

## การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง Behavior changing for health to Reduce sweet , oily , salty Add vegetables , exercise far from chronic disease.

(Received: August 24,2021; Accepted: September 15,2021)

เนาวรัตน์ จูฑาสงษ์<sup>1</sup>

Nauwarut Juthasong

### บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพและโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based) สร้างกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน เพื่อกระตุ้นเสริมพลังความคิดและการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย อสม. 10 คน ผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 10 คน กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 40 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การเพิ่มผลผลิตภาคการเกษตรทำให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยสถิติสถานการณ์กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสูง แนวทางการดำเนินงานใช้ชุมชนเป็นฐานวิเคราะห์และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยใช้กลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม MA-3S-AE ประกอบด้วย Motivation, Attitude, Self-Efficacy, Self-Control, Social group, Awareness และ Empowerment ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความมุ่งมั่นในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้เป้าหมายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม และการสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โดยสะท้อนผลการปรับเปลี่ยนด้วยกระบวนการ After Action Review: AAR พบว่า มีการรับรู้ความรู้ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเอง มีทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถเป็นแบบอย่างให้คนในชุมชนได้

### Abstract

The health behavior modification by reducing sweet, oily, salty, increasing vegetable, exercise to avoid diseases is the action research and the purpose of this research were to study the context, situation, the causes and guidelines for solving the health problem specifically the risk of non-communicable diseases: NCDs. And to establish the modifications health behavior leaders, with community participation by using health guiding strategies and the community-based a participatory analysis learning process, build the future together workshop to stimulate and empower ideas and community participation. The target group consisted of 10 village health volunteers, 10 health behavior modification leaders, 40 chronic disease risk groups and focus group discussion and evaluation of health outcomes.

The results of this research revealed that agricultural productivity increment caused health problems and the number of patients and chronic disease risk groups has increased. The researcher used the community as an analytical base and find solutions by using health guiding strategies and learning analysis participation community processes as MA-3S-AE that were Motivation, Attitude, Self-Efficacy, Self-Control, Social group, Awareness and Empowerment. As a result, the target group is determined to establish a health behavior modification program to create a learning community for the purpose of the model health behavior modification village, develop the health behavior modification model with

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์



participation and establish the modifications health behavior leaders including health behavior modification of chronic disease risk groups. It reflected the results of the adjustments made by the After Action Review: AAR process, it was found that they have skills and knowledge about self-taking care and self-control, have health literacy, better health outcomes. Make the target group motivated to change health behaviors and able to be a role model for people in the community.

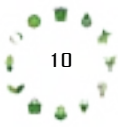
## บทนำ

จากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน ผู้คนต้องดิ้นรนเพื่อการดำรงชีพ และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตแบบรีบเร่งมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ประกอบกับการผลิตด้านการเกษตรมีการสนับสนุนให้เกษตรกรมุ่งผลิตเพื่อจำหน่ายเป็นจำนวนมาก จึงมีการใช้สารเคมีในภาคการเกษตรก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประชาชนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเรื่อย ๆ (กรมควบคุมโรค, 2561) เรียกกันว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมอง และ หัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วนลงพุง (Obesity) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรังเช่น ไตเสื่อม อัมพฤกษ์อัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่ไม่ถูกต้องเช่น การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไป หรืออาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด รวมทั้งบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ มีภาวะความเครียด และการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เหล่านี้เป็นต้น จากผลการสำรวจของ กรมอนามัยในปี 2560 พบว่าคนไทยเพียง 5 ล้านคนเท่านั้นที่มีการออกกำลังกายเพียงพอที่จะช่วยป้องกันโรคได้ สำหรับการรับประทานอาหารนั้น จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอายุมากกว่า 15 ปี พบว่า ประชากรไทยส่วนมากบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (กรมอนามัย, 2560) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และโรคเรื้อรังเหล่านี้ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตามมาส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างมหาศาล จึงทำให้ประเทศต้องมีนโยบายในการป้องกันควบคุมโรคเหล่านี้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรไทย

สถิติผู้เสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึง 63% ที่เกิดจากกลุ่มโรค

NCDs และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่า 80% เป็น ประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยเอง สถิติล่าสุดพบว่า มีผู้ที่เป็นโรคในกลุ่มโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน และที่สำคัญยังถือเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของ ประชากรทั้งประเทศ โดยจากสถิติปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือ คิดเป็น 73% ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี 2552 คิดเป็นมูลค่า ความเสียหายทาง เศรษฐกิจ ถึง 200,000 ล้านบาท ต่อปี (thaihealth.or.thสืบค้น 11 พฤศจิกายน 2563) และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ จำนวน 23 ล้านคน (สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ, 2557) และสถานการณ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ก็ไม่แตกต่างจากสถิติสถานการณ์ของโลกและประเทศไทย รวมทั้งสถานการณ์ของโรคกลุ่ม NCDs ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ก็คล้ายคลึงกับข้อมูลทุกระดับที่กล่าวมา โดยมีอัตราป่วยกลุ่มโรค NCDs รวม 6 โรคคิดเป็น 13417.72 ต่อแสนประชากร จากสภาพปัญหาที่รุนแรงข้างต้นทำให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยระดับชาติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้ลดความเสี่ยง และอันตรายจากกลุ่มโรค NCDs แต่ถึงกระนั้นอัตราเพิ่มของผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก็ยังคงเพิ่มขึ้น

สถานการณ์ของโรคในชุมชนบ้านบึงวิชัย ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์เขต ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าไคร้ โดยข้อมูลกลางปี ในปีงบประมาณ 2562 ( ตุลาคม 2562 -กันยายน2563 ) มีประชากรทั้งหมด 287 คน ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมด 40 คน ได้มีการคัดกรองโรค ทั้งหมด 142 คน จากการประเมินความเข้าใจในเรื่องความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย จากการซักประวัติรายบุคคลข้อมูลสอดคล้องกับแบบประเมินคือ ผู้ป่วยมีความรู้แต่ยังขาดทักษะการปฏิบัติสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากตัวผู้ป่วยเอง ขาดแรงกระตุ้นในการจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และขาดความร่วมมือจากผู้ดูแลเพราะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจะต้องมีผู้ที่ดูแลเรื่องการรับประทานยา การประกอบอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยและเป็น



แรงกระตุ้น และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง แม้ค่าสถิติการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs จะสูงมาก แต่แท้จริงแล้วเรานั้นสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ เพราะ สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตัวเอง การป้องกันการเกิดโรคถือเป็นการควบคุมโรคทางสาธารณสุขที่ดีที่สุด โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง (Rundek T, et al; 2008) การลดภาวะโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อรังให้ได้ผลนั้น ต้องมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิต วิธีชีวิตที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ระบบบริการสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานแบบผสมผสานสร้างเสริมสุขภาพทุกช่วงวัยของชีวิตในบุคคลครอบครัว และชุมชน (ใจเพชร กล้าจน, 2553) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ถือว่าเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดความยั่งยืนจึงทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานการผลักดันและบรรจุให้เป็นนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) เป็นต้นมา โดยหลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ โดยประชาชนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในชุมชนตนเองเป็นอย่างดีจึงเป็นผู้กำหนดปัญหาวิเคราะห์แนวทางแก้ไขโดยชุมชนโดยใช้ความรู้ดั้งเดิม และภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งการเรียนรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพใหม่ๆ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ปัญหา ทั้งนี้กลวิธีการดำเนินการที่สำคัญประการหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์, 2550)

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึงการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านทั้งสุขภาพกายใจอารมณ์สังคมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุลในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบมีวินัย ควบคุมตนทั้งทางด้านการกินการนอนการพักผ่อนการขับถ่ายการป้องกันการติดโรคและการเกิดโรคได้ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของบลูม (Bloom) แบ่งพฤติกรรม ได้ 3 องค์ประกอบ (ศรีวิชรา เต็มวงษ์, 2551; 41-42) 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านพุทธรักษา หรือพฤติกรรมด้านการรู้คือพฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้หรือคิดพัฒนาความสามารถทักษะทางสติปัญญาการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อโรค ความรู้ด้านโภชนาการ

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะตนเอง 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ คือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจความรู้สึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่นการชอบหรือไม่ชอบรับประทานผักการดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษาการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่างๆได้ หรือในด้านลบบางคนอาจคิดว่าการออกกำลังกายทำให้เหนื่อยและเสียเวลา 3) พฤติกรรมสุขภาพทางด้านทักษะพิสัย คือพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการปฏิบัติทางสุขภาพ เช่นการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังออกจากห้องน้ำ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อค การพักผ่อนให้เพียงพอ การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุคคลเมื่อได้รับปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สำคัญต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม

### วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้นวัตกรรมมีส่วนร่วม (Participatory Approach) ที่เน้นการปฏิบัติจริงร่วมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่ผู้วิจัยและชุมชนสนใจร่วมกันซึ่งมีกระบวนการเริ่มตั้งแต่การลงพื้นที่ศึกษาบริบทของชุมชนเพื่อให้ทราบประวัติศาสตร์ชุมชนวิถีการดำรงชีวิตขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมตลอดถึงระบบสุขภาพของชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนแล้วจึงนำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลชุมชนนำเสนอสังคินข้อมูลเพื่อให้ชุมชนได้รับรู้สภาพปัญหาและต้องการแนวทางในการแก้ไขปัญหา จากนั้นจึงได้ร่วมกับชุมชนในการสังเคราะห์องค์ความรู้ ร่วมวางแผนจัดทำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำมาทดลองใช้แล้วสะท้อนผลทำการปรับปรุงจนได้



รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง นำไปใช้ในการแก้ไขปัญหของชุมชน รวมทั้งการติดตามประเมินผล และนำเสนอเผยแพร่ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ดังแผนภาพ

### ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน
2. ผู้สมัครร่วมเป็นผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 10 คน
3. กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมในบทบาทผู้เฝ้าดูแลสุขภาพ 40 คน  
รวมจำนวน 60 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ข้อมูลสภาวะสุขภาพประกอบด้วย เส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต
2. เครื่องมือที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผักออกกำลังกายห่างไกลโรคเรื้อรัง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) อัตราส่วน (Ratio) และ ค่าร้อยละ (Percentile)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content analysis) และการวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction)

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม โดยใช้กลยุทธ์การขึ้นนำด้านสุขภาพ

และกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า

1. บริบทของชุมชนบึงวิชัยตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ประมาณ 16 กิโลเมตร มีประวัติการก่อตั้งชุมชนมากกว่าหนึ่งร้อยปี จากประวัติการก่อตั้ง “โรงเรียนวัดบ้านบึง” เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2465 โดยนายสัมพันธ์ กาญจนพิมาย นายอำเภอหุบกะพง ในสมัยนั้นเป็นผู้ก่อตั้ง ทำให้วัดเป็นศูนย์รวมความศรัทธาของประชาชน และที่สำคัญชุมชนบึงวิชัยเป็นถิ่นกำเนิดของนักปราชญ์ราชครูที่สำคัญเป็นเจ้าของคณะจังหวัดกาฬสินธุ์ถึง 2 รูปคือ พระธรรมวงศาจารย์ (สุขสุโข) อุปสมบทที่วัดวิเศษไชยาราม บ้านบึงวิชัยเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2477 ซึ่งท่านเป็นผู้มีภูมิรู้ในการเขียนหนังสือและคู่มือการดำเนินชีวิต ญาสุภาชีวิตปริศนาธรรมที่ขึ้นชื่อของท่านคือการสาธยายสังขารที่มันไม่เที่ยงของชีวิตแต่ละช่วงวัยว่าสิบปีอาบน้ำบ่นหนาว ชาว (20)ปีเกี่ยวสวบเปื้อ สามสิบปีตื่นก่อนไก่ สี่สิบปีไปไร่ (ไปไร่) มาทอตา ห้าสิบปีไปนา มาทออยู่ หกสิบปีไปหาขลุ่ยบดบัง เจ็ดสิบปีตีระฆังบ่ม่วน แปดสิบปีผมหงอกเป็นดอกเลา เก้าสิบปีลูกหลานเห็นฮ้องไห้(ร้องไห้) ร้อยปีไขกระดูกตายไขกระดูกตาย และอีกท่านหนึ่งคือ พระเทพปัญญาเมธี (ปราชญ์ อุกกโขโต) ชาวบึงวิชัยมีความเคารพนับถือพระพุทธรูปเป็นดินแดนแห่งธรรมะเชื่อฟังผู้นำให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของชุมชน จากสภาพภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่ลุ่มลำนน้ำป่ามีคลองจากโครงการชลประทานเขื่อนลำปาวทำให้เป็นพื้นที่อุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำเกษตร ประชาชนกว่าร้อยละ 80 ทำอาชีพเกษตรกรเพื่อการจำหน่ายผลผลิตทางการเกษตร มีกลุ่มมะม่วงแปลงใหญ่กว่า 2,000 ไร่ ผลิตและแปรรูปมะม่วงเพื่อการจำหน่ายทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีเกษตรกรในระบบเกษตรพันธสัญญาที่ผลิตเมล็ดพันธุ์ หน่อไม้ฝรั่ง และโกโก้ ให้บริษัทคู่สัญญา ทำให้เกษตรกรต้องพึ่งสารเคมีในภาคการเกษตรเพื่อเพิ่มผลผลิต เป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยสถิติสถานการณ์กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสูง ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มกับผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเองและชุมชน และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหโดยได้จัดทำโครงการ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง” ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนบึงวิชัย โดยใช้กลยุทธ์การขึ้นนำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม MA-3S-AE คือ Motivation การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Attitude เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ Self-Efficacy การรับรู้ความสามารถตนเอง Self-Control การควบคุมตนเอง Social group กลุ่มหมู่มิตรดี



สหายดี Awareness การสร้างความตระหนัก และ Empowerment การสร้างพลังอำนาจให้กลุ่มเป้าหมายมีความมุ่งมั่นในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้เพื่อเป้าหมายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ

2. เพื่อสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนดำเนินโครงการได้ประเมินการ

รับรู้ความรู้ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเองของผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบการประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโครงการแล้ว 2 สัปดาห์พบว่าผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายมีความพร้อมในการแสดงบทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชนดังตาราง

ตารางที่ 1 การประเมินผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (20 คน)

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
การรับรู้ความสามารถตนเอง	57.90	7.25	78.60	10.18	9.04**
การควบคุมตนเอง	69.60	8.68	81.10	7.95	4.47**
การดูแลตนเอง	39.10	4.18	49.10	5.02	7.03**

\*\*P<.01

3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม เมื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ และสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โดยการนำเสนอและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา จึงได้ร่วมวางแผนจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผักออกกกำลังกายทางไกลโรคเรื้อรัง แล้วสะท้อนผลการปรับเปลี่ยนโดยใช้กระบวนการ After Action Review: AAR หลังการอบรมพบว่ากลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น เกิด

ความรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (ยา 9 เม็ดหอมเขียว) ที่บรรจุในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น สามารถเป็นแบบอย่างแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังคนอื่น ๆ ในชุมชนได้ และเมื่อสอบถามถึงความพึงพอใจผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ถือว่าเป็นโอกาสที่ดีในการได้ดูแลสุขภาพของตนเอง

ตาราง 2 การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (40 คน)

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
น้ำหนัก	72.02	15.69	67.90	13.78	5.09**
รอบเอว	89.81	13.80	86.12	8.03	4.06**
ดัชนีมวลกาย	31.10	4.48	29.94	5.02	5.43**
ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว	116.23	21.14	102.50	8.41	3.99**
ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure)	142.58	8.96	133.26	10.21	9.04**
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure)	94.13	11.54	83.35	4.98	4.77**

\*\*P<.01

จากตารางการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ค่าน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว

ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ของกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 5.09, 4.06, 5.43, 3.99, 9.04 และ 4.77 ตามลำดับ)

ตาราง 3 ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (40 คน)

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
การรับรู้ความสามารถตนเอง	54.29	8.45	68.46	9.18	8.91**
การควบคุมตนเอง	66.60	8.78	79.10	7.95	4.67**
การดูแลตนเอง	41.10	4.08	50.10	5.02	7.03**

\*\*P< .01

จากตารางการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 8.91, 4.67 และ 7.03 ตามลำดับ)

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based) ทำให้ได้ทราบวิถีการดำรงชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี ทรัพยากรชุมชน อัตลักษณ์ของชุมชน ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ การสังเคราะห์องค์ความรู้ และสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง การจัดทำโครงการ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง” ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชนบึงวิชัย โดยใช้กลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม MA-3S-AE คือ Motivation การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Attitude เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ Self-Efficacy การรับรู้ความสามารถตนเอง Self-Control การควบคุมตนเอง Social group กลุ่มหมู่มิตรดี สหายดี Awareness การสร้างความตระหนัก และ Empowerment การสร้างพลังอำนาจให้กลุ่มเป้าหมายมีความมุ่งมั่นในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้เพื่อเป้าหมายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนเป็นการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จคือการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของชุมชน ตั้งแต่การรับรู้การวิเคราะห์ปัญหา การสังเคราะห์องค์

ความรู้หาแนวการแก้ไขปัญหา การใช้ทรัพยากรและทุนทางสังคมมาใช้ จนกระทั่งการร่วมประเมินผลปรับปรุงและนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ในชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินชีวิตไปสู่การมีสุขภาพะ เป็นการเพิ่มทักษะและสมรรถนะให้บุคคลควบคุมปัจจัยกำหนดสภาวะสุขภาพ ส่งผลให้คนมีสุขภาพที่ดี หลักการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนแนวคิดหลักคือ การใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน โดยกลยุทธ์การชี้นำสุขภาพ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการสร้างการเป็นหุ้นส่วนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่ร่วมเก็บข้อมูล รับรู้สภาพปัญหา วิเคราะห์และหาแนวทางในการแก้ไข การใช้รูปแบบและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้ชุมชนยอมรับและนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผักออกกำลังกาย ไปใช้ในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นสุขนิสัยของคนในชุมชน เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาชุมชนสุขภาพะ จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ใช้กระบวนการใช้ชุมชนเป็นฐานมาเป็นแนวทางในการค้นหาสังเคราะห์และแก้ไขปัญหาในชุมชน ดังเช่นการศึกษาของ เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ และคณะ ศึกษาการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ารูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยลดดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของคนในชุมชนได้ และชนิฐา พิศฉลาด (2560) ศึกษาการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน: กลยุทธ์ชุมชนเป็นฐาน พบว่ากลยุทธ์ชุมชนเป็นฐานเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2



การพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสังเคราะห์องค์ความรู้ และสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยใช้กลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม MA-3S-AE (Motivation, Attitude, Self-Efficacy, Self-Control, Social group, Awareness และ Empowerment) ในกลุ่ม อสม. และผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้ร่วมวางแผนจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดหวานมันเค็มเพิ่มผักออกกำลังกายห่างไกลโรคเรื้อรัง โดยบูรณาการหลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแนวคิดแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมชาติ 9 เม็ดหมอเขียว แล้วสะท้อนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการ After Action Review: AAR จากนั้นจึงประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับสมดุลร่างกาย ทั้งด้านอารมณ์ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการเอาพิษออกจากร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับ สุดสงวน ชินโน (2553) ที่ศึกษาบริโภคนิสัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคอาหารให้เหมาะสม และ สิริญา ฐาสถาน และคณะ (2558) วิจัยผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดลพบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และระดับความดันโลหิตช่วงบน และช่วงล่างลดลงกว่าก่อนทดลอง

และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่า กลุ่มควบคุม ระดับความดันโลหิตช่วงบน และช่วงล่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลประชาชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป สุวิมล มณีโชติ (2559) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถพึ่งตนได้ในยามเจ็บป่วย สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้โดยไม่ต้องพึ่งยา เสียค่าใช้จ่ายน้อย และรู้สึกว่ามีความปลอดภัย ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของแพทย์วิถีธรรมคือ การพึ่งตนใช้ชีวิตที่เรียบง่ายอยู่บนความพอเพียง

### ข้อเสนอแนะ

1. ในเชิงนโยบาย ควรสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. บูรณาการร่วมกับแนวคิดแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เช่นการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนตะวันออก การแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม เป็นต้น
2. ในเชิงการวิจัย ควรมีการศึกษาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ
3. ในการปฏิบัติ ควรมีการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบและขยายพื้นที่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค.(2560). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs). กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
- กรมควบคุมโรค.(2564). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2558). โครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน HDC ปีงบประมาณ 2560. URL <http://61.19.22.195/dhdc3/frontend/web/hdc/default/index> สืบค้นเมื่อ (14/03/2562).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธ์.(2550) อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชนินูชา พิศพลาด.(2560). ศึกษาการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน: กลยุทธ์ชุมชนเป็นฐาน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2560; ปีที่ 9 (ฉบับที่ 4): 1-11.

- ใจเพชร กล้าจน.(2553). ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. คณะบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2553.
- เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ และคณะ.(2563). การสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; ปีที่ 14 (ฉบับที่ 2): 125-137.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ).(2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี, 2557. วิทยาลัยนพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี
- ศรีวัชรา เต็มวงษ์. (2551). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่เป็นโรคอ้วนในโรงพยาบาลพบุรี.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3 บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด ปทุมธานี.
- สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). รายงานสถานการณ์โรค NCDs: วิถีสุขภาพ วิถีสังคม. นนทบุรี, 2557.
- สิริญา ธารสถาน. และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2558; ปีที่ 10 (ฉบับที่ 1): 117-128.
- Boden-Albala B, Sacco RL, Lee HS, Grahame-Clarke C, Rundek T, et al. (2008). Metabolic syndrome and ischemic stroke risk: Northern Manhattan Study. Stroke 30: 30-35.