื่องมือประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และให้ผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มผู้นำที่เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันสะท้อนผลและทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับปรุงกิจกรรมตามที่ได้รับจากการสะท้อนผลจากการอบรมผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทำการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เครื่องมือ 3-Self และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และมีการสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและร่วมกันสะท้อนผลและทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

- 1.จากการศึกษาบริบทชุมชนทำความเข้าใจบริบท สาเหตุ ปัญหาของชุมชน โดยประยุกต์ PRECEDE Model พบว่าชุมชนบางเกลือเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท สิ่งแวดล้อมยังเอื้อให้มีการดำเนินชีวิตตามวิถีเดิม มีสถิติของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง คนในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ การถอดประสบการณ์ในการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชนรวมทั้งแนวทางการปฏิบัติที่ดีของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ได้จัดการสนทนากลุ่มกับผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชนและแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนโดยการจัดโครงการ"สุขภาพดี ด้วย 3 อ.และการสร้างผู้นำสุขภาพ" ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุสำคัญของคนในชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง มาเป็นแนวทางการสร้างกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนบางเกลือ ด้วย MA-3S Bangkok Program คือ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-Control)และกลุ่มเพื่อน (Social group) และมีการเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยด้วยการสร้างความตระหนัก(Awareness) ด้วยการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรคทั้งในระดับประเทศและระดับตำบล การสร้างพลังอำนาจ(Empowerment)ด้วยการนำเสนอความสำเร็จของการสร้างหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และทำความเข้าใจบทบาทของผู้ร่วมวิจัย

2. เพื่อสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมได้มีการจัดอบรมในภาคทฤษฎีแก่ผู้นำและภาคปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกาย ประเมินผลด้วยแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยหลังการอบรม 2 สัปดาห์ และพบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับ .05 ยกเว้นระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระยะเวลาไม่ย่นเกินไปในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และพบว่า แนวโน้มผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นมีค่าใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) และระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (Diastolic pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ .01

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพวกเขาสามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพได้ สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน และสามารถเป็นวิทยากรร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพในกิจกรรมครั้งต่อไปได้

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำ คือการมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้จากการรับทราบผลลัพธ์สุขภาพเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีเจตคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯ ที่เข้ารับการอบรม จำนวน 6 ครั้ง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 19 สัปดาห์ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มเข้าสู่ค่าปกติ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ และสิ่งสำคัญในการประสบความสำเร็จในกิจกรรมครั้งนี้ นอกจากกลุ่มเสี่ยงฯ จะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและมีเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพแล้ว การควบคุมตนเองให้มีการดูแลตนเองต่อเรื่องที่บ้านของผู้เข้าร่วมการอบรมเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อน อีกประการหนึ่งคือการใช้

กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้นำด้านสุขภาพเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและได้ตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับญาติถึงการปฏิบัติตัวที่บ้าน พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯ มีความระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร และมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งท่าทางการออกกำลังกาย และการทำงานบ้านทุกวัน จึงเห็นความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน จึงถือได้ว่ากิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน จึงควรนำไปใช้กับการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบางเกลือต่อไป

4. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทำความเข้าใจบริบท ปัญหาของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model 2) เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย 3) ร่วมกันค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาด้วยกัน 4) ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 6) จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7) ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 8) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) และมอบชุดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคืนกลับสู่ชุมชน

อภิปรายผล

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามความมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 1

ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยโดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model มีขั้นตอนในการศึกษาปัญหาของชุมชนด้วยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องของสถานีอนามัยบางเกลือ และฐานข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไม่ติดต่อและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรัง และวิเคราะห์ชุมชนร่วมกันโดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model เพื่อวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยนำขั้นตอนการวิเคราะห์จากขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ทางการศึกษา ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ทางการบริหาร และขั้นที่ 5 การดำเนินงาน นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ มาเป็นข้อมูลในการจัดการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อการวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community - Based) และหาแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการสุขภาพดีด้วย 3 อ. และ การสร้างผู้นำสุขภาพ และร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุหลักของการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชน คือ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(Motivation) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-Control) และกลุ่มเพื่อน (Social group) หรือ "MA-3s Bangkok Program" ซึ่งผลที่ได้เป็นไปตามความมุ่งหมายการวิจัย เนื่องมาจาก

กระบวนการค้นหาปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ข้อมูลของชุมชนเป็นฐานในการหาแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการพัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ของสมใจ วิจิตรกุล. (2550) ที่มีขั้นตอนการเริ่มต้นจากการศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน การวางแผนและโครงการพัฒนาชุมชน ดำเนินงานพัฒนาชุมชน การประเมินผล และการทบทวนเพื่อการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยเน้นเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนโดยไม่ได้ดำเนินงานโดยภาครัฐเพียงอย่างเดียว และเน้นมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาอย่างเต็มที่ ตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดการสนทนากลุ่ม ซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ร่วมวิจัยมีโอกาสเสนอโครงการให้ทางราชการ มีการปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด คนในชุมชนมีโอกาสในการตัดสินใจว่าปัญหาของตนเองคืออะไร จะแก้ไขได้อย่างไร วิธีใดที่ดีที่สุด จนกระทั่งมีสิทธิเข้าร่วมปฏิบัติด้วย โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นตัวแทนชุมชนที่ได้รับการยอมรับในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ทำกิจกรรมภายใต้โครงการสุขภาพดี ด้วย 3 อ. และการสร้างผู้นำสุขภาพ โดยการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาค้นคว้าโดยใช้ข้อมูลที่ได้มาจากชุมชนเอง (Community - Based) โดยมุ่งไปที่ผลของพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ โดยใช้สาเหตุนำ สาเหตุที่เอื้อและส่งเสริมในการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาค้นคว้าที่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพงษ์ จันทรโอภาส และคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จัหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่ายสุขภาพแคว้น ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 426 คน และทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ จำนวน 209 คน เครื่องมือทางการศึกษา แบบสอบถามคุณภาพชีวิต การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก การสนทนากลุ่ม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวางแผนการกำหนดการพัฒนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสรุปสู่สาธารณะ โดยทุกกระบวนการเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศของ คอลลาจิรี และคณะ (Colagiuri; et al. 2010) ได้ศึกษาโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานของเมืองซิดนีย์ (Sydney) โดยใช้ข้อมูลชุมชนเป็นฐานการศึกษาผลของโปรแกรมนี้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50-60 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคเบาหวานโดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกระบุให้แยกแยะและได้รับหลักสูตรการดูแล

เบื้องต้นและได้รับการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตโดยใช้ข้อมูลของชุมชนเป็นฐานในการศึกษาได้ ประยุกต์ใช้ แนวคิด PRECEDE Model ที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ชุมชนเพื่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ สอดคล้องกับ อัมพร วงศ์ดีบและคณะ (2558) ที่ศึกษาการพัฒนา โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งนำแนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model ของ กรีนและกรูเตอร์ (2005) ในการพัฒนาโปรแกรม โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดนี้ใน ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมโดยการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อ วินิจฉัยปัญหา โดยพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง มีการออกกำลังกายน้อย นิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูป มีแหล่งทรัพยากร ได้แก่ หอกระจายข่าว สถานที่ออกกำลังกาย ตลาดร้านค้า ปัจจัยนำพบว่ายังพร่องเรื่องความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย มีสถานที่ในการออกกำลังกายแต่ไม่เพียงพอ ด้านปัจจัยเสริม ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อน ครอบครัวและเม็ดเงินนโยบายและโครงการดูแลต่อเนื่องแต่ไม่กระจายสู่ ระดับหมู่บ้านมีการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่งและนำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำโปรแกรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยนำข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรม

การใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย และเป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานมาใช้คือ จุดเริ่มต้นในบริบทที่เป็นอยู่ของชุมชนนั้น ว่าเป็นอย่างไรทั้งสภาพปัญหา แหล่งสนับสนุน และผู้เข้ามาช่วยในการดำเนินงาน มีเทคนิคที่ส่งเสริม ให้การพัฒนาประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเห็นได้ว่าความแตกต่างของบริบทของปัญหา กลุ่มเป้าหมายไม่มีสูตรสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพและการดูแลโรค เรื้อรัง ขึ้นอยู่กับบริบทที่แตกต่างกันของชุมชน สถานการณ์ที่แตกต่างกันที่ก่อให้เกิดการออกแบบ กระบวนการที่แตกต่างกันไป

2. สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบางเกลือ ตามวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2

การสร้างผู้นำ จากชุดกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการอบรมนั้นถูกสร้างขึ้นมาจากกรมีส่วนร่วม (Participatory Approach) ของผู้ร่วมวิจัยโดยใช้ข้อมูลของชุมชนเป็นฐาน (Community - Based) ในการสร้างชุดกิจกรรม โดยกิจกรรมประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพ การติดตามผลการปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบการรับประทานอาหารท้องถิ่น การออกกำลังกายด้วยตนเอง การจัดการความเครียดด้วยตนเอง และระยะติดตาม พฤติกรรมด้านสุขภาพ และ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยมีการจัดการอบรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครใจเข้ารับการ

อบรมเป็นผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและผู้อื่น จำนวน 2 ครั้ง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง โดยเป็นภาคทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกาย และให้นำความรู้ที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเอง ของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยหลังการอบรม 2 สัปดาห์ และพบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับ .05 ยกเว้นระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระยะเวลาสั้นเกินไปในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และพบว่า แนวโน้มผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นมีค่าใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure) และระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (Diastolic pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ .01 สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการวิจัยนี้เองมาจาก

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพวกเขาสามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพได้ สามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน และสามารถเป็นวิทยากรร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพในกิจกรรมครั้งต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับกองสุศึกษา (2556) ที่กล่าวถึงผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือผู้ที่มีหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนให้ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยหลักการทำงานแบบมีส่วนร่วมและต้องใช้ความรู้ที่หลากหลาย เพื่อการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปสู่เป้าหมายการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน โดยมีบทบาทที่สำคัญ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ประสานงาน ผู้จัดการพัฒนาและผู้ใช้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นต้น สอดคล้องกับ อารีย์ บัวหลวง (2557) ในเรื่องผลสัมฤทธิ์การพัฒนาศักยภาพ อสม.ผู้เชี่ยวชาญของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านเขาพุราง ตำบลปากแพรก อำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพ และการนำความรู้ไปปฏิบัติงานในละแวกบ้านของ อสม.พบว่า อสม.มีความรู้เกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 6 ด้าน ส่วนการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติงานจริงพบว่า อสม.สามารถออกไปให้คำแนะนำความรู้ที่ได้จากการอบรม เช่นการเฝ้าระวัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง สามารถลดการกินอาหารหวาน มัน เค็มได้ สามารถวางแผนสุขภาพระดับตำบลได้ และสามารถเป็นผู้นำหรือเป็นตัวแทนในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนในเรื่องของระยะเวลาการ

เปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพหลังการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยการปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านนั้น ซึ่งผลการศึกษาของผู้นำในระยะเวลา 4 สัปดาห์นั้นมีการเปลี่ยนแปลงเพียงพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพเรื่องของระดับความดันโลหิตตัวล่างและค่าน้ำตาลในเลือดยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงต้องใช้ระยะเวลาถึง 12 สัปดาห์ จึงมีความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมงานวิจัยของพิชชาดา สุทธิแป้น (2559) ที่ทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมคาร์ดิโออย่างมีสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ภายหลังสิ้นสุดระยะเวลาติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีสุขภาพที่ดี และมีดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ดังนั้นในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพและการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพนั้นควรคำนึงถึงเรื่องของระยะเวลาในการดำเนินการด้วย

3. ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามจุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 3

การจัดอบรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามชุดกิจกรรมโดยผู้ร่วมวิจัยและนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง และใช้เทคโนโลยีการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจตคติที่ดี มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม ด้วยการมีส่วนร่วมในการระดมความคิด และการสะท้อนผลจากการเป็นผู้จัดกิจกรรม และผู้เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนเป็นชุดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 19 สัปดาห์ เป็นการให้ความรู้ภาคทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติจำนวน 6 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเรื่องการปฏิบัติตัวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มเข้าสู่ค่าปกติ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนตำบลบางเกลือ และสิ่งสำคัญในการประสบความสำเร็จในกิจกรรมครั้งนี้ นอกจากกลุ่มเสี่ยงจะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและมีเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพแล้ว การควบคุมตนเองให้มีการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านของผู้เข้าร่วมการอบรมเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อน อีกประการหนึ่งคือการใช้กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้นำด้านสุขภาพเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้ตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับญาติถึงการปฏิบัติตัวที่บ้าน พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร และมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งท่าทางการออกกำลังกาย และการทำงานบ้านทุกวัน จึงเห็นความ

เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน จึงถือได้ว่าการยอมรับการเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน จึงควรนำไปใช้กับการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบางเกลือต่อไป และพบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับความมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 3 เนื่องจาก

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถูกสร้างขึ้นมาจากพื้นฐานของชุมชน (Community - Based) และการหาแนวทางการแก้ไขโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบกับการนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) และแนวคิดการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากชุมชนคือ สาเหตุหลักที่สร้างให้คนในชุมชนมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จนเกิดเป็นชุดกิจกรรมที่ชุมชนสร้างขึ้นเอง คือ "MA-3S Bangklau Program" ที่ประกอบด้วยชุดกิจกรรมเพื่อสร้างการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-Control) และกลุ่มเพื่อน (Social group) ที่ให้ทั้งความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในการจัดกิจกรรม จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจตคติที่ดี ที่นำมาใช้เป็นเทคนิคที่ส่งให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ นกแก้วและคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการฝึกโยคะต่อดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ และการมีเจตคติที่ดีในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และอนันต์ มาลารัตน์ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน พบว่า ในกลุ่มนิสิตที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงเมื่อเข้าโปรแกรม จะมีการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่านิสิตกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การนำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมมาใช้ในการจัดกิจกรรมทั้งการให้ความรู้ และการเพิ่มทักษะในการปฏิบัติทั้งการเลือกชนิดอาหาร และรูปแบบการออกกำลังกาย ร่วมกับการมีตัวแบบที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติความคลั่งกัน ทำให้กลุ่มมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการนำไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งก็สอดคล้องกับ พรพิมล อุลิตผล (2558) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขานม จังหวัดกระบี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมดังกล่าวพบว่า คะแนน

เฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องของการกำกับตนเองที่บ้านสอดคล้องกับการศึกษาของสุกาญจน์ อยู่คงและธราดล เก่งการพานิช (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้รับความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร และมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการนำทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจและการมีเจตคติที่ดีของการศึกษาค้นคว้านี้ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ระยะเวลาการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ จำนวน 6 ครั้ง และระยะติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง รวมระยะเวลา จำนวน 19 สัปดาห์ ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมและ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านนี้ส่งผลในการกระตุ้นการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงฯ ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา (2551) ที่ศึกษาการจัดการตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง เป็นจำนวน 4 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นจำนวน 12 สัปดาห์ และมีการเยี่ยมบ้านใน 3 สัปดาห์แรก และมีการติดตามทางโทรศัพท์พบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตที่ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ กล้าสนอง (2553) ในเรื่องการประเมินผลของโปรแกรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับกิจกรรม 12 สัปดาห์ คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลง และสอดคล้องกับชกร ธรรมนาศีลและคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานครพบว่าทำให้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 6 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ตามความมุ่งหมายการวิจัย ข้อที่ 4

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 2 ระยะ มี 7 ขั้นตอน คือ 1) ทำความเข้าใจบริบท สาเหตุ ปัญหาของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model 2) เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3) การสร้างให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดความตระหนักและเสริมสร้างพลังอำนาจ 4) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกัน 5) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) การพัฒนาแนวทางการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 7) จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 8)ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบที่กำหนดไว้ตามกรอบแนวคิดเนื่องมาจาก

การใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน เป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาพะเป็นการเพิ่มสมรรถนะให้คนควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น หลักการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน มีแนวคิดหลักคือ การใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน ใช้กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย และหัวใจสำคัญคือการสร้างการมีส่วนร่วม สร้างความเป็นหุ้นส่วนกับผู้มีส่วนได้เสีย การระบุปัญหาและแนวทางการแก้ไข การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล (อาภาพร เฝ้าวัฒนาและคณะ. 2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ จันทรโอวาท และคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จังหวัดมหาสารคามผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง CUP แคว้น โครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรังด้วยการดูแลแบบองค์รวมและใช้ชุมชนเป็นฐาน และโครงการที่ชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่ การพัฒนาทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาระบบส่งต่อ การต่อยอดนวัตกรรม ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก และการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับหลักการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินงานคือ 1) ทำความเข้าใจบริบท สาเหตุ ปัญหาของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model 2) เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3)การสร้างให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดความตระหนักและเสริมสร้างพลังอำนาจ 4) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกัน 5) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6)การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 7) จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 8)ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนทำให้เกิดความสำเร็จในการสร้างกิจกรรมการดูแลของ (Green; & Kreuter. 2005) และใช้หลักการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของผู้ที่มีส่วนได้เสีย (Stake Holders) ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชน และร่วมรับผลที่เกิดขึ้นมาด้วย (สมใจ วินิจกุล.2550) และมีความสอดคล้องกับระดับของนโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) โดยหลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้าร่วมช่วยเหลืองาน ด้านสาธารณสุขทั้งด้าน กำลังคน กำลังเงิน และวัสดุ

อุปกรณ์ต่างๆ โดยประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง ทั้งที่เป็นความรู้ดั้งเดิมในชุมชน หรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ๆ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชน ในการแก้ปัญหา ทั้งนี้กลวิธีการดำเนินการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุข เพื่อเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์. 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรีและศิริภิญโญ อินทรหนองไผ่ (2558) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน โดยมีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะก่อนการพัฒนา รูปแบบ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) ระยะพัฒนารูปแบบ เป็นการพัฒนาทีม และการจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ระยะประเมินผล ผลการศึกษา ค้นพบองค์ประกอบที่สำคัญจากการดำเนินโครงการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การทำประชาคมอย่างมีส่วนร่วม 2) ติดตามประเมินผล 3) การวิเคราะห์และค้นหาข้อมูลให้ชุมชน 4) การสร้างแรงบันดาลใจด้วยการศึกษาดูงาน 5) การให้ความรู้ 6) การทำด้วยใจ 7) การวิเคราะห์กิจกรรม 8) การเตรียมภาคีเครือข่าย 9) การเดิน วิ่งสุขภาพ ซึ่งเรียกโดยรวมว่า "PE DH KHWAO" model ภายหลังจากการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ก็ได้ใช้ "MA-3S Bangkok Program" ช่วยเพิ่มระบบการดูแลที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบครั้งนี้ก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรีและศิริภิญโญ อินทรหนองไผ่ (2558) คือ การมีส่วนร่วมดำเนินการโดยประชาชนดำเนินการร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรมีการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงๆ ในชุมชนบางพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งตำบล ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม MA-3s Bangkok program ร่วมกับการติดตามผลลัพธ์สุขภาพ และให้การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องด้วยผู้นำด้านสุขภาพ

1.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกพัฒนาขึ้นตามบริบทของชุมชนนี้เป็นแนวทางให้บุคคลกรด้านสุขภาพนำไปขยายผลต่อยอดโดยประยุกต์กิจกรรมให้เข้ากับบริบทชุมชนของตนเอง

1.3 บุคลากรด้านสุขภาพควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงฯ เข้าร่วมโครงการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.4 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงฯ เพื่อให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินกิจกรรม และส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการศึกษาไปทดสอบประสิทธิผลในชุมชนอื่นๆ และเพื่อศึกษาความแตกต่างของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

2.2 การศึกษาในบริบทอื่นๆ ควรนำแนวคิด PRECEDE Model ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการศึกษาบริบท ว่ามีสาเหตุใดบ้างที่เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงฯ

2.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อนสมาชิก และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้เกิดการควบคุมตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2.4 การสร้างผู้นำสุขภาพเพื่อใช้เป็นตัวแบบ (Model) ในการดูแลสุขภาพ ทำให้กลุ่มเสี่ยงฯ มีการรับรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มเป้าหมาย

2.5 การสร้างแรงจูงใจและเจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ได้มีการวัดผลในการศึกษารั้งนี้ แต่ควรคงไว้ใช้เป็นเทคนิคในการสอดแทรกในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีการวัดตัวแปรดังกล่าวในการศึกษารั้งต่อไป

2.6 ควรศึกษาให้ครอบคลุมถึงปัจจัยเชิงสาเหตุในหลายกลุ่ม เพราะกลุ่มเสี่ยงฯ ในพื้นที่มีช่วงวัย ที่แตกต่างกันอาจมีปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นควรออกแบบการศึกษาในลักษณะ เช่น Structural Equation Modeling (SEM) เป็นต้น เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

2.7 จากผลการวิจัยในระยะติดตาม พบว่า มีพฤติกรรมดูแลตนเองมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นควรมีการติดตามช่วงยาว (Longitudinal design) เพื่อติดตามค้นหาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการกระตุ้นซ้ำเพื่อให้พฤติกรรมมีการคงอยู่



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา แก้วเทพ. (2551). **สายธารแห่งนักคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองและสื่อสารศึกษา**. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์กมลพรรณ วัฒนากร; และอาภรณ์ ดีนาน. (2556, พฤษภาคม-สิงหาคม). การพัฒนาโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วน. **วารสาร มหาวิทยาลัยบูรพา**. 27(2):
- กันตินันท์ ทองแดงและยินดี พรหมศิริไพบูลย์. (2558, เมษายน-มิถุนายน). **ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลวัดประดู่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 3(2): 261-271.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ; และคณะ. (2556, พฤษภาคม-สิงหาคม). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 23(2): 44-54.
- กิตติพงศ์ ทิพย์เสถียร. **การทบทวนหลังการปฏิบัติ**. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2558. จาก www.rtna.ac.th.
- กัญเกียรติ ญาติเสมอ. **การจัดการความรู้**. สถาบันการพัฒนาชุมชนกรมการพัฒนาชุมชน. สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2558 จาก train.cdd.go.th.
- โกเมน ควรหา พรนภา หอมสินธุ์และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2553, กันยายน-ธันวาคม). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์จังหวัดระยอง**. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 24(3).
- โกวิทย์ พวงงาม. (2551). **การจัดการตนเองของชุมชนและท้องถิ่น**. คณะสังคมสงเคราะห์ กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กงพัฒน์ แกมนิลและพรทิพย์ คำพอ. (2556, กรกฎาคม-กันยายน). **การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ:บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอค้า อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ**. 6(3):75-84.
- กองสุขศึกษา ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2556). **คู่มือประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ.2ส**. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- กองสุขศึกษา. (2556). **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1.** สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2558 .จากwww.hed.go.th.กองสุขศึกษา. (2556). **วิธีการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 4.** สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2558 . จาก www.hed.go.th.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ.(2542).**ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน.**วิทยานิพนธ์ พยม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร
- งามตา วรินทร์านนท์. (2536). **ลักษณะทางพฤกษศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ของบิดามารดาที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูบุตร.** รายงานการวิจัย ฉบับที่ 50. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จินตกวีร์ เกษมสุข. (2554). **การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา บัวทองจันทร์ อุบล สุทธิเนียม เสมอจันทร์. (2556, กรกฎาคม-ธันวาคม).**ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ.** วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา. 19(2): 46-59.
- จินตนา มะโนน้อม (2552).**ผลของการกำกับตนเองโดยการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารที่มีต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด.** ชลบุรี: วิทยานิพนธ์ พยม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน).
ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิราภรณ์ นกแก้ว และคณะ. (2560, มกราคม-มีนาคม). **ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการฝึกโยคะต่อดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน.** วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 37(1): 10-23.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล. (2550).**พฤติกรรมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์** มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังนาวิทยา.
- จงจิต วงษ์สุวรรณ และคนอื่นๆ. (2552, กรกฎาคม-ธันวาคม).งานวิจัยในมุมมองของ KM.
วารสารโดมทัศน์. 30(2): 22-27.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2554). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งฯ.

- ชนิการ ภูวดิษยคุณ. (2554). **การประยุกต์หลักพุทธธรรมเพื่อการบริหารความเครียดในองค์กร. พุทธศาสนามหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวิตและความตาย.** มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). **การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ.**
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิชาพัฒน์ เรื่องสิริวัฒน์ ปาหนัน พิษยภิญโญ และสุนีย์ ละกำป็น. (2556, มกราคม-เมษายน). **ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2.** วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 27(1):74-87
- ดิษยุทธิ์ บัวจุม. (2556). **การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อสร้างความสนใจและทักษะในอาชีพท้องถิ่นของนักเรียนโรงเรียนพะเนางวิทยา.**
ปริญญาานิพนธ์ วทด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดุษฎี โยเหลา. (2555). **เอกสารประกอบการเรียนวิชา วป 701 เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.** สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทิพวรรณ หล่อสุวรรณ. (2553). **ทฤษฎีองค์กรรมใหม่.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: รัตนไตร.
- ทิสนา แคมมณี. (2550). **ศาสตร์การสอน; องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธารณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุเวทย์. (2557). **ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูง 2557.**
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2558. จาก www.moph.go.th.
- นิตยา เพ็ญศิริรภา (2548). **การจัดการความรู้ในงานสาธารณสุข. จุลสารสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** ฉบับที่ 2 เดือนมีนาคม สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2558 จาก www.stou.ac.th.
- นิตยา พันธุเวทย์และหทัยชนก ไชยวรรณ. (2557). **ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ.2557.**
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558 จาก www.thaincd.com.
- บดินทร์ วิจารณ. (2550). **การจัดการความรู้สู่การปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- บุญดี บุญญากิจและณัชนน พรภาณูจนานันท์. (2550). **ตรวจประเมินความรู้สู่การปฏิบัติ.**
กรุงเทพฯ : จิรวัดน์เอ็กซ์เพรส.
- บุบผาชาติ ทิงามและคนอื่นๆ. (2552). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบสถานีอนามัยบ้านโพนม่วง อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์.** การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- ประทีป จินนี่. (2540). **เอกสารประกอบการสอนวิชาการวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปวีณ์ภัทร เศรษฐศิริโชติ อัจฉรา ปุราคม และสบสันต์ มหานิยม. (2556). **ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ตำบลสระกำแพงใหญ่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ**. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2558 จาก <http://www.annualconference.ku.ac.th>.
- ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ผู้จัดการออนไลน์ (2555) 17 พฤษภาคม 2555 11:44 . **น.สธ.พบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่ม 5 เท่า**. สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2556 <http://www.manager.co.th>
- พเยาว์ อิศรพันธุ์. (2551). **การบริโภคขนมกรุบกรอบของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก กรณีศึกษา ศูนย์เด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี**. รายงานการวิจัยศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและคนอื่นๆ. (2556). **การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ.2551-2555**. รายงานการวิจัย สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันทิพย์ รามสูตร. (2540). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม**. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- พัชรวัลย์ ลอมแปงและนางนุช โอบะ. (2554). **ปัจจัยทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี**. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. 5 (2) :12-22.
- พัชรี ดวงจันทร์. (2553). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิต ตัวแปรทางพฤติกรรม และตัวแปรทางกายภาพในเด็กนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร.วท.ด.** (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ไพโรจน์ พัวพันธ์ และเพลินจิต คันถรจนาจารย์. (2551, เมษายน-มิถุนายน). **ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติ เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักตัวเกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี**.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(2) (ฉบับเสริม 5) :1173-1183.
- พรพนิต ปวงนิยม. (2552). **ผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เมือง จ.ตราด**. วิทยานิพนธ์ พยม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรพิมล อุลิตผล. (2558, กรกฎาคม-กันยายน). **การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขાพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่**. 3(3): 441-452.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. สำนักทดสอบ การศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ:ม.ป.พ.
- มนัส ยอดคำ. (2548). **สุขภาพกับการออกกำลังกาย**. กรุงเทพมหานคร :โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์.
- มณฑิรา อินคชสาร. (2551). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสื่อและกลยุทธ์ ในการสื่อสารเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น. คุษฎีบัณฑิต. วทม. บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.**
- มานิต วีระตันติกานนท์. (2554). **ชวนคนไทยเช็คสุขภาพ ลดเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด . สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.thaihealth.**
- มวกร ธรรมาวีวิทย์. (2549). **ศึกษาผลการกำกับตนเองเพื่อการเดินเร็วต่อระดับคอเรสเตอรอลรวมระดับแอลดีแอล-โคเลสเตอรอล และเอชดีแอล-โคเลสเตอรอล ของ ผู้ที่มีภาวะ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง**. วิทยานิพนธ์ พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.ถ่ายเอกสาร.
- มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (2549, กรกฎาคม). **ความดันโลหิตสูง**. นิตยสารหมอชาวบ้าน. 340: 7.
- ยุพา จิวพัฒน์กุล อุบลวรรณ เรือนทองดี และฐิติรัตน์ ทับแก้ว. (2556, เมษายน-มิถุนายน). **ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**.วารสาร Journal Nurse Science. (30) 2: 46-57.

- รวินันท์ นุชศิลป์. (2552). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการประยุกต์ใช้การรับรู้สมรรถนะตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความเครียด ของพนักงานสถานประกอบการขนาดกลาง.** วิทยานิพนธ์ วทม.(สาธารณสุขศาสตร์) .กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งรัตน์ กล้าสนอง. (2553). **การประเมินผลโปรแกรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ของสถานีอนามัยบ้านโคราช ตำบลรางหวาย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี.**การค้นคว้าอิสระ.(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งโรจน์ ทีอุทิศ. (2557). **ถอดบทเรียน: การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ “ดอนหมุโมเดล” ตำบลขามเปี้ย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี.** สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2558 จาก <http://khampiahospital.blogspot.com/>
- รัชนี สรรเสริญและคนอื่นๆ. (2556, กันยายน-ธันวาคม). **การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวชุมชนเป็นฐาน.** วารสารพยาบาลและการศึกษา. 6(3): 25-40
- รัศมี ลือฉาย. (2554). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.** วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 5(3): 19-29.
- รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. (2550). **โรคอ้วนและโรคเบาหวาน.** กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- วราลี วงศ์ศรีษา และอรสา กงตาล. (2556). **ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม.** Graduate Research Conference 2012 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2558. จาก www.gsbook.gs.kku.ac.th.
- วัฒนา สว่างศรีและศิริภณี อินทรหนองไผ่. (2558, มกราคม-เมษายน). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน.**วารสารพยาบาลทหารบก. 16(1): 116-122.
- วิจารณ์ พานิช. (2549). **การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:สุขภาพใจ. ——— (2549). **KMวันละคำ.** กรุงเทพฯ:สุขภาพใจ.
- วิจารณ์ พานิช. (2552). **องค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้.** กรุงเทพฯ: สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558.จาก www.nokkrob.org.
- วิชัย เอกพลากร .(2553). **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552.** นนทบุรี : เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

- วิชัย เทียนถาวร. (2556). **ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบาย สู่ การปฏิบัติ.**
- วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. (2556). **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน.** สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2558. จาก www.smnc.ac.th.
- วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ. (2554). **ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้ และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ.** วารสารพยาบาลศาสตร์. 29(2):103-112.
- วิราภานต์ ปิ่นสกุล และธนิศา ผาติเสนา. (2554). **การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของพนักงานโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครราชสีมา.** การประชุมวิชาการเสนอมผลงานวิจัย ระดับบัณฑิตแห่งชาติครั้งที่ 23 ระหว่างวันที่ 22-23 ธันวาคม 2554. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- วรรณนก จันทร์ทุม. (2549, กันยายน). **การพัฒนาทวิวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม:กรณีศึกษาโรงเรียนขยายโอกาสในจังหวัดกาฬสินธุ์.** วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 12(1)
- วรรณดี สุทธิรักษากร. (2556). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสรรค์สร้าง.** กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.
- . (2557). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและกระบวนการทางสำนึก.** กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.
- ศิริรัตน์ แอดสกุล. (2553). **สถาบันครอบครัว:พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลง.** กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธานุ. (2551). **ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม.(พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร
- ศุภวัณณ์ พลายน้อย และเนาวรัตน์ พลายน้อย (2552). **รายงานการวิจัย การถอดบทเรียนและสังเคราะห์ องค์ความรู้ โครงการเพิ่มประสิทธิภาพ การเข้าถึง และการให้บริการทางข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.**
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). **จิตวิทยาสังคม.** กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555.** กรุงเทพฯ : ใช้น้ำพริ้นติ้ง.

- สมใจ วินิจกุล. (2550). **อนามัยชุมชน กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พันนี้พับลิชิ่ง.
- สมใจ วินิจกุลและนิตยา สุขชัยสงค์. (2556, กรกฎาคม-ธันวาคม). **ประสิทธิผลการใช้โปรแกรม กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วารสารเกื้อการุณย์. 20(2):84-95.
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2541). **การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). **การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2555) **สุขภาพคนไทย 2555**. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2550). **คู่มือประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2557). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557**. ศรีเมืองการพิมพ์ .กรุงเทพฯ.
- สมพงษ์ จันทรโสภาและคณะ. (2557). **การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จัหวัดมหาสารคาม**. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 23(3): 394-402.
- สารภี แสงเดช. (2555 ,มกราคม-มีนาคม). **แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี**. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 35 (1) : 36-46.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2547). **จิตวิทยาสังคม:ทฤษฎีและการประยุกต์**. กรุงเทพฯ:ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- สิริรัตน์ วิภาสศิลป์และชุติมา สัจจานนท์. (2552). **การวิจัยและสถิติประยุกต์ทางนิเทศศาสตร์: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยกรณีศึกษาและการวิจัยอนาคต (หน่วยที่6-10)**. พิมพ์ครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี. (2556). **พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

- สุกาญจน์ อยู่คงและธราดล เก่งการพานิช. (2558). **ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.** การประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17 เรื่อง "บทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ" วันที่ 14-16 พฤษภาคม 2558 ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช แอนด์ รีสอร์ท เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชุม พันธุ์ณรงค์และพิมลพรรณ บุญยะเสนา. (2554,มกราคม-มิถุนายน). **การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กวัยเรียน.** วารสารศรีนครินทร์ทวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 3(5)
- สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2557, มกราคม). **ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย.** วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 20(1).
- สุพินญา คงเจริญ ชดช้อย วัฒนะ และธีรนุช ห่านิวัติศัย. (2556 ,มกราคม-มีนาคม). **ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.** พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 40(1).
- สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคณะ.(2556). **โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 27: 16-30.**
- สุรีย์พร พานนท์ ชัยยง ขามรัตน์ และอติพร ทองหล่อ.(2554, ตุลาคม-พฤศจิกายน).**การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มิภาวะอ้วน ตำบลลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์.** วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 7(1).
- สุรพล อริยะเดช. (2555, กรกฎาคม-กันยายน). **ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง.** วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 3(29):205-216.
- สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคณะ. (2556 ,มกราคม-เมษายน). **โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์.** **วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 27(1):74-87**
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- . (2555). **วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์.

- สมโภชน์ เขี่ยมสุภาชาติ. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวณีย์ ขวานเพชร และคณะ. (2554). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่**. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ฉบับพิเศษ 84 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช : 9-20. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2550). **คู่มือการ สร้างกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้**. การจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์ ของส่วนราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2550.
- สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2553). **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2553). **รายงานผลการประเมินความสามารถในการจัดการป้องกัน และควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษาโรคหัวใจและหลอดเลือดรวม ความดันโลหิตสูงและเบาหวานปีงบประมาณ 2553**. กรุงเทพฯ: อิมชั่น อาร์ต .
- สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2554). **การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและ หลอด เลือดโครงการนำร่องรักษ์หัวใจ ในที่ทำงานปี 2554**. นนทบุรี: ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์
- สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2555). **รายงานสรุปข้อมูลการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำ ข้อมูล โรคไม่ติดต่อระดับประเทศในการประชุม**. กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์.
- สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2556). **รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการนโยบายสู่การปฏิบัติ ระบบ เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและการป้องกัน ควบคุมโรค ไข้เลือดออกในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). **"ขยับ" กระฉับกระเฉง**. โครงการพัฒนา เครือข่ายระดับสากล แผนส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2552). **รายงานสถิติสถานะสุขภาพคนไทยจากการสำรวจ The Nation Household Education Surveys Program (NHES) ครั้งที่ 3 ปี 2546-2547 กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: กระทรวง สาธารณสุข

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). **จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ.2548- 2552**. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553,พฤษภาคม). **ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม**.วารสารสาระสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.(2553). **แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอสพีก็อปปีปริน.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). **สถิติสาธารณสุข ปี 2541-51**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย พ.ศ.2554-2563**. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). **สถานการณ์เบาหวานไทย.สาระสุขภาพ**. 4 (25): 1 – 2.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). **แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดี วิถีไทย พ.ศ.2554-2563**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2556). **รายงานผลการดำเนินการ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย:“ด้วยปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี”**. มกราคม – มิถุนายน.

สำนักข่าวแห่งชาติ. (2548). **กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร**. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2556 จาก <http://www.egov.go.th>.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (2555). **สถิติสถานะสุขภาพคนไทย**. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2556 จาก <http://www.thaihealth.or.th>

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (2555). **สถิติสถานะสุขภาพคนไทย**. Online สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2556 จาก <http://www.thaihealth.or.th/taxonomy/term/5181>

สนทยา พลศรี. (2556). **การพัฒนาความสามารถของบุคคลและกลุ่ม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

สัมฤทธิ์ ศรีธาราสวัสดิ์. (2552). **รูปแบบการดูแลสุขภาพ สำหรับ ผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน**.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว .มปก.

สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2558,จาก http://www.academia.edu/1352085/Community_care_model_for_older_people_in_Thailand.

- อารีย์ บัวหลวง. (2557, ตุลาคม-พฤศจิกายน). **ผลสัมฤทธิ์การพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านเขาपुरาง ตำบลปากแพรก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี**. วารสารสุขภาพประชาชน. 10(1):11-15.
- อาภาพร เฝ้าวัฒนาและคณะ. (2556) **การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ : คลังนานาวิทยา.
- อรทัย ก๊กผล. (2552). **คู่มือ คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: จริยสุนิทวงศ์การพิมพ์.
- อริยา ทองกร. (2550). **การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์อภิमान**. วทม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณี รัตนพิทักษ์และคณะ. (2556, มกราคม-มีนาคม). **การจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมและดัชนีสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2**. วารสารพยาบาลศาสตร์. 3(1): 7-17.
- อรวรรณ แพนคงและสุนทรีย์ คำเพ็ง. (2553, มกราคม-เมษายน) **ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**. วารสารปริทัศน์พยาบาลศาสตร์. 6 (1):1-11.
- อรวรรณ ประภาศิลป์. (2554). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม**. วิทยานิพนธ์. พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อุทัยวรรณ กาญจนโกมล. (2552). **เอกสารประกอบการประชุมโครงการพัฒนาบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 ณ.ร.ร.ลานนาพาเลส เชียงใหม่ 12-17 ก.ค. 2552**. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2558. จาก. Asset Based Community Development Thailand <http://www.slideshare.net/UthaiwanKanchanakamol/asset-base-community-development-thailand>.
- อัญญา คำอักษร. (2552). **การจัดหมวดหมู่ข้อมูลหมายก่อสร้างในพระราชบัญญัติควบคุมอาคารฯ 2552**. การค้นคว้าอิสระ วศม.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณี รัตนพิทักษ์. (2556, มกราคม-มีนาคม). **ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2**. วารสารพยาบาลศาสตร์. 31(1):7-18.

- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2552). **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก Promise Model**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และอนันต์ มาลารัตน์. (2556). **ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน**. รายงานการวิจัยฉบับที่ 141 จากการสนับสนุนทุนงบประมาณเงินรายได้ ของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประจำปี 2555.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหงและคณะ. (2555). **ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อภัสริณ มะโนและคนอื่นๆ. (2555, มกราคม-มิถุนายน). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคนเขตกรุงเทพมหานคร**. **วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี** กรุงเทพฯ. 28(1).
- Bandura, A. (1969). **Principles of Behavior Modification**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1971). **Social Learning Theory**. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. **Psychological Review**. 84(2): 191-215.
- Bandura, A. (1977). **Social Learning Theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1988). Self-Regulation of Motivation and Action Through Goal Systems. In **Cognitive Perspective on Emotion and Motivation**. Edited by V. Hanilton; G. H. Bower; N. H. Frijida (eds), pp. 37-61. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Chang, F. C.; et al. (2014). **Facilitating the implementation and efficacy of health-promoting schools via an action-research approach in Taiwan**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2558 จาก www.pubmed.com

- Cohen & Uphoff, (1980). *Effective Behavior in Organization*. New York: Richard D. Irwin Inc.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies*. New York: Cornell University Press.
- Colagiuri, S; et al. (2010). *The Sydney Diabetes Prevention Program: a community-based translational study*. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.pubmed.com
- Evans, R. (1989). *Albert Bandura: The Man and His Ideas - A Dialogue*. New York: Praeger.
- Green, L.; & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill.
- Hu, F. B.; et al. (2001). Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Woman. *The New England Journal of Medicine*. 345(11): 790-797.
- Hess, R.D.; & Torney, J. V. (1967). *The Development of Political Attitudes in Children*. Chicago, IL: Aldine.
- Jiamjarasrangsi W, Aekplakorn W. (2005). *Incidence and predictors of type 2 diabetes among professional and office workers in Bangkok, Thailand*. *J Med Assoc Thai*. 88(12):1896-904.
- Kathryn Herr and Gary L. Anderson. *The action research dissertation: a guide for students and faculty*. New York University.
- Kamath Dy et al. (2014). *Rationale and design of a randomized controlled trial evaluating community health worker-based interventions for the secondary prevention of acute coronary syndromes in India(SPREAD)*. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- Kanazawa, M.; et al. (2002). Criteria and Classification of Obesity in Japan and Asia-Oceania. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 11(suppl.8): S732-S737.
- Koufman, F. (1949). H.F. Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities. *Agricultural Experiment Station Bulletins*. 4(2): 5-50.
- LaZarus, R.S.& Folkman,S. (1984). *Stress Appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lee, D.; et al. (2014). Leisure-Time Running Reduces All-Cause and Cardiovascular Mortality Risk. *Journal of the American College of Cardiology*. 64(5): 472-481.
- Levy, M.R., et al.(1984). **Stress and Its management**. In *life and Health*. New York: Randum House Inc.
- Maindal, H. T.; Bonde, A.; & Aagaard-Hansen, J. (2014). Action Research Led to a Feasible Lifestyle Intervention in General Practice for People with Prediabetes. *Primary Care Diabetes*. 8(1): 23-29.
- McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change, in E. Aronson and G. Lindzey, eds, *The Handbook of Social Psychology*. Random House
- McTaggart, R. (1991). **Action Research: A Short Modern History**. Geelong, Victoria: Deakin University Press.
- McVey, G. L.; et al. (2013). Integrating weight bias awareness and mental health promotion into obesity prevention delivery: a public health pilot study. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- Miller, I. F. (1983). **Coping with chronic illness overcoming powerlessness**. Philadelphia: F.A.Devis Company.
- Nunnally, J.C. (1978). **Psychometric Theory**. Newyork: McGraw-Hill.
- NHS Improving Quality. **Learning Handbook Guidance and tools to support systematic learning before, during and after project activity in health and care**. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2558 จาก www.nhsiq.nhs.uk.
- Nur, A. A. S; et al. (2009). An Action Research on Promotion of Healthy Ageing and Risk Reduction of Chronic Disease: A Need Assessment Study among Rural Elderly Malays, Care Givers and Health Professionals. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 13(10): 925-930.
- Orem,D.E. (1985). **Nursing Concepts of Practice**.(3nd ed.) New York:McGraw-Hill Book.
- Oli N et al. (2014). **Experiences and perceptions about cause and prevention of cardiovascular disease among people with cardiometabolic conditions:findings of in-depth interviews from a peri-urban Nepalese community**. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

- Pazoki, R; et al. (2007). **Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: a randomized controlled trial guided by community-based participatory research(CBPR).** สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- Pintrich, P.R. & De Groot, E.V. (1990). **Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom Academic Performance.** *Journal of Educational Psychology.* 82(1), 33 – 40.
- Ricciardelli, L. A.; et al. (2012). Promoting Fit Bodies, Healthy Eating and Physical Activity among Indigenous Australian Men: A Study Protocol. **BMC Public Health.** 12: 28.
- Rovineli, R.& Hambleton, R.K. (1977). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity. **Dutch Journal of Educational Research.** 2: 49-60.
- Salmon, S. J.; et al. (2014). Health on Impulse: When Low Self-Control Promotes Healthy Food Choices. **Health Psychology.** 33(2): 103-109.
- Schunk, D. H. (1994). Self - Regulation of Self - Efficacy And Attributions In academic Setting. In D.H., Schunk & B.J. Zimmerman (eds.), **Self - regulation of learning and performance: issues and educational applications.** pp. 76-79. New Jersey: Lawrence.
- Smith, S E., D.G. Willms, and N.A. Johnson. (1997). **Nurtured by Knowledge; Learning to Do Participatory Action Research.** The Apex Press: New yoke.
- Sears, D.O.; & Valentino, N. A. (1998). Political matters: political events as catalysis for pre adult socialization. *Am Polit Sci Rev.* 91:45-65.
- Stampfer, M. J.; et al. (2000). Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women through Diet and Lifestyle. **The New England Journal of Medicine.** 343: 16-22.
- Staten, L. K.; et al. (2012). **Effectiveness of the Pasos Adelante chronic disease prevention and control program in a US-Mexico border community.** สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- Stephen Kemmis and Robin McTaggart. (1990). **The Action Research Planner.** Brown Prior Anderson National Library of Australia.

- Shila Berenji, Asmah Bt rahmat, Parichehr Hanachi, et al. (2010). **Metabolic Syndrome in Iran. Global Journal of Health Science.** 2(2):117-122.
- Sanchez A et al.(2009). **Modelling innovations for optimizing healthy lifestyle protimising healthy lifestyle promotion in primaryhealth care: Wprescribe Vida Saludable” phase I research protocol.** BMC Health Service Research สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- Totikidis, V. (2013). **Community Centred Health Promotion and Prevention in an Australian Context.** Doctoral of Philosophy (Psychology). Victoria University, Melbourne, Australia.
- Whitt-Glover, M.C.; et al. (2010). **Translating the Dietary Approaches to stop Hypertention (DASH) diet for use in underresourced,urban African American community.** สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- WHO. (2013). **New data highlight increase in hypertention, diabetes incidence.** สืบค้นเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2558 จาก www.int.
- Willett, W. C.; Dietz, W. H.; & Colditz, G. A. (1999). **Guidelines for Healthy Weight.** The New England Journal of Medicine. 341(6): 427-434.
- Yager, M.I. (1989). **Clinical Manifestations of psychiatric disorder** In H.J. Kaplan & B.J. Sadock(Eds). **Comprehensive text book of psychiatric/Volume 1.** (5thed). Baltimer: Williams & Wilking



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย โทร. 11013

ที่ ศธ 0519.38/ ๔๘๗๐

วันที่ 27 พ.ย. 2558

เรื่อง ใบอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์

เรียน นางสาวศิริเนตร สุขดี (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์)

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์ นั้น คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ได้พิจารณาและออกใบอนุญาตให้ท่าน ดังนี้

หนังสือรับรองเลขที่ SWUEC/E-241/2558 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนในตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

อนึ่งท่านต้องดำเนินการโครงการวิจัยตามที่ได้กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด หากมีการปรับเปลี่ยน/แก้ไขใดๆ ต้องนำเสนอคณะกรรมการเพื่อขออนุมัติก่อน และถ้าโครงการวิจัยนี้เสร็จสิ้นแล้ว ขอความกรุณาส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์(รูปเล่ม)ให้กับประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ จำนวน 1 เล่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หมายเหตุ : ใบอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ ที่ท่านได้รับนี้ออกโดยคณะกรรมการจริยธรรมฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สามารถทำวิจัยได้เฉพาะภายในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หากท่านต้องการทำวิจัยในมนุษย์ ที่หน่วยงานภายนอก ท่านจะต้องขอใบอนุญาตการทำวิจัยฯ จากหน่วยงานภายนอกที่มีคณะกรรมการจริยธรรมฯ ด้วย

บว. 412

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
แบบรายงานผลการพิจารณาเค้าโครงปริญญาโท / สารนิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการบริหารหลักสูตร ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
คณะ/สถาบัน/สำนัก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มีความประสงค์จะขอรายงานผลการพิจารณาเค้าโครงปริญญาโท /
โครงการสารนิพนธ์ ของนิสิตชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) ศิริเนตร สุขดี
รหัสประจำตัวนิสิต 55199120025 นิสิตระดับ (/) ปริญญาเอก () ปริญญาโท - เอก () ปริญญาโท
E-mail natechula@yahoo.com โทร 099-2362362

ชื่อปริญญาโท / สารนิพนธ์ (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของตำบลบางปะกง

(ภาษาอังกฤษ) The Development of Health Behavior Modification Model in Risk Non Chronic Disease
Base on Knowledge Management Process by The Community in Tambon Bangpakong.

ทำการพิจารณาเค้าโครงปริญญาโท / สารนิพนธ์ เมื่อวันที่ 21 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

สถานที่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ห้อง ห้องประชุมสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

ผลการสอบเค้าโครงปริญญาโท / สารนิพนธ์ (แบบผลการประเมินตามแบบฟอร์ม)

ผ่าน (คณะกรรมการได้ตรวจสอบความถูกต้องของเค้าโครงปริญญาโท/สารนิพนธ์เรียบร้อยแล้ว)

ไม่ผ่าน

ชื่อ-สกุล (ตำแหน่งทางวิชาการ)	ลายมือชื่ออาจารย์	ตำแหน่งสอบเค้าโครง
1. ดร.นำชัย ศุภักษรชัยสกุล		ประธาน
2. รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง		กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษา)
3. ดร.พรณี บุญประกอบ		กรรมการ
4. ผศ.ดร.ประทีป จินี		กรรมการ
5. ผศ.ดร.วิชุดา กิจธรรรม		กรรมการและเลขานุการ
6.		
7.		

ผลการพิจารณาของคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อนุมัติ

ความเห็นอื่นๆ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

21 ก.ย. 2558

หมายเหตุ ส่งผลการประเมินให้บัณฑิตวิทยาลัยภายใน 14 วันหลังสอบ

**บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
แบบรายงานผลการพิจารณาเค้าโครงปริญญานิพนธ์ / สารนิพนธ์**

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการบริหารหลักสูตร ปรัชญาคุณภูมิบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ คณะ/สถาบัน/สำนัก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มีความประสงค์จะขอรายงานผลการพิจารณาเค้าโครงปริญญานิพนธ์ / โครงการสารนิพนธ์ ของนิสิตชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) ศิริเนตร สุชาติ รหัสประจำตัวนิสิต 55199120025 นิสิตระดับ () ปริญญาเอก () ปริญญาโท - เอก () ปริญญาโท E-mail natechula@yahoo.com โทร 099-2362362

ชื่อปริญญานิพนธ์ / สารนิพนธ์ (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของตำบลบางปะกง (ภาษาอังกฤษ). The Development of Health Behavior Modification Model in Risk Non Chronic Disease Base on Knowledge Management Process by The Community in Tambon Bangpakong.

ทำการพิจารณาเค้าโครงปริญญานิพนธ์ / สารนิพนธ์ เมื่อวันที่ 21 เดือน สิงหาคม พ.ศ.2558

สถานที่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ห้อง ห้องประชุมสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

ผลการสอบเค้าโครงปริญญานิพนธ์ / สารนิพนธ์ (แบบผลการประเมินตามแบบฟอร์ม)

- () ผ่าน (คณะกรรมการได้ตรวจสอบความถูกต้องของเค้าโครงปริญญานิพนธ์/สารนิพนธ์เรียบร้อยแล้ว)
() ไม่ผ่าน

ชื่อ-สกุล (ตำแหน่งทางวิชาการ)	ลายมือชื่ออาจารย์	ตำแหน่งสอบเค้าโครง
1. ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล		ประธาน
2. รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง		กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษา)
3. ดร.พรณี บุญประกอบ		กรรมการ
4. ผศ.ดร.ประทีป จินนี่		กรรมการ
5. ผศ.ดร.วิชุดา กิจธรรรม		กรรมการและเลขานุการ
6.		
7.		

ผลการพิจารณาของคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

- () อนุมัติ
() ความเห็นอื่นๆ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

21 ก.ย. 2558

หมายเหตุ ส่งผลการประเมินให้บัณฑิตวิทยาลัยภายใน 14 วันหลังสอบ



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

ของชุมชนตำบลบางเกลือ



ความเป็นมาของโปรแกรม

“การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขนั้นเป็นความต้องการ และความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนแสวงหาได้อย่างชอบธรรม สุขภาพอยู่ในตัวของคุณอยู่ในครอบครัว อยู่ในโรงเรียน สถานที่ทำงาน ในชุมชน นั่นคือ อยู่ในชีวิต” (ประเวศ วะสี. 2543) จากคำกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพที่ดีนั้นเป็นที่ปรารถนาของทุกคนในสังคมเป็นสิ่งที่แสวงหาและสร้างมันขึ้นมาได้ด้วยตนเอง แต่ทว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัวส่งเสริมให้เกิดโรคและภัยสุขภาพให้แนวโน้มของอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กระบวนการเกิดโรคนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการแพร่กระจายของเชื้อโรคแต่มีปัจจัยที่เพียงพอ (Sufficient agent) ก็สามารทำให้เกิดโรคได้ ปัจจัยดังกล่าว เช่น ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้มีระยะเวลาการดำเนินการของโรคที่มีความต่อเนื่องและยาวนานตลอดช่วงชีวิต (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2553) อันได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนับวันทวีความรุนแรงและมีการกระจายของโรคเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากความเจริญด้านเทคโนโลยี สภาพแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของประชากรในชุมชนนั้นๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีความซับซ้อนและยากที่จะจัดการป้องกันและควบคุมโดยใช้เครื่องมือใดๆ (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2556: 4)

จากการศึกษาบริบทชุมชนพบว่าชุมชนบางเกลือเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีการประกอบอาชีพที่เปลี่ยนแปลงจากอาชีพเกษตรกรรม เป็นรับจ้างในโรงงาน และการประมง ทำให้มีการออกแรงในการทำงานน้อยลง และพบว่ากลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในปี พ.ศ.2558 พบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 8.18 ปี พ.ศ.2560 มีพบร้อยละ 7.85 และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี พ.ศ.2558 พบร้อยละ 2.45 ปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 2.49 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของประชาชนนั้นยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เช่น อ้วนลงพุง ระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดยังสูงกว่ามาตรฐาน มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น (สถานีอนามัยตำบลบางเกลือ ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ. 2560) ผลกระทบที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับประชาชนในชุมชนคือ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์/อัมพาต) ซึ่งต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและยาวนาน จำนวน 7 คน และมีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีกิจกรรมอยู่ติดบ้าน จำนวน 31 คน (ฐานข้อมูลสถานีอนามัยตำบลบางเกลือ. 2560) ที่เป็นภาระให้ครอบครัวและชุมชนต้องให้การดูแล

จากปัญหาดังกล่าวชุมชนตำบลบางเกลือจึงเล็งเห็นถึงปัญหาการเพิ่มจำนวนของผู้มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังในสถานีอนามัยตำบลบางเกลือเพิ่มมากขึ้น จึงร่วมกันจัดทำโครงการ

สุขภาพดีด้วย 3 อ.(อาหาร อารมณ์ และการจัดการอารมณ์) เพื่อนำกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองเป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจในอนาคต

สาเหตุหลักการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนชุมชนบางเกลือ

จากการศึกษาบริบทชุมชนจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ในชุมชนบางเกลือ พบสาเหตุหลักที่จะนำมาใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำมาสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เกิดความยั่งยืน ดังนี้

- 1.เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation)
- 2.เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude)
- 3.การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)
- 4.การควบคุมตนเอง (Self-Control)
- 5.กลุ่มเพื่อน (Social group)

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชนตำบลบางเกลือ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองและการดูแลสุขภาพตนเองทางด้าน 3 อ. (อาหาร อารมณ์ และการจัดการอารมณ์) โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

1) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น

2) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีทักษะในการควบคุมตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น

3) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำทักษะการควบคุมตนเองที่ได้รับจากโปรแกรม ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

2. เพื่อปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

4) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมี น้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอวและดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงสู่เกณฑ์มาตรฐาน หรือ ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลบางเกลือที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยผ่านการประเมินตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของสำนักงานหลักประกันคุณภาพแห่งชาติ (สปสช.) และได้รับการประเมินจากสถานพยาบาลผู้ให้บริการว่ามีพฤติกรรมทางสุขภาพที่มีแนวโน้มจะทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

หลักการและแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถประมวลแนวคิด ทฤษฎี ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ แนวคิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายของโปรแกรมฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายของโปรแกรม

1) แนวคิดเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมในการบรรยาย โปสเตอร์กลไกการเกิดโรค การตั้งคำถาม การเล่นเกม และการอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถจดจำและเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ความเชื่อมโยงของปัจจัยเสี่ยง ผลเสีย แนวทางการป้องกันและความสำคัญของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แนวคิดที่ 1 ถูกนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรสดังกล่าว

2) แนวคิดเกี่ยวกับแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977, 1997) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีแนวคิดย่อยประกอบด้วย

2.1 การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์โดยตรงจากการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด และมีความเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การตั้งคำถาม การเล่นเกม การฝึกซ้อมและลงมือปฏิบัติจริงทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การอภิปรายกลุ่มย่อย การฝึกคิดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม และการนำเสนอประสบการณ์เดิมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาเป็นข้อมูลย้อนกลับ

2.2 การใช้ตัวแบบ โดยมีกิจกรรมดังนี้ การให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จจากการแสดงพฤติกรรม เช่น ผู้นำสุขภาพที่ประสบความสำเร็จจากการควบคุมตนเองในการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และไม่มีอารมณ์เครียด จนลดน้ำหนักได้ ลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือลดระดับความดันได้ในแต่ละครั้งที่มีการฝึก หรือ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขามีความตั้งใจที่จะทำในสิ่งที่ตั้งใจไว้และไม่มีความรู้สึกท้อแท้ส่วนในการสาธิตการออกกำลังกายนั้น ทำโดยผู้ร่วมวิจัยและผู้นำสุขภาพที่มีความชำนาญในการออกกำลังกายนั้นๆ เช่น การแกว่งแขน ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมหรือทักษะใหม่ๆ ที่เป็นผลจากการแสดงของตัวแบบ (ผู้สาธิต) การให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบ (เพื่อนในกลุ่ม) แสดงพฤติกรรมทางบวกแล้วได้รับการเสริมแรง ซึ่งจะช่วยให้กระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้แสดงพฤติกรรมทางบวกหรือระงับพฤติกรรมทางลบ รวมทั้งการให้ผู้นำสุขภาพเป็นตัวแบบในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

2.3 การใช้คำพูดชักจูง เป็นการส่งเสริมทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าเขาสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้สมาชิกในกลุ่มมีการให้กำลังใจด้วยคำพูด และการพูดคุยตามนัดของกิจกรรม

แนวคิดที่ 2 ถูกนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนตัวแปรและพฤติกรรม คือ

- ด้านความรู้/การคิด และด้านความรู้สึก/จิตใจ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการออกกำลังกาย และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการจัดการความเครียด
- ด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด

3) แนวคิดการฝึกควบคุมตนเอง (Kazdin. 2001) เพื่อพัฒนาทักษะในการควบคุมตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียดโดยใช้เทคนิคการควบคุมสิ่งเร้าและการเตือนตนเอง ดังนี้

3.1 การควบคุมสิ่งเร้า โดยมีกิจกรรมคือ การกำจัดสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ/หลักของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ และการกำจัดสิ่งเร้าที่ไม่ทำให้เกิดการออกกำลังกายในขณะที่สร้างสิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ/หลักของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ การออกกำลังกายด้วยตนเองในระดับที่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ การจัดการความเครียดด้วยตนเอง ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมเรื่องอาหารมีการจัดเฉพาะอาหารรสจัด

และของว่างที่มีน้ำตาลต่ำให้แก่กลุ่มตัวอย่าง การออกกำลังกายด้วยตนเองขนาดปานกลางถึงแรงทุก วันอย่างน้อยวันละ 30 นาที และการจัดหารูปแบบการออกกำลังกายด้วยตนเอง รูปแบบการจัดการ ความเครียดด้วยตนเองให้กลุ่มตัวอย่าง

3.2 การเตือนตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดพฤติกรรม เป้าหมายให้ชัดเจนและการฝึกแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น การฝึกบันทึก พฤติกรรมเป้าหมาย การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง การประเมินผลและการให้แรงเสริม ตนเอง โดยข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้สังเกตและบันทึกด้วยตนเองจะถูกนำมาเป็นข้อมูลย้อนกลับที่จะ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด จนถึงระดับสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนสามารถทำได้ ซึ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับและการเสริมแรงนี้จะ ช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์

แนวคิดที่ 3 ถูกนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ

- ด้านการคิด ได้แก่ การควบคุมตนเองในการบริโภคอาหาร การควบคุมตนเอง ด้านการออกกำลังกาย และการควบคุมตนเองในการจัดการความเครียด
- ด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

4) การจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กองสุขศึกษา. 2556:16) ได้กล่าวว่า ควรเน้นที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญคือ

1.ในการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือการจัดการให้ผู้รับบริการที่มี ปัญหาสุขภาพเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพตนเอง และสามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่าง ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหา

2.ดำเนินการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ให้บรรลุเป้าประสงค์ตามกำลังหรือ ศักยภาพของแต่ละคน

3.ผู้รับบริการแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งด้านความต้องการความสนใจ ความถนัด และยังมีทักษะพื้นฐานอันเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันก่อให้เกิด การแสดงผลของการเรียนรู้ด้านสุขภาพออกมาในลักษณะที่ต่างกันจึงควรมีการจัดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในลักษณะที่แตกต่างกัน ตามเหตุปัจจัยของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคน

4. การดำเนินการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่าทุกคนมีความแตกต่างกันทุกคนสามารถเรียนรู้ได้และเชื่อว่าการเรียนรู้เกิดได้ทุกที่ ทุกเวลา

5. การจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องเป็นการจัดการบรรยากาศ จัดกิจกรรม จัดสื่อ จัดสถานการณ์ ฯลฯ ให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพผู้ที่จะมาเป็นผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องรู้จักผู้รับบริการให้ครอบคลุมอย่างรอบด้าน และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปเป็นพื้นฐานในการออกแบบหรือวางแผนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

แนวคิดที่ 4 เป็นส่วนที่สอดแทรกอยู่ในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ให้กลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม

5) แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความตระหนัก ความตระหนักเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาการควบคุมตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2549) การสร้างความตระหนักมีกิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ซึ่งและบันทึกน้ำหนัก รอบเอวของตนเองทุกสัปดาห์ และการให้บันทึกพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายประจำวันและวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง

แนวคิดที่ 5 เป็นส่วนที่สอดแทรกอยู่ในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ให้กลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม

6) แนวคิดเกี่ยวกับการใช้เกมประกอบการเรียนการสอน (วารินทร์ อักษรนำ. 2544) โดยประเภทของเกมที่น่าสนใจใช้ในโปรแกรม ได้แก่ เกมละลายพฤติกรรม และ เกมเพื่อประสบการณ์การเรียนรู้

จากหลักการและแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์ของโปรแกรม แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม และวิธีดำเนินกิจกรรม ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรมฯ และวิธีดำเนินงานกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม	แนวคิดที่ใช้		วิธีดำเนินงานกิจกรรม
	ชื่อแนวคิด	จุดมุ่งหมายของแนวคิด	
<p>1) เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>2) เพื่อการรับรู้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ</p>	-แนวคิดแรงจูงใจภายใน	-เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจภายใน	<p>-การตั้งจุดมุ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมและวิธีการที่ไปถึงเป้าหมายและปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข</p> <p>-การใช้กลุ่มเพื่อนในการทำกิจกรรมและมีคู่มือในการกระตุ้นการดูแลตนเอง</p> <p>-การให้รางวัล</p>
<p>1) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าใจความหมาย ความเชื่อมโยงระหว่าง ปัจจัยเสี่ยง ผลเสีย แนวทางการป้องกัน และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	-แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ	เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถด้านความรู้/การคิด	<p>- การบรรยายเป็นฐานความรู้</p> <p>- การตั้งคำถาม</p> <p>- การเล่นเกม</p> <p>- การอภิปรายกลุ่มย่อย</p>
<p>2) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น</p> <p>2.1 การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้น</p> <p>2.2 การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้น</p> <p>2.3 การจัดการความเครียดด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น</p>	แนวคิดเกี่ยวกับแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง	เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านความรู้/การคิด ด้านความรู้ลึก/อารมณ์ และด้านพฤติกรรม	<p>การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ</p> <p>- การบรรยาย - การตั้งคำถาม</p> <p>- การเล่นเกม</p> <p>- การฝึกซ้อมและลงมือปฏิบัติจริงทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม</p> <p>- การอภิปรายกลุ่มย่อย</p> <p>- การนำเสนอประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่างมาเป็นข้อมูลย้อนกลับ</p>
			<p><u>การใช้ตัวแบบ</u></p> <p>- การสาธิตการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพโดยใช้เมนูสุขภาพ</p> <p>- การออกกำลังกายด้วยตนเองและการจัดการความเครียดด้วยตนเองด้วยการใช้การหายใจร่วมกับการออกกำลังกายโดยวิทยากรที่เป็นผู้นำสุขภาพในชุมชน</p>

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม	แนวคิดที่ใช้		วิธีดำเนินการกิจกรรม
	ชื่อแนวคิด	จุดมุ่งหมายของแนวคิด	
			<ul style="list-style-type: none"> - การให้กลุ่มตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก ลดรอบเอว ระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดเป็นตัวอย่างที่ได้รับการยกย่อง -หรือประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรมตามที่มอบหมายมาเป็นตัวอย่าง - การให้ผู้นำสุขภาพเป็นตัวอย่างในการแสดงพฤติกรรม <p>การใช้คำพูดชักจูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้สมาชิกสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ ในการเข้าร่วมในโปรแกรม - การให้กำลังใจด้วยคำพูดเมื่อประสบความสำเร็จ
<p>3) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีทักษะในการควบคุมตนเองเกี่ยวกับ</p> <p style="padding-left: 40px;">3.1 การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้น</p> <p style="padding-left: 40px;">3.2 การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้น</p> <p style="padding-left: 40px;">2.3การจัดการความเครียดเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้น</p> <p>4) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำทักษะการควบคุมตนเองที่ได้รับจากโปรแกรม ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน</p>	<p>การควบคุมตนเอง: การเตือนตนเอง</p>	<p>เพื่อปรับเปลี่ยนการควบคุมตนเองและด้านพฤติกรรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ฝึกการควบคุมตนเองตาม 4 ขั้นตอนในชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจนและการฝึกแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อนในการปฏิบัติตัวที่บ้าน 3)การประเมินผลและการให้แรงเสริมตนเอง- การมอบหมายให้ดำเนินการควบคุมตนเองที่บ้านด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดตามที่ได้ฝึกมา - การนำเสนอ/ติดตาม ผลการควบคุมตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม	แนวคิดที่ใช้		วิธีดำเนินการกิจกรรม
	ชื่อแนวคิด	จุดมุ่งหมายของแนวคิด	
<p>5) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมเกี่ยวกับ</p> <p>5.1 การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดีขึ้น</p> <p>5.2 การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดีขึ้น</p> <p>5.3 การจัดการความเครียดด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้น</p>	<p>การควบคุมตนเอง:</p> <p>การควบคุมสิ่งเร้า</p>	<p>เพื่อปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรม</p>	<p>การบรรยายและการฝึกปฏิบัติ เรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ - การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคทั้งชนิดและปริมาณ - การจัดเตรียมเฉพาะอาหารและช่องว่างที่มีไขมันและน้ำตาลต่ำให้แก่กลุ่มที่เข้าอบรม เช่นน้ำเต้าหู้ กลัวย่น้ำ - การจัดหาท่าประกอบกรออกกำลังกายที่สามารถทำที่บ้านได้ด้วยตนเองเพื่อความสะดวกต่อการทำกิจกรรมทางกาย - การจัดการอารมณ์ของความเครียดด้วยตนเองในทางที่ถูกต้อง
<p>6) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต รอบเอว ดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงสู่เกณฑ์มาตรฐาน หรือ ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม</p>	<p>เป็นผลทางอ้อมจากการที่ทุกแนวคิดดังกล่าวข้างต้นช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<p>เพื่อปรับเปลี่ยนตัวแปรทางกายภาพ ได้แก่ น้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต รอบเอว น้ำหนัก และดัชนีมวลกาย (BMI)</p>	<p>ดำเนินการกิจกรรมตามแนวคิดต่างๆ ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น และการวัดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพทุกครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม</p>

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมฯ นี้เป็นหลักสูตรที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดด้วยตนเอง โดยมีการจัดเนื้อหาและกิจกรรมที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทั้งทางด้านความรู้/การคิด ความรู้สึก/จิตใจ และพฤติกรรม/ทักษะ กิจกรรมที่จัดขึ้นแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการให้การอบรมตามหลักสูตรเพื่อมุ่งพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการควบคุมตนเอง ในการดูแลสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 4 ชั่วโมง การทำกิจกรรมในแต่ละครั้งมีระดับเป้าหมายของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ

ระยะที่ 2 เป็นการให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดำเนินการควบคุมตนเองด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน จำนวน 4 สัปดาห์ โดยมีการติดตามผลผลลัพธ์ด้านสุขภาพและให้ข้อมูลย้อนกลับโดยวิทยากรและเพื่อนสมาชิกเดือนละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 60 นาที

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลของโปรแกรม ซึ่งจะให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำแบบวัดการประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเองและการดูแลสุขภาพ และประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. ในส่วนวิทยากร ควรศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคดังกล่าว และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค แนวคิดเกี่ยวกับแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความตระหนัก รวมทั้งแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรม เทคนิค รูปแบบของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยเฉพาะการใช้เกมและกระบวนการกลุ่ม

2. ในส่วนการเตรียมการก่อนการดำเนินกิจกรรม

2.1 กำหนดลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ชัดเจน คือ ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นด้วยการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง โดยมีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพแล้วพบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีดังนี้

1. ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) มีค่า 130-139 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure, DBP) มีค่า 85-89 มม.ปรอท และไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาด้วยยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

2. ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หมายถึงผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วมือ (Fasting Capillary Blood Glucose) พบค่าน้ำตาลในเลือดมีค่า >100-125 มก./ดล. และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาด้วยยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

3. กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ หมายถึงผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคคือกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีการสูบบุหรี่ มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ น้ำหนักเกินและความอ้วน บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างใดอย่างหนึ่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรมฯ

รับสมัครกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และยินยอมสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

2.2 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ

ขั้นตอนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโปรแกรม

1. ให้กลุ่มเป้าหมายดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
2. ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยดำเนินการเพิ่มเติมดังนี้

2.1 ให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบข้อมูลด้านสุขภาพตนเองโดยการคืนข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมาย และนำไปแลกเปลี่ยนในกลุ่มเพื่อน

2.2 ในระหว่างโปรแกรมให้กลุ่มเป้าหมายและนำไปเป็นหลักฐานในการรับรางวัลเมื่อมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น

ขั้นตอนการประเมินผลโปรแกรม

มีการประเมินผล ดังนี้

1. การประเมินผลกิจกรรมในโปรแกรมแต่ละครั้งตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม เช่น การสังเกตความร่วมมือ การมีส่วนร่วม ความสำเร็จของงานที่ได้มอบหมาย ความสนใจในกิจกรรม เป็นต้น

2. การประเมินผลตามวัตถุประสงค์หลักของแต่ละโปรแกรม ดังนี้

2.1 ให้กลุ่มเป้าหมายทำแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2.2 เก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพทุกครั้งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคือ ความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด รอบเอว น้ำหนักและส่วนสูง เพื่อนำไปคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ของกลุ่ม กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรม

3. การประเมินความพึงพอใจโดยรวมของโปรแกรม โดยการสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

รายละเอียดของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของชุมชนบางเกลือ ขอนำเสนอโดยละเอียดในลักษณะแผนการเรียนการสอน ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม วัตถุประสงค์ของกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม อุปกรณ์/สื่อการสอน การประเมินผล เวลาที่ใช้ ดังต่อไปนี้



ตาราง 2 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนบางเกลือ

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปีที่ปฏิบัติ
1 เวลา 240 นาที	เปิดใจยอมรับ สุขภาพ	1. เพื่อสร้างแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ 2. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ข้อมูลสุขภาพตนเอง	1. ให้กลุ่มเสี่ยงตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น 2. ทำแบบประเมินการดูแลตนเอง 3. ให้คำแนะนำรายบุคคลถึงผลของสุขภาพ	- การสร้างความตระหนัก - การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	- เครื่องวัดความดัน - เครื่องเจาะน้ำตาล - สายวัดเอว - เครื่องชั่งน้ำหนัก - ที่วัดส่วนสูง - เครื่องคิดเลข - แบบวัด 3 S	การเข้าร่วมกิจกรรม	13 พ.ย 59
	2. ฐานภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานและโรคหัวใจ	1. เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง 2. เพื่อพัฒนาความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. แบ่งกลุ่มในการเข้ารับการเรียนรู้เป็นฐานจากวิทยากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำสุขภาพ 2. จัดฐานการเรียนรู้ 4 ฐานคือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ และคุณเสี่ยงแค่ไหนในการเป็นโรคเรื้อรัง	- การสร้างความตระหนัก - แนวคิดเรื่องโรคฯ - การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	1. ภาพพลิกในการให้ความรู้ทั้ง 3 โรค 2. แบบประเมินความเสี่ยงของโรค	การสอบถามย้อนกลับประเมินการรับรู้	

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปีที่ปฏิบัติ
2	ฉันจะเป็นดาว	1. เพื่อสร้างแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ 2. เพื่อการตั้งเป้าหมายและวิเคราะห์อุปสรรค 3. เพื่อควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพ 4. เพื่อกำหนดรางวัลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง	1. กำกับติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 2. ค้นข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพและนำผลลัพธ์มาแลกเปลี่ยนวิธีการในการดูแลตนเอง 3. การตั้งเป้าหมายและพันธะสัญญาในการปฏิบัติรายบุคคลและให้สมาชิกกลุ่มร่วมรับรู้ร่วมกัน 4. กำหนดรางวัลสำหรับบุคคลที่ทำได้ตามเป้าหมาย	- การสร้างแรงจูงใจภายใน - การควบคุมกำกับตนเอง	1. แบบพันธะ 7 ข้อ 2. เป้าหมายการเป็นดาว 3. รางวัล	มีเป้าหมายและขั้นตอนตามเป้าหมายทุกคน	27 พ.ย 59
เวลา 240 นาที	- อาหารหลัก 5 หมู่	2. เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง -ด้านการรับประทานอาหาร	1. วิทยากรโดยพยาบาลวิชาชีพและผู้นำสุขภาพให้ความรู้เรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ 2. ฝึกปฏิบัติโดยแจกโมเดลอาหารแล้ววิเคราะห์ร่วมกันว่าเป็นอาหารหลักหมู่ใด 3. ฝึกการจัดเมนูอาหาร 5 หมู่	การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	- โมเดลอาหาร	สอบถามย้อนกลับจากการตอบคำถามจากโมเดลอาหารที่ได้รับ	

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่ออุปกรณ์	การประเมินผล	วัน เดือน ปีที่ปฏิบัติ
2 (ต่อ)	ออกกำลัง กายแวก่ง แขนอย่าง ถูกวิธี	3. เพื่อพัฒนา ความสามารถใน การดูแลตนเอง -ด้านการออก กำลังกายด้วย ตนเอง	1. วิชยากร"แกน นำสุขภาพ"อธิบาย เรื่องประโยชน์ของ การออกกำลังกาย และการใช้การออก กำลังกายด้วยการ แวก่งแขน 2. นำเสนอ วีดีทัศน์ เรื่องการแวก่งแขน ที่ถูกต้อง 3. สาธิตการแวก่ง แขนที่ถูกต้องโดย แกนนำสุขภาพ 4. ฝึกการแวก่ง แขนอย่างถูกวิธี และการแวก่งแขน ประกอบท่าทาง	- การรับรู้ ความ สามารถ	- วีดีทัศน์ "การแวก่ง แขน" ของ สสส.	-ให้ความ ร่วมมือใน การฝึก ปฏิบัติ -สามารถ แวก่งแขน ได้อย่าง ถูกวิธี	27 พ.ย 59

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปีที่ปฏิบัติ
3	เปิดใจ ยอมรับ 240 นาที่ สุขภาพ	1. เพื่อสร้าง แรงจูงใจทางด้าน สุขภาพ	1. ตรวจสอบติดตาม กำกับผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ 2. บันทึกผลใน ตารางบันทึกสุขภาพ เพื่อคืนข้อมูลเป็น รายบุคคล	- การสร้าง ความ ตระหนัก - การรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิด โรค	- อุปกรณ์การ ตรวจสอบสุขภาพ - ตารางบันทึก ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ	-รับรู้ ข้อมูล ทางด้าน สุขภาพ ตนเอง	24ธ.ค.59
	เรียนรู้ แลกเปลี่ยน การดูแล ตนเอง	1. เพื่อติดตามและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกลุ่มเพื่อน	1. ให้สมาชิกกลุ่มนำ สิ่งที่ตนเองปฏิบัติที่ บ้านแล้วส่งผลติดต่อ ผลลัพธ์ทางด้าน สุขภาพมา แลกเปลี่ยนกับกลุ่ม สมาชิก 2. พี่เลี้ยงประจำ กลุ่มคือพยาบาล วิชาชีพและแกนนำ สุขภาพร่วมสรุปใน การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ 3. สมาชิกกลุ่มร่วม คัดเลือกบุคคลที่มี ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดี เป็นบุคคล ตัวอย่างและรับ รางวัล	การจัดการ ความรู้ (KM) - การใช้” กลุ่มเพื่อน” เป็นการชัก นำการ ปฏิบัติ	- สมุดบันทึก สุขภาพ - ของรางวัล	-ให้ ความ ร่วมมือ ในการ ให้ข้อมูล การ ปฏิบัติ ตัวแก่ กลุ่ม เพื่อน	

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปีที่ปฏิบัติ
3	สติ สกัด ความอยาก	1. เพื่อพัฒนาความรู้เรื่องความเครียดที่ส่งผลต่อสุขภาพ 2. เพื่อฝึกความมีสติกับการรับประทานอาหาร	1. ผู้ร่วมวิจัยอธิบายเรื่องความเครียดและผลกระทบที่ได้รับจากความเครียด 2. ผู้นำให้สมาชิกกลุ่มหยิบผลไม้คนละ 1 ชิ้น โดยยังไม่ออกคำสั่ง แล้วสังเกตพฤติกรรม 3. สะท้อนกลับในภาพรวมในการรับประทานทันที โดยให้ข้อสังเกตว่าเวลาหิวการกินจะรวดเร็วมากจนไม่มีสติทำให้เกิดการรับประทานมากกว่าความเป็นจริง 4. ผู้นำฝึกให้สมาชิกกลุ่มเคี้ยวอาหารแบบช้าๆ พร้อมนับจำนวนครั้ง 5. ให้รางวัลสำหรับผู้ที่มีจำนวนการเคี้ยวมากที่สุดในที่สุด	-การจัดการความเครียด -การรับรู้ความสามารรถ	-ผลไม้เช่นฝรั่ง หั่นชิ้น	-มีการฝึกปฏิบัติการเคี้ยวกำหนดสติและตอบคำถามในการประยุกต์ให้ในการจัดการความเครียดด้วยตนเองได้	24ธ.ค.59

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปีที่ปฏิบัติ
4	เรียนรู้ เวลา 240 นาที	2. เพื่อการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกลุ่มเพื่อน	1. ให้สมาชิกกลุ่มนำ สิ่งที่ตนเองปฏิบัติที่ บ้านแล้วส่งผลดีต่อ ผลลัพธ์ทางด้าน สุขภาพมาแลกเปลี่ยนกับกลุ่ม สมาชิก 2. พี่เลี้ยงประจำ กลุ่มคือพยาบาล วิชาชีพและแกนนำ สุขภาพร่วมสรุปใน การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ 3. สมาชิกกลุ่มร่วม คัดเลือกบุคคลที่มี การดูแลสุขภาพดี และมีผลลัพธ์ทาง สุขภาพดี เป็นบุคคล ตัวอย่างและรับ รางวัล	การจัดการ ความรู้ (KM) - การใช้" กลุ่มเพื่อน" เป็นการชัก นำการ ปฏิบัติ	- สมุดบันทึก สุขภาพ - ของรางวัล	-มีการ แลกเปลี่ยน ข้อมูล การดูแล ตนเอง กับกลุ่ม เพื่อน -แสดง ความ คิดเห็น ในการ ดูแล ตนเองที่ บ้านจาก การ ประยุกต์ ใช้วิธีที่ ได้จาก กลุ่ม	21 ม.ค.60
	เมนูสุขภาพ	3. เพื่อพัฒนา ความสามารถใน การดูแลตนเอง -หลักการเลือก รับประทานอาหาร	1. แบ่งกลุ่มเพื่อ ระดมความคิดเรื่อง วัตถุดิบในการปรุง อาหารในท้องถิ่น 2. วิทยากรและแกน นำสุขภาพนำ วัตถุดิบในการปรุง อาหารมาจัดไว้		- กระดาษฟลิป ชาท - ปากกาเคมี - อุปกรณ์การ ปรุงอาหาร	-การเข้า ร่วม กิจกรรม และการ แสดง ความ คิดเห็น	

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปีที่ปฏิบัติ
4			3. ให้สมาชิกกลุ่มฝึกการเลือกวัตถุดิบในการปรุงยำโดยมีแกนนำสุขภาพเป็นพี่เลี้ยงในการบันทึกการเลือกวัตถุดิบและการปรุง 4. วิเคราะห์และแกนนำสุขภาพสรุปการสังเกตการเลือกวัตถุดิบและการปรุงอาหาร 5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวัตถุดิบที่ใช้ในการปรุงอาหารต่อสุขภาพ	- การรับรู้ ความ สามารถใน การดูแล ตนเองด้าน อาหาร	- วัตถุดิบ เช่น ผัก เนื้อสัตว์ อาหารทะเล วุ้นเส้น น้ำปรุง ยำ	- สามารถ เลือก วัตถุดิบ ที่มี ประโยชน์ต่อ ร่างกาย ได้	11 ก.พ.60
5	“เพื่อนสอนเพื่อน” เรื่อง การออกกำลังกาย	3. เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง - การออกกำลังกายด้วยตนเอง	1. แกนนำสุขภาพเป็นผู้นำการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนประกอบท่าทาง 2. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มคัดเลือกบุคคลที่มีวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านมานำเสนอเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนกันระหว่างกลุ่ม	- การใช้” กลุ่มเพื่อน” เป็นการชัก นำการ ปฏิบัติ - แนวคิด KM	เพลง ประกอบกร ออกกำลังกาย	- สามารถ นำเสนอ การออก กำลัง กายที่ ตนเอง ใช้ที่บ้าน ได้	11 ก.พ.60

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปีที่ปฏิบัติ
5			3. สรุปกิจกรรมร่วมกันถึงผลของการออกกำลังกายแต่ละรูปแบบ				11 ก.พ.60
	บันทึกเตือนตนเอง	4. เพื่อควบคุมตนเอง - ปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกายต่อเนื่อง - รับประทานอาหารถูกหลัก	1. พี่เลี้ยงประจำกลุ่มอธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการติดตามการควบคุมตนเองด้วยการแลกเปลี่ยนในครั้งต่อไป	การควบคุมตนเอง	-แบบบันทึกผลลัพธ์สุขภาพ	สอบถามย้อนกลับถึงความเข้าใจ	
6	ลมหายใจคลายเครียด 240 นาที	1.เพื่อให้กลุ่มเสียงมีรูปแบบการจัดการความเครียดด้วยตนเอง	1.ให้สมาชิกกลุ่มเสียงระดมสมองเรื่องวิธีการจัดการความเครียดของตนเองให้มากที่สุด 2.ให้สมาชิกจัดกลุ่มการจัดการความเครียดที่สามารถทำได้และไม่สามารถทำได้ 3.ฝึกการใช้การหายใจ เข้า-ออกลดความเครียดร่วมกับการออกกำลังกาย	-การรับรู้ -ความสามาร -การผ่อนคลาย -ความเครียด	เพลงประกอบกรอกกำลังกาย	-ความสนใจในการฝึกปฏิบัติ -การแสดงออกถึงวิธีการผ่อนคลาย -ความเครียดด้วยลมหายใจ	4 มี.ค.60

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปี ที่ปฏิบัติ
6(ต่อ)			4.ให้อาสาสมัคร 1 กลุ่มออกมาสาธิต การออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้ลม หายใจคลาย ความเครียด				4 มี.ค.60
	1.แลกเปลี่ยน เรียนรู้ 2.ทบทวน ความรู้	2. เพื่อการติดตาม และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในกลุ่มเพื่อน 2.เพื่อทบทวน ความรู้เกี่ยวกับ 3 อ.ในการดูแล สุขภาพ	1. ให้สมาชิกกลุ่ม นำเสนอสิ่งที่ปฏิบัติ ด้วยตนเองด้านการ ออกกำลังกายและ การรับประทาน อาหาร และการ จัดการอารมณ์ตาม กิจกรรมควบคุม ตนเองครั้งที่ 5 2. พี่เลี้ยงประจำ กลุ่มคือพยาบาล วิชาชีพและแกนนำ สุขภาพเป็นผู้อำนวยความสะดวก 3. สมาชิกกลุ่ม ร่วมกันคัดเลือก บุคคลรับรางวัล บุคคลตัวอย่าง จาก ผลของการดูแล ตนเองตั้งแต่เริ่มเข้า โครงการ	การจัดการ ความรู้ (KM)เทคนิค AAR - การใช้” กลุ่มเพื่อน” เป็นการชัก นำการ ปฏิบัติ	- ของรางวัล -แบบบันทึก การ แลกเปลี่ยน ของพี่เลี้ยง -แบบบันทึก ผลลัพธ์ด้าน สุขภาพจำนวน 6 ครั้ง	-การนำ ข้อมูล มาใช้ใน การ แลกเปลี่ยน เรียนรู้	

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล	วันเดือนปีที่ปฏิบัติ
7-8 เวลา 60 นาที ต่อ 1 ครั้ง	ติดตามและ เยี่ยมบ้าน	1.เพื่อให้สมาชิก กลุ่มได้นำทักษะ การควบคุมตนเองที่ ได้จากโปรแกรม ไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน	ติดตามผลการ ควบคุมตนเอง 1.ให้ดำเนินการ ควบคุมตนเองตาม ทักษะที่ได้ฝึกมา 2.ให้นำเสนอผลการ ควบคุมตนเอง -การเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคที่พบ และ การให้ข้อมูล ย้อนกลับ โดยมีการ ติดตามเป็นกลุ่ม ใหญ่ที่สถานีอนามัย ตำบลบางเกลือ เวลา 6.00 น, -การสะท้อนผลหลัง การดูแลตนเองใช้ แบบแบบพันธะ 7 ข้อ และเป้าหมาย การเป็นดาว ประกอบ -ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้คุมทั้งผู้ควบคุม ตนเองได้ และ ควบคุมตนเองได้ น้อย จำนวน 10 ราย	-AAR -การควบคุม ตนเอง -การรับรู้ ความสา มารถตนเอง: การสร้าง ประสบ การณ์ที่ ประสบ ความสำเร็จ	-แบบบันทึก ผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ -แบบพันธะ 7 ข้อ - เป้าหมาย การเป็นดาว	-การ สอบถาม จาก บุคคลใน ครอบครัว ถึงการ ปฏิบัติตัว	4 มี.ค.60 และ 6 เม.ย.60

เอกสารประกอบการอบรม

แบบฟอร์มพันธะ 7 ข้อ

พันธะสัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โปรดกรอกข้อมูล ความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของท่านและลงนามพร้อมให้เพื่อนร่วมเป็นพยาน ดังนี้

1. ท่านต้องการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยมีเป้าหมายคือ

.....

2. ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการปรับพฤติกรรมที่เป็นไปได้ยาก

1.....
 2.....
 3.....

1. วิธีการที่สามารถทำให้ท่านมีสุขภาพได้ตามเป้าหมายคือ

1.
 2.
 3.

2. ใครบ้างที่จะช่วยให้ท่านปรับพฤติกรรมได้

.....
 ..

3. ท่านปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อใคร

.....
 .

4. ท่านตั้งใจเริ่มทำอะไรบ้างในการปรับพฤติกรรมให้สำเร็จ

1.
 2.
 3.....

5. เมื่อท่านมีพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายจะให้รางวัลอะไรกับตนเอง

.....
 .

หมายเหตุ ท่านต้องการความรู้และทักษะเพิ่มเติมอะไร

.....

ลงนาม.....

เพื่อน.....

วันที่.....

เป้าหมายเป็นดาว

สำเร็จตาม

เป้าหมาย ฉันรู้สึก.....

คนที่เป็นแรงบันดาลใจ

ฉันทำสำเร็จเพื่อ

ชื่อ-สกุล

วันเดือนปีที่เริ่ม

วันเดือนปีที่สำเร็จ

แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ชื่อ-สกุล.....สี.....ส่วนสูง.....ซม.

ผลลัพธ์	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7
น้ำหนัก							
รอบเอว							
ความดัน โลหิต							
น้ำตาล ในเลือด							
ดัชนีมวลกาย							
บันทึกช่วยจำ							



ภาคผนวก ง

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ที่ ศร 0519.12/ 5149



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา วัฒมาญ

เนื่องด้วย นางสาวศิริเนตร สุขดี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการ
ความรู้ของชุมชนในตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง
และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย
ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวศิริเนตร สุขดี และขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎิ โยเหล่า)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 099-236-2362, 081-587-0841



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 15664

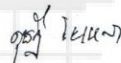
ที่ ศธ 0519.12/ 514๖ วันที่ ๒๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ

เนื่องด้วย นางสาวศิริเนตร สุขดี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนในตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวศิริเนตร สุขดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุจฎี โยเหลา)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 099-236-2362, 081-587-0841



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 15664

ที่ ศธ 0519.12/ 5147

วันที่ ๒๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป จินฉิ่ง

เนื่องด้วย นางสาวศิริเนตร สุขดี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ปรยุภคต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนในตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชริ ตวงจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวศิริเนตร สุขดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

๑๕๙ โยเนง

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรศัทพ์ 099-236-2362, 081-587-0841



ที่ ศธ 0519.12/ 5151

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน อาจารย์ ดร.ฐิติมา เวชพงศ์

เนื่องด้วย นางสาวศิริเนตร สุขดี นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการ
ความรู้ของชุมชนในตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง
และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย
ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวศิริเนตร สุขดี และขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.คุชฎี โยเหลา)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรศัพท 099-236-2362, 081-587-0841

ที่ ศธ 0519.12/ 5 | 5 0



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน อาจารย์ ดร.พรธณี บุญประกอบ

เนื่องด้วย นางสาวศิริเนตร สุขดี นิลิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการ
ความรู้ของชุมชนในตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินี อินทรกำแหง
และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย
ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวศิริเนตร สุขดี และขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุสิต โยเหลา)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 099-236-2362, 081-587-0841



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวศิริเนตร สุขดี
วันเดือนปีเกิด	10 พฤษภาคม 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดสิงห์บุรี
สถานที่อยู่	7/2 ม.4 ตำบลแม่ลา อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี 16130
E-mail address	sukdee.nate@gmail.com
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2533	อนุปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาแพทยศาสตรบัณฑิต จาก วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
พ.ศ.2535	ศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาสุขศึกษา จาก มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2539	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2547	ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2549	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ.2560	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ