

ผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตของพนักงาน
ในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
The Result of Health Promotion Service for Health Behavioral
Risk Reduction among Worker in Roi Et Province.

(Received: September 15,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

ฐาปानीย์ สิงห์บรรณันท์¹

Thapanee Singborvonnant¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตของพนักงานในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง ทำการสุ่มเลือกแบบง่ายโดยจับสลากให้สาขา 1 แห่ง เป็นกลุ่มทดลอง และอีก 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลาก สาขาละ 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2) แบบประเมินตนเอง Stages of Change และ 3) แบบคัดกรองพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Independent t-test, paired t-test และ Wilcoxon Signed rank test ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระยะ stage of change สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05(P-value = 0.006) มีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001) และมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value = 0.001)

คำสำคัญ: การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยง

Abstract

This research is quasi-experimental research aim to study The Result of Health Promotion Service for Health Behavioral Risk Reduction among Worker in Roi Et Province. The sample groups used in this research were employees in an establishment. Simple random selection was done by drawing lots, giving one branch as the experimental group and one branch as the control group. A simple random sample was selected by drawing lots, 33 people per branch. The research instruments included 1) the health promotion service program for 4 weeks, 2) the self-assessment, stages of change and 3) lifestyle risk factor behavior screening form. The tools used were reviewed by three experts. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test, paired t-test and Wilcoxon Signed rank test. The research results found that after the experiment, the experimental group had a significantly higher stage of change than before the experiment at the significance level of 0.05 (P-value = 0.006) and had significantly less lifestyle risk factors than before the experiment at a significance level of 0.05 (p-value <0.001). When comparing behavior and lifestyle risk factors after the experiment, it was found that the experimental group had significantly less lifestyle risk factors than the control group at a significance level of 0.05 (p-value = 0.001).

Keywords: Health Promotion Service, Health Behavioral Risk

¹ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยจากสถิติปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี 2552 คิดเป็นมูลค่า ความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งสถิติการเสียชีวิตดังกล่าวยังแสดงว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต¹ ซึ่งอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก NCDs ที่สำคัญ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2557 ถึงปี 2559 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงเล็กน้อย และคงที่ในปี 2561¹ และโรค NCDs ส่วนใหญ่เป็นผลจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต²

พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอหรือขาดการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดกลุ่มโรค NCDs จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จนเกิดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในที่สุด สำนักรโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 2) การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ 3) การจัดการอารมณ์ 4) การบริโภทยาสูบ 5) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์³

WHO ได้กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าคนทำงานนอกจากมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานแล้ว ยังมีโอกาสเกิดโรคหรือเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมและการ

ดำเนินชีวิต (lifestyle) การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญที่ช่วยเพิ่มศักยภาพให้คนทำงานสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ อันจะส่งผลให้มีภาวะสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม⁴ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นศาสตร์และศิลป์ที่ช่วยเอื้อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อให้บรรลุสุขภาพะ มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และปัญญา การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตกระทำโดยเสริมสร้าง เพิ่มความตระหนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ⁵ การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน เป็นความต่อเนื่องในการป้องกันโรค การรักษาโรค รวมถึงการป้องกันอันตรายจากปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพของคนทำงานให้ไปสู่จุดสูงสุด⁶ ตัวอย่างโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถจัดกระทำในสถานที่ทำงาน เช่น โครงการออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น⁷ ซึ่งการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อกลุ่มโรค NCDs สามารถกระทำได้โดยใช้หลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 2ส. (ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา)³ สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน หมายถึง การดำเนินงานในสถานประกอบการ โดยการส่งเสริม สนับสนุนให้คนทำงานปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยเพิ่มความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี

การนำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโปรแกรมจะส่งผลให้สามารถดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นที่พฤติกรรมหลักเสี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยวินิจฉัยสาเหตุและการค้นหา และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าการที่บุคคล

จะหลีกเลี่ยงโรคหรือความเจ็บป่วยได้นั้น ต้องประกอบด้วยความเชื่อ ดังนี้คือ 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย 2) การรับรู้ว่าการปรากฏของโรคหรือความเจ็บป่วยจะมีระดับความรุนแรงเสมอ อย่างน้อยในระดับปานกลาง 3) บุคคลมีส่วนในกิจกรรมที่เป็นผลประโยชน์ต่อการลดความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หากยังปรากฏโรคหรือความเจ็บป่วยและไม่สามารถเอาชนะได้ แสดงถึงการเกิดอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบของความแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยง ความรุนแรง การถูกคุกคามของการเกิดโรค 2) ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม โครงสร้างหรือองค์ประกอบที่มีผลต่อบุคคล 3) ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยจากภายในและภายนอก และ 4) ปัจจัยแนวโน้มต่อการกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรค⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง โดยใช้โปรแกรมการให้สุศึกษา 3 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเข้ามารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

นอกจากนี้ ทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model [TTM] or Stages of Change Mode) โดยโปรเชสกา

และดิกลีเมนต์ (Prochaska and Diclemente)⁹ พัฒนาขึ้นจากมุมมองว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่บุคคลจะอยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ดังนั้น การส่งเสริมให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงต้องสอดคล้องกับขั้นของบุคคลนั้นๆ⁴ โดยทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ระยะ ได้แก่ 1) ขั้นไม่สนใจ 2) ขั้นลังเลใจ 3) ขั้นตัดสินใจ 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ 5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง และ 6) ขั้นยุติ ซึ่งการนำทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงไปใช้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องวิเคราะห์ว่า บุคคลอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อที่จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นการเปลี่ยนแปลงและช่วยให้บุคคลนั้นขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไปได้ โดยทฤษฎีได้เสนอกระบวนการในการเปลี่ยนแปลง (process of change) ไว้ 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกระตุ้นให้ตื่นตัวเป็น การสร้างความตระหนัก 2) การแสดงออกด้านอารมณ์ 3) การประเมินสิ่งแวดล้อม 4) การประเมินตนเอง 5) การให้คำมั่นสัญญากับตนเอง 6) การใช้เทคนิคการหาสิ่งทดแทน 7) การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน 8) การเสริมแรง 9) การควบคุมสิ่งเร้า/การลดอุปสรรค และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมใหม่ และ 10) การประกาศเจตนารมณ์ให้สังคมรับรู้ ซึ่งกระบวนการทั้ง 10 องค์ประกอบจะช่วยให้บุคคลสามารถผ่านระยะของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไปสู่ขั้นที่สูงกว่าจนถึงขั้นที่ 5 ซึ่งเป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การนำกระบวนการไปใช้ในขั้นการเปลี่ยนแปลงใน 3 ขั้นแรก ควรประยุกต์การสร้าง ความตระหนัก สร้างอารมณ์ความรู้สึก และใช้กระบวนการประเมิน ส่วนขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นกระทำต่อเนื่องควรเน้นการสร้างข้อตกลงหรือพันธสัญญา การวางแผนใจ การเผชิญเหตุการณ์ ในอนาคตที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนช่วยเหลือ

จากการทบทวนวรรณกรรม ในการประยุกต์ทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงในการ

จัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายของแกนนำสุขภาพชุมชน ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเริ่มต้นจิตใจหรือขั้นลงเลใจเป็นต้นไป ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินตนเองและตัดสินใจเลือกวิธีตามความเหมาะสม การให้ความรู้ การหาแรงสนับสนุนทางสังคม การให้แรงเสริม การลดอุปสรรคและการเพิ่มปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรม และการประเมินผล พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น⁴

จากการตรวจสุขภาพประจำปี 2564 ของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 83 ราย พบว่า พนักงานมีปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน และเค็ม ร้อยละ 32 54 และ 44 ตามลำดับ ด้านการไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 96 ด้านความเครียด ร้อยละ 44 ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 36 และด้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 18 สรุปได้ว่า พนักงานมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งมีโอกาสเกิดโรค NCDs รายใหม่และเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย NCDs เดิม ซึ่งการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการในอดีตที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะดำเนินการพร้อมกิจกรรมตรวจสุขภาพ โดยเมื่อพบว่าพนักงานมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พยาบาลอาชีวอนามัยจะให้ความรู้และให้คำแนะนำรายบุคคล หรือเมื่อมีพนักงานมารับบริการพร้อมกันเป็นจำนวนมาก มักให้สุขศึกษาแบบกลุ่ม และไม่มีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมหลังจัดบริการ จึงไม่ทราบว่าพนักงานมีความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ สอดคล้องกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^{10,11} กล่าวถึงการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ว่า การดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต้อมีสิ่งจำเป็นที่สำคัญ คือต้องมีความตระหนักเพื่อให้เกิดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่ จะไม่มีการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการมักวางแผนเพื่อให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามมุมมองของผู้ให้บริการฝ่ายเดียว กระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจไม่ได้ปรับตามลักษณะบุคคล เคยชินกับวิธีการอบรม การสอน การสั่ง ให้คำแนะนำ ให้สุศึกษาให้ความรู้เป็นชุด ๆ เหมือนกันทุกครั้งและทุกคน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่สำเร็จ ดังนั้นวิธีการดังกล่าวอาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เพียงชั่วคราว และการที่จะทำให้คนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร ต้องเริ่มจากความตระหนัก ดังนั้นเพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยได้จึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลง มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของพนักงานในที่ทำงานซึ่งเป็นสถานประกอบการ อันจะส่งผลให้คนทำงานมีสุขภาพดี สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตของพนักงานในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง ใช้โปรแกรมจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ตั้งแต่ มิ.ย.2565-ส.ค. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานที่ในสถานประกอบการ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 1 แห่ง 2 สาขาจำนวน 86 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานที่ทำงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้มีความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการสุ่มเลือกแบบง่ายโดยจับสลาก ให้สาขา 1 แห่ง เป็นกลุ่มทดลอง และอีก 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power วิเคราะห์ one-way analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 33 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลากสาขาละ 33 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 3) มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรค NCDs และ 4) ยินยอมและสมัครเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเป็นผู้ใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยตนเอง เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher และ Rosenstock¹¹ และทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลง (Prochaska, Redding, & Evers, 2002) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์แรก ครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองประเมินพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตและประเมินตนเอง Stages of Change จากนั้นได้รับความรู้โดยผู้วิจัยบรรยายเรื่องพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต พร้อมกับรับแผ่นพับเกี่ยวกับโรค NCDs 4 เรื่อง ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน รับการกระตุ้นให้ค้นหาและรับรู้ปัญหา สาเหตุ และความเสี่ยงพฤติกรรม

ด้านการดำเนินชีวิตของตนเอง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนในกลุ่ม รับกำลังใจการเสริมพลังจากผู้วิจัย สร้างพันธะสัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ประเมินตนเอง Stages of Change อีกครั้ง และผู้วิจัยกระตุ้นให้สถานประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นให้กำลังใจกลุ่มทดลอง และสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 3 ประเมินพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต ส่วนกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์แรก ครั้งที่ 1 ทำแบบประเมินพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตได้รับแผ่นพับเกี่ยวกับโรค NCDs 4 เรื่อง ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ไปศึกษาด้วยตนเอง และผู้วิจัยกระตุ้นให้สถานประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเหมือนกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบประเมินตนเอง Stages of Change และแบบคัดกรองพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต เนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบคัดกรองพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต (พฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน) ประยุกต์จากแบบคัดกรองสุขภาพวัยทำงาน (TWH01) ของศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ กรมควบคุมโรค¹² ประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว

- ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต 30. (รับประทานอาหาร

ออกกำลังกาย อารมณ์) 2ส. (สูบบุหรี่ ต่ำสูรา)
จำนวน 26 ข้อ

2) แบบประเมินตนเอง (Stages of Change) 5 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1) ระยะไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2) ระยะลังเลใจ รับรู้ว่ามีปัญหา ประเมินประโยชน์และอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 3) .ระยะตัดสินใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเริ่มวางแผน ระยะที่ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 5) ระยะกระทำต่อเนื่อง จนกลายเป็นพฤติกรรมที่คงที่ (มากกว่า 6เดือน)

3) แบบฟอร์มตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นข้อคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบในประเด็นความถูกต้องและสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ ความเหมาะสมเรื่องกิจกรรม เวลา หรือสื่อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกลุ่มโรค NCDs 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 1 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่า IOC โดยตรงได้ 0.9

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test, paired t-test และ Wilcoxon Signed rank test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ RE 060/2565 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของตัวอย่างวิจัย และปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เพื่อปกป้องสิทธิของตัวอย่างวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองเพศเป็นหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 ช่วงอายุมากที่สุด คือ อายุ 20 – 30 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 อายุเฉลี่ย 30.36 ปี (S.D.= 5.07) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 97.0 และดัชนีมวล อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 ส่วนกลุ่มควบคุม เพศเป็นหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 ช่วงอายุมากที่สุด คือ อายุ 20 – 30 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 อายุเฉลี่ย 33.27 ปี (S.D.= 8.51) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 93.9 และดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6

การประเมินตนเอง stage of change

ผลการเปรียบเทียบการประเมินตนเอง stage of change ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระยะ stage of change สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value <0.006) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินตนเอง stage of change ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

stage of change	ก่อนการ ทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังการ ทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	Z	p-value
1.ระยะไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	9 (27.3)	0	4.849	<0.001
2.ระยะลังเลใจ รับรู้ว่ามีปัญหา ประเมินประโยชน์และ อุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	13 (39.4)	0		
3.ระยะตัดสินใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเริ่มวางแผน	11 (33.3)	4 (12.1)		
4.ระยะลงมือปฏิบัติ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	0	16 (48.5)		
5.ระยะกระทำต่อเนื่อง คือสามารถปฏิบัติต่อเนื่อง จน กลายเป็นพฤติกรรมที่คงที่ (มากกว่า 6 เดือน)	0	13 (39.4)		

พฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ไขมัน เค็ม

จากผลการศึกษา ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน อยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7 บริโภคไขมันอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54. และบริโภคเค็มอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 บริโภคไขมันอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 และบริโภคเค็มอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 บริโภคไขมันอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7 และบริโภคเค็มอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 เสี่ยงปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 บริโภคไขมันอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 และบริโภคเค็มอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5

2) ความเครียด

จากผลการศึกษา ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความเครียด อยู่ในระดับเสี่ยงสูงมาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 ระดับเสี่ยงสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ระดับเสี่ยงปาน

จากผลการศึกษา หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ นั่งทำงานอยู่กับที่และไม่ได้ออกกำลังกายเลย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเล็กน้อย ประมาณสัปดาห์ละ 1-3 วัน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และออกกำลังกาย

หรือเล่นกีฬาปานกลาง ประมาณสัปดาห์ละ 3-5 วัน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มควบคุมมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ นั่งทำงานอยู่กับที่และไม่ได้ออกกำลังกายเลย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเล็กน้อย ประมาณสัปดาห์ละ 1-3 วัน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5

6) การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต

การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตก่อนการทดลองเท่ากับ 36.33 (S.D. = 6.25) และหลังการทดลองเท่ากับ 29.85 (S.D. = 6.65) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คะแนนพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	36.33	6.25	6.38	<0.001
หลังการทดลอง	29.85	6.65		

การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตเท่ากับ 29.85 (S.D. = 6.65) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตเท่ากับ 38.61

(S.D. = 12.02) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value = 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	29.85	6.65	3.66	0.001
กลุ่มควบคุม	38.61	12.02		

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value < 0.001) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value = 0.001) สรุปได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพนี้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตได้ อธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนี้ ได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.กลุ่มทดลองได้ร่วมกิจกรรม คือ ได้รับความรู้โดยผู้วิจัยบรรยาย

เรื่องพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตพร้อมกับรับแผนพับเกี่ยวกับโรค NCDs 4 เรื่อง โดยในระหว่างการบรรยายหากกลุ่มทดลองมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองตื่นตัว เกิดความตระหนักจากการค้นหาปัญหา สาเหตุ และรับรู้ความเสี่ยงพฤติกรรมด้านการดำเนินชีวิตของตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหาพฤติกรรมด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างตั้งใจฟังการบรรยาย อยากมีส่วนร่วม และมีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม รวมทั้งสถานประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของพนักงาน ได้แก่ จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ จากกิจกรรมทั้งหมดนี้อาจทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ ได้ค้นหาปัญหา สาเหตุพฤติกรรมเสี่ยง จนเกิดการรับรู้ภาวะเสี่ยง ความรุนแรง การถูกคุกคามจากโรค รับรู้ปัจจัยเสี่ยง รับรู้แนวโน้มต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และอุปสรรคของตนเอง เกิดความเชื่อและการยอมรับหรือเกิดความตระหนักที่จะต้องลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับอุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด¹³ ที่ศึกษาการให้ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักแก่กลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองได้รับรู้ว่าการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย และปัจจัยด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มทดลอง นำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมการมีภาวะน้ำหนักเกินได้ นอกจากนี้ การกระตุ้น การให้กำลังใจ การเสริมพลังให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธะสัญญาใจ อาจช่วยตอกย้ำ เกิดพลังกระตุ้นและเพิ่มความมั่นใจให้กลุ่มทดลองตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อรักษาสัญญากับตนเอง ดังตัวอย่างสัญญาใจ เช่น “ดิฉันจะลดน้ำหนักให้ได้” “ต่อไปฉันจะออกกำลังกาย”

เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยาเรื่องแรงจูงใจภายใน(Intrinsic motivation) ที่เกิดจากความต้องการภายในเป็นแรงผลักดันภายในบุคคล ทำให้คนเราสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ความต้องการ เจตคติ เป็นต้น จึงอาจทำให้กลุ่มทดลองมีระยะ stage of change หลังร่วมกิจกรรมเปลี่ยนแปลงจากก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value = 0.006) นั่นคือ แนวโน้มพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปในระยะที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลิพร หิโตอักษร และคณะ¹⁴ พบว่าผู้ประกอบการตลาดสดมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง มีค่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุม กิจกรรมที่ได้รับมีเพียงเอกสารความรู้และการกระตุ้นด้วยบอร์ดประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ที่สถานประกอบการจัดทำขึ้น อาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดความตระหนักจนสามารถทำให้กลุ่มควบคุมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพนี้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตได้ ดังนั้นจึงเหมาะสมในการนำไปใช้สร้างเสริมพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานประกอบการ
2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ในระยะยาว ได้แก่ ระยะกระทำการเปลี่ยนแปลง เริ่มเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน และระยะคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง คือสามารถปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นพฤติกรรมที่คงที่ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นสถานะสุขภาพหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ระดับความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด และคอเลสเตอรอลในเลือด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สัญญาณเตือนกลุ่มโรค NCDs [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.shorturl.asia/xm4Z7>
3. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 PACKAGES. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2562.
4. วันเพ็ญ ทรงคำ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที. ปริ๊นติ้ง; 2563.
5. O'Donnell MP. Health promotion in the workplace. 3rd ed. USA: Delmar; 2002.
6. เกษม นครเขตต์, สามารถ ศรีจันทร์, อุเทน ปัญโญ, อเนก ช้างน้อย, มนัส ยอดคำ. การส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน เอกชน : โครงการวิจัยเพื่อสร้างพื้นฐานการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงานภาคเอกชน: กรณีศึกษาสี่จังหวัดภาคเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1272?locale-attribute=th>
7. Rogers B. Occupational and environmental health nursing: Concept and practice. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Science; 2003.
8. รจเรข ธรรมกร่าง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2557;1(5):19-29.
9. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editors. Health behavior and health education. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. หลักสูตรการศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
12. ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ กรมควบคุมโรค. แบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน (แบบ TWH01) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/976020200130083101.pdf>
13. อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยศิลปะมวยไทยต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสมรรถภาพทางกาย ของบุคคลวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
14. ชุติพร หิตอักษร. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ประกอบการตลาดสดกอบกาญจน์ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(พิเศษ):91-101.