การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Development of a Health Literacy Promotion Model for At-Risk Individuals to Prevent Diabetes and Hypertension, Ban Thung Ko Sub-district Health Promotion Hospital, Bo Nok Sub-district, Mueang District, Prachuap Khiri Khan Province.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ดรุณี พิชิตชัยวัฒนกุล[1]
Darunee Pichitchaivattanakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design)นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความตระหนัก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ทักษะ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ และ 2) พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 30–59 ปี จำนวน 34 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) และแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงที่สุด จาก 41.88 (SD=7.67) เป็น 48.00 (SD=4.43) (t=-7.661, p < .001) โดยสัดส่วนภาพรวมเพิ่มจากระดับดี (ร้อยละ 74.51) เป็นระดับดีมาก (ร้อยละ 80.00) ด้านความตระหนักด้านสุขภาพ (t=-2.318, p = .027) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (t=-2.523, p = .017) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 82.16 และ 80.00 ตามลำดับ) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม/ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แม้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติเนื่องจากฐานคะแนนเดิมสูง แต่พบพัฒนาการเด่นชัดในทักษะการออกกำลังกายและแรงสนับสนุนจากครอบครัว

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This Quasi-Experimental Research by One-Group Pretest-Posttest Design aimed to: 1) assess health awareness, health literacy, environmental/essential skills, social support, and health behaviors; and 2) develop and evaluate a health literacy enhancement model (Ban Thung Ko Model: 3S 4A) for diabetes and hypertension prevention. A purposive sample of 34 at-risk individuals aged 30–59 years participated in the 12-week program. Data were collected pre- and post-intervention using structured questionnaires and analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results showed that after participating in the program, the mean health behavior score increased significantly from 41.88 (SD=7.67) to 48.00 (SD=4.43) (t=-7.661, p < .001), elevating the overall level from Good (74.51%) to Very Good (80.00%). Health awareness (t=-2.318, p = .027) and health literacy (t=-2.523, p = .017) also showed statistically significant increases to Very Good levels (82.16% and 80.00%, respectively). Environmental skills and social support scores improved slightly without statistical significance due to high baseline scores, but marked improvements were observed in exercise skills and family support.

Keywords: Health Literacy, Diabetes and Hypertension, At-Risk Population

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาวะ ผลิตภาพการทำงาน และความยั่งยืนทางการคลังของระบบสาธารณสุข[1] จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 17 ล้านคน ซึ่งเกิดขึ้นในประเทศรายได้น้อยและปานกลางสูงถึงร้อยละ 86 สำหรับประเทศไทย ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 91 เกิดจากค่าใช้จ่ายแฝงของการสูญเสียกำลังผลิตภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1,2,3]

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารรสจัด โดยเฉพาะโซเดียมที่สูงเกินมาตรฐานของคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกถึงเกือบเท่าตัว การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์[1,4] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้นับเป็นกลไกหลักในการป้องกันและควบคุมโรค โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นตัวกำหนดสำคัญ[5] สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[6] ทั้งนี้ ปัจจุบันพบว่าประชากรไทยยังมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น[7] จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนายกระดับอย่างเป็นระบบ และเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เป้าหมายย่อยที่ 3.4.1 และแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570) ที่มุ่งลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[1,8] การขับเคลื่อนงานในระดับปฐมภูมิ ผ่านระบบการจัดการสุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจำต้องอาศัยกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาบริการสุขภาพเน้นการป้องกันเชิงรุก[9,10] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีโครงสร้าง และกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน สมบูรณ์ และสอดคล้องกับบริบทชุมชน จึงเป็นกลวิธีสำคัญในการสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน[5]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์" โดยผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางเชิงประจักษ์สำหรับสถานบริการ ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อลดภาระโรค และส่งเสริมสุขภาวะที่ยั่งยืนของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาระดับความตระหนักด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ประกอบด้วย กระบวนการ 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ บริบทและต้นทุนเดิม ได้แก่ สถานะสุขภาพ ระดับความตระหนักด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก โดยใช้แบบสอบถามก่อนการทดลอง ตามโครงสร้างที่ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น ครอบคลุมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสะท้อนโจทย์ปัญหาและจุดขาดที่ต้องนำไปแก้ไขในระยะถัดไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาร่าง รูปแบบและชุดนวัตกรรม/ กิจกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ กองสุขศึกษา[3,9,10] โดยการนำผลวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาบูรณาการเข้ากับกรอบแนวคิด ซึ่งเน้นกระบวนการ เข้าถึง เข้าใจข้อมูล ซักถามประเมินความน่าเชื่อถือ และนำไปประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยองค์ประกอบของรูปแบบฯที่ดำเนินการนี้ ประกอบด้วย โครงสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะอ่านฉลากโภชนาการ การฝึกนับคาร์โบไฮเดรตและโซเดียม การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน การจัดทำคู่มือ/ นวัตกรรมสื่อสนับสนุน คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มเสี่ยง สมุดบันทึกสุขภาพตนเอง และสื่อดิจิทัล/ แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มในการแจ้งเตือนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งกลไกสนับสนุนทางสังคม การสร้างระบบเพื่อนช่วยเพื่อน และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชี่ยวชาญโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการเยี่ยมบ้านและติดตามผล

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ ประเมินความเหมาะสม และพัฒนารูปแบบ ความเป็นไปได้ และปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์เชิงวิชาการ และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ก่อนนำไปทดลองใช้จริง มีกระบวนการดำเนินงาน การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยนำร่างรูปแบบฯ และนวัตกรรมสื่อ/คู่มือ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และด้าน Health Literacy และอาจารย์ผู้ชำนาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของกิจกรรม มีการจัดสนทนากลุ่ม เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), และตัวแทนกลุ่มเสี่ยง เพื่อปรับปรุงกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม มีการทดลองใช้เครื่องมือ และนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (นอกพื้นที่ศึกษา) จำนวน 10 –15 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ระยะเวลาที่ใช้ และปรับภาษาในสื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น หลังจากนั้นจึงจัดทำรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ สรุปและปรับปรุง จนได้รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่พร้อมนำไปทดลองจริง

ระยะที่ 4 การทดลองใช้ และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ นำรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบในระยะที่ 3 ไปปฏิบัติจริงกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด 12 สัปดาห์ โดยมีการติดตามและสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องโดยทีม รพ.สต. และ อสม. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

ร่วมกับการตรวจประเมินสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าตัวชี้วัดทางกายภาพก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง อายุ 30 - 59 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power จำนวนตัวอย่าง 34 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เป็นประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง อายุ 30 – 59 ปี สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย มีสมาร์ทโฟนและสามารถในการใช้สมาร์ทโฟนตั้งแต่ขั้นพื้นฐานขึ้นไป มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของ ประชาชน ซึ่งประกอบด้วย

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ เป็นคำถามแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเมินจากการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเองตามระดับความเป็นจริง แบ่งเป็น 5 ระดับ (ปฏิบัติทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติ) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ประเมินจากการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ประโยชน์และอุปสรรคด้านสุขภาพของตนเองตามระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 4 การจัดสภาพแวดล้อม และทักษะที่จำเป็นในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประเมินการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยตอบตามการปฏิบัติในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ประเมินความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ (6-7วัน/ สัปดาห์, 4-5 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 1-2 วัน/สัปดาห์ และแทบไม่ได้ปฏิบัติ) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 12 ข้อ

2. รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง (Ban Thung Ko Model: 3S 4A) เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานบูรณาการกลไก 3S เข้ากับกระบวนการเรียนรู้ 4A ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนากลไกหนุนเสริมสิ่งแวดล้อมและสังคม (3S Framework)

- S1 (Site Support) พัฒนาพื้นที่ชุมชนโดยจัดตั้งมุมสุขภาพประจำหมู่บ้าน พร้อมอุปกรณ์ตรวจประเมินสุขภาพเบื้องต้น และประสานร้านค้าชุมชนเพื่อจัดทำสัญลักษณ์เมนูชูสุขภาพลดเสี่ยง

- S2 (Social Support) อบรมจัดตั้ง อสม. แกนนำประจำกลุ่มชุมชน และส่งเสริมระบบคู่หูสุขภาพในครอบครัว (Family Buddy) เพื่อสร้างแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และคำชมเชย

- S3 (System Support) วางระบบเฝ้าระวังโดยจัดทำสมุดบันทึกพิชิตตัวเลข (จำแนกตามแถบสีเขียว-เหลือง-ส้ม) และกำหนดปฏิทินเยี่ยมบ้านติดตามผลทุก 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 การพัฒนากิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 สัปดาห์ (4A Literacy Intervention)

- สัปดาห์ที่ 1 (Access) กิจกรรมรู้ช่องทางเข้าถึงสื่อชัวร์ ฝึกค้นหาข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงที่ถูกต้อง

- สัปดาห์ที่ 2 (Understand & Appraise) กิจกรรมอ่านฉลากเป็น เท่าทันสื่อหลอก ฝึกอ่านฉลากโภชนาการโซเดียม/ น้ำตาลแฝง และคัดกรองข่าวปลอม

- สัปดาห์ที่ 3 (Apply/Self-management) กิจกรรม จานสเกล 2:1:1 พิชิต NCDs ฝึกตวงสัดส่วนอาหารจริง ปรุงอาหาร Plant-based และจัดเวลาขยับกาย/ ออกกำลังกาย

- สัปดาห์ที่ 4 (Advocate/ Communication) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สื่อสารบอกต่อ ฝึกการถ่ายทอดความรู้แก่ครอบครัวและเพื่อนบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเชิงอนุมานเพื่อสรุปอ้างอิงผลจากกลุ่มตัวอย่างไปยังประชากร ได้แก่ การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2568 ถึง เดือน กันยายน 2569

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 114/2568 เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.59 เพศชาย ร้อยละ 29.41 อายุ 50 -59 ปี ร้อยละ 55.88 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 26.47 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.29 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.59 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 47.06 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.35 โดยก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตระหนักด้านสุขภาพในภาพรวม ร้อยละ 77.45 และหลังการทดลอง คะแนนความตระหนักด้านสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 82.16 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับความตระหนักด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกข้อ โดยข้อที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การคิดว่าการลดการกินอาหารหวาน มัน และเค็ม เป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพ คะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.82 เป็นร้อยละ 86.47 รองลงมา คือ การรู้สึกว่าพฤติกรรมการกินอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งผลเสียต่อสุขภาพในอนาคต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.88 เป็นร้อยละ 83.53 และ ความพยายามสังเกตและควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเอง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.53 เป็นร้อยละ 81.18

ด้านระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมร้อยละ 76.59 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 80.00 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อเพิ่มขึ้นทุกข้อ ได้แก่ ความสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แอปฯ, เว็บไซต์หมอ, อสม. การเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 77.65 เป็น ร้อยละ 81.18 และการเข้าใจข้อมูลสุขภาพหรือฉลากโภชนาการ (หวาน มัน เค็ม) ที่ได้รับอย่างชัดเจน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 77.06 เป็น 78.24 และความสามารถแยกแยะได้ว่า ข้อมูลสุขภาพในสื่อต่าง ๆ เรื่องใดน่าเชื่อถือหรือเรื่องใดโฆษณาเกินจริง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 77.65 เป็น 81.76

ด้านการจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น คะแนนเฉลี่ยรวม ร้อยละ 66.82 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 70.35 การวิเคราะห์จำแนกรายข้อ พบข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ได้แก่ ทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด จากร้อยละ 64.71 เป็นร้อยละ 72.35 รองลงมาคือ การเข้าถึงพื้นที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัยได้สะดวก มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 65.88 เป็นร้อยละ 70.00 และ การมีอุปกรณ์สำหรับตรวจสุขภาพเบื้องต้นอย่างเพียงพอ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.65 เป็นร้อยละ 60.59

ด้านการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากจาก ร้อยละ 75.41 เป็น ร้อยละ 77.18 การวิเคราะห์รายข้อ พบว่า การสนับสนุนและกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด จากร้อยละ 77.65 เป็นร้อยละ 81.76 รองลงมาคือ การได้รับคำแนะนำและกำลังใจจาก อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.41 เป็นร้อยละ 80.59 และการได้รับคำชมเชยเมื่อควบคุมค่าน้ำตาล/ ความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.53 เป็นร้อยละ 74.12

ด้านระดับพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ร้อยละ 74.51 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.00 เมื่อจำแนกตามกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างนี้มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือการไม่ดื่มแอลกอฮอล์จนมึนเมา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.12 เป็นร้อยละ 99.41 รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 84.71 เป็นร้อยละ 98.24 และการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.29

การเปรียบเทียบผลการทดลอง พบว่า ด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงที่สุด จาก 41.88 เป็น 48.00 ค่า S.D. ลดลงจาก 7.67 เหลือ 4.43 ผลทางสถิติ t = -7.661, P = .000 ($p < .001$) ส่วนความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.06 เป็น 24.65 (t = -2.318, P = .027) ด้านความรอบรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 19.15 เป็น 20.00 (t = -2.523, P = .017) ผลทางสถิติ ทั้งสองด้านมีค่า P-value < .05 ส่วนการจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 17.59 เป็น 18.00 (t = -1.521, P = .138) และด้านการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 19.29 เป็น 19.79 (t = -1.654, P = .108) ผลทางสถิติ ทั้งสองด้านมีค่า P-value > .05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.59 เพศชาย ร้อยละ 29.41 ส่วนใหญ่ อายุ 50 -59 ปี ร้อยละ 55.88 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 26.47 สอดคล้องกับการศึกษาในบริบทสังคมไทย พบเพศหญิงมักมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่มักทำหน้าที่จัดเตรียมอาหารและดูแลความเป็นอยู่ของครัวเรือน การยกระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มสตรี จึงส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินของสมาชิกในครอบครัวด้วย โดยเป็นวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงชีวิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากเริ่มมีความเสื่อมถอยทางชีววิทยาของร่างกาย ร่วมกับการสะสมพฤติกรรมเสี่ยงมาเป็นเวลานาน การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มอายุนี้ นับเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ตรงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชะลอการเกิดโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน[11,12] ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.29 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.59 สะท้อนถึงความจำเป็นในการออกแบบ

กระบวนการเรียนรู้ที่ไม่เน้นการบรรยายเชิงทฤษฎีที่ซับซ้อน แต่เน้นการใช้อุปกรณ์ช่วยมองเห็น สื่อรูปธรรม และการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam & Lloyd[13] และขวัญเมือง แก้วดำเกิง[14] ที่ระบุว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน อาจมีข้อจำกัดด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เป็นทางการ ดังนั้นการนำนวัตกรรมจานสเกล 2:1:1 และเครื่องมือสื่อสารเชิงรูปธรรม ตามความหลากหลายแนวคิดมาพัฒนาใช้ในโปรแกรมฯ จึงช่วยลดภาระทางความคิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติตามได้ง่าย โดยไม่ถูกจำกัดด้วยระดับการศึกษา[7,15,16] กลุ่มตัวอย่างมีการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.06 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.35 ลักษณะงานเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป มักมีการใช้แรงงานหนักในบางช่วงเวลา แต่มักประสบปัญหาเรื่องเวลาที่ไม่แน่นอน และแบบแผนการบริโภคอาหารที่เน้นความสะดวกรวดเร็ว รสจัด (เค็ม/มัน/หวาน) เพื่อเสริมพลังงานในการทำงาน รวมถึงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงพื้นที่ออกกำลังกายที่เป็นกิจลักษณะ

การศึกษาระดับความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความตระหนักด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากระดับดีเป็นระดับดีมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการให้กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก ร่วมกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารเชิงรูปธรรม ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตระหนักรู้และรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11,12] โดยความคิดว่าการลดการกินอาหารหวาน มัน และเค็ม เป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดจากระดับดี เป็นระดับดีมาก และการรู้สึกว่าพฤติกรรมการกินอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งผลเสียต่อสุขภาพในอนาคตมีระดับเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนมุมมองจากการปรับอาหารเป็นเรื่องยุ่งยากมาเป็นการตระหนักถึงผลกระทบระยะยาวในอนาคต สอดคล้องกับแนวคิดของ อังศินันท์ อินทรกำแหง[4] และ Nutbeam & Lloyd[13] ที่ระบุว่าการตระหนักถึงภัยเงียบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปกป้องตนเอง ส่วนด้านความพยายามสังเกตและควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเอง และการที่คะแนนการสังเกตตนเองเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด อาจเป็นผลมาจากการนำนวัตกรรมจานอาหารสัดส่วน 2:1:1 และสมุดบันทึกสุขภาพมาใช้ใน สอดคล้องกับ แนวทางการปรับพฤติกรรมของ สมเกียรติ แสงวัฒนารัษฎ์[16] ซึ่งระบุว่าเครื่องมือช่วยจำ และอุปกรณ์เชิงรูปธรรมจะช่วยลดภาระทางความคิด ช่วยเตือนสติให้บุคคล เกิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมการกินของตนเองในชีวิตประจำวัน นำไปสู่ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เข้มแข็งขึ้น ประเด็นรองลงมา คือความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารให้ดีต่อสุขภาพมากขึ้น ความสามารถในการระบุประเภทอาหารที่มีรสหวาน มัน หรือเค็มสูง และการกินอาหารรสจืดและไม่ปรุงเพิ่มเป็นข้อที่มีคะแนนความตระหนักสูงตั้งแต่ก่อนทดลอง สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความตระหนักเรื่องการไม่ปรุงเพิ่มในระดับที่ดีอยู่แล้ว ซึ่งขวัญเมือง แก้วดำเกิง[16] อธิบายว่าการพัฒนาความตระหนักรู้ผ่านทักษะการแยกแยะข้อมูล จะเป็นฐานรองรับสำคัญในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในมิติการประเมินและการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัย

ด้านระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับดีขึ้นไปสู่ระดับดีมาก สัดส่วนผู้มีระดับความรอบรู้ดีมากเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ลดลงจาก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[17] และ Sørensen et al.[18] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาและยกระดับขึ้นได้ ผ่านกระบวนการเรียนรู้และสื่อสารสุขภาพที่ออกแบบอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้เรียน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีโครงสร้างชัดเจนและการปฏิบัติจริง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] โดยความสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แอปฯ, เว็บไซต์หมอ, อสม. การค้นหาข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการมีคู่มือและกระบวนการทำงานร่วมกับ อสม. ช่วยเพิ่มช่องทางและเพิ่มทักษะของประชาชนในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการบทบาทของ อสม. และช่องทางการสื่อสารในชุมชน ช่วยทลายอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพหรือฉลากโภชนาการ (หวาน มัน เค็ม) ที่ได้รับอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยที่ระบุว่าการมีผู้ช่วยเหลือหรือแกนนำสุขภาพในระดับชุมชน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมข้อมูล จะช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ง่ายขึ้น ความเข้าใจข้อมูลเป็นรากฐานสำคัญในการเปลี่ยนข้อมูลเชิงทฤษฎีให้เป็นทักษะพื้นฐานที่นำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพ[12,14] ส่วนความสามารถแยกแยะได้ว่าข้อมูลสุขภาพในสื่อต่าง ๆ เรื่องใดน่าเชื่อถือหรือเรื่องใดโฆษณาเกินจริง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่นจากระดับดี เป็นระดับดีมาก สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ของฐานเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 2 ที่เน้นการฝึกวิเคราะห์ และเท่าทันข่าวปลอม/ โฆษณาชวนเชื่อในโซเชียลมีเดียได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Nutbeam & Lloyd[13] ที่เน้นย้ำว่าทักษะการประเมิน เป็นขั้นสูงสุดของความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล ที่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเกิดภูมิคุ้มกันทางข้อมูล และไม่ตกเป็นเหยื่อของการหลงเชื่อ ส่วนการประยุกต์ใช้และการบอกต่อ โดยสามารถนำคำแนะนำ เรื่องการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มาปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือช่วยลงมือทำจริงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้และสามารถอธิบายวิธีการดูแลสุขภาพป้องกันโรคได้ แสดงถึงทักษะที่เพิ่มขึ้นในการสื่อสาร และถ่ายทอดความรู้ในการป้องกันโรคให้กับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับ แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยอุปกรณ์ช่วยมองเห็น ซึ่ง สมเกียรติ แสงวัฒนารัษฎ์[16] ระบุว่าอุปกรณ์เชิงรูปธรรมจะช่วยลดภาระทางความคิด ทำให้กลุ่มเสี่ยงแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันและถ่ายทอดแก่คนในครอบครัวได้ง่ายและต่อเนื่องยิ่งขึ้น

การจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็นในการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้เป็นระดับดี สามารถอภิปรายได้ว่า การยกระดับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน สามารถพึ่งพาการพัฒนาทักษะหรือความรู้ระดับบุคคลและจำเป็นต้องอาศัยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคมควบคู่กันไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[17] ซึ่งเน้นย้ำว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ต้องเกิดจากการจัดการปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติตัวร่วมกับการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจ และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง[19,20] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า การปรับสิ่งแวดล้อมทางสังคมร่วมกับการจัดกิจกรรมสร้างทักษะ เช่น การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน การใช้ตัวแบบในชุมชน และการใช้นโยบายร่วมกันในพื้นที่ สามารถยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการให้ความรู้แบบบรรยายเพียงอย่างเดียว และการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการสร้างพันธะสัญญา และการติดตามสนับสนุนในชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การมีระบบติดตามและสิ่งแวดล้อมที่คอยกระตุ้นเตือน ช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี [20,21] และสอดคล้องกับการศึกษา[19] ที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนา

ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำหน้าที่จัดการปัจจัยแวดล้อมในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับข้อเสนอแนะที่ระบุว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องบูรณาการร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อม และบริการที่เอื้ออำนวย การสร้างเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมในการกำกับตนเอง และยืนยันตรงกันว่า การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีการควบคุมสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนแรงจูงใจและการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มเมแทบอลิกซินโดรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[22,23,24] แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย[25] ที่ได้สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน และพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งยังมีพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน การเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ และความเร่งรีบในวิถีชีวิต ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า หากขาดการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพแล้ว การพัฒนาทักษะระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว จะไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้[20,25] จึงสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมสร้างทักษะ ร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมและแรงสนับสนุน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่มีประสิทธิผลสูงในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญและยั่งยืน

การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 75.41 ในระดับดี เป็น ร้อยละ 77.18 ระดับดี การวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่มีพัฒนาการสูงสุด คือ การสนับสนุนและกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด จากร้อยละ 77.65 เป็น 81.76 โดยครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมใกล้ชิดที่สุด ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การที่ครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยา การประกอบอาหารลดหวาน-มัน-เค็ม และการร่วมออกกำลังกาย ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะโครงสร้างสิ่งแวดล้อมใกล้ชิดในระดับครัวเรือนและชุมชน เป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ ที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง การที่คะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มขึ้นสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งการคอยกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยา การจัดหาและประกอบอาหารลดหวาน-มัน-เค็ม และการร่วมออกกำลังกาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย[20] ที่ระบุว่าการปรับสิ่งแวดล้อมทางสังคมในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการสร้างส่วนร่วมและพันธะสัญญาร่วมกันภายในบ้านและกลุ่มเพื่อน ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง และการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[17] ที่ระบุว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้ออำนวย[17,19] บทบาท อสม. และทีมสุขภาพประจำคุ้มบ้านในฐานะผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ การได้รับคำแนะนำและกำลังใจจาก อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.41 ระดับดี เป็น 80.59 ระดับดีมาก รวมทั้งการได้รับคำชมเชยเมื่อควบคุมค่าระดับน้ำตาล/ ความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.53 เป็น 74.12 (ระดับดี) แสดงให้เห็นถึงบทบาทอันเข้มแข็งของ อสม. และทีมสุขภาพประจำชุมชน ในฐานะผู้เสริมสร้างแรงพลัง และผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร การเยี่ยมบ้านและการให้แรงเสริมทางบวกด้วยคำชมเชย ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความภาคภูมิใจ และมีแรงจูงใจในการควบคุม

ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ และการติดตามอย่างสม่ำเสมอจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตอกย้ำบทบาทของ อสม. ในฐานะผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร และผู้เสริมสร้างพลังอำนาจในระดับชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] และยังตรงกับ งานวิจัย[19] ที่ย้ำว่าการพัฒนา อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงติดตามในชุมชน ส่งผลโดยตรงให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[19] ส่วนการใช้แรงเสริมทางบวกผ่านการเยี่ยมบ้านและคำชมเชย การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชมเชย เมื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ดี สะท้อนถึงการนำหลักการเสริมแรงทางบวกมาประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และมีแรงจูงใจในการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้ ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัย[23,25] ซึ่งยืนยันตรงกันว่า การจัดโปรแกรมที่มีการติดตามประเมินผล และให้แรงเสริมเชิงบวกแก่ผู้เข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อีกงานวิจัย[25] ได้ระบุว่าการขาดแคลนระบบสนับสนุนและคำแนะนำที่ต่อเนื่อง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนวัยทำงานไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ[25] สรุปได้ว่า การผสมผสานการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวร่วมกับการทำหน้าที่ของ อสม. และทีมสุขภาพในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และเสริมแรงทางบวกด้วยคำชมเชย ถือเป็นยุทธศาสตร์การจัดการสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีประสิทธิผลสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน

ด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก ระดับดี เป็น ระดับดีมาก โดยสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 33.58 เป็นร้อยละ 40.93 ในขณะที่กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดีลดลงจากร้อยละ 13.73 เหลือเพียงร้อยละ 8.82 แสดงถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกอย่างเป็นรูปธรรม โดยการไม่ดื่มแอลกอฮอล์จนมึนเมา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.12 เป็นร้อยละ 99.41 การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองและการไม่สูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.71 เป็นร้อยละ 98.24 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานพฤติกรรมด้านการปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีอยู่แล้ว และเมื่อได้รับความรู้บวกกับการหนุนเสริมจากข้อตกลงชุมชน ทำให้เกิดทักษะการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมเสี่ยง สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปกป้องตนเองจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีฐานพฤติกรรมด้านการปฏิเสธบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีอยู่แล้วในระดับหนึ่ง และเมื่อได้รับการยกระดับความรู้ควบคู่กับการหนุนเสริมจากข้อตกลงร่วมของชุมชน ส่งผลให้เกิดทักษะในการหลีกเลี่ยงและจัดการตนเองจากสิ่งแวดล้อมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปกป้องตนเองจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ของ Nutbeam[17] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง จะช่วยให้บุคคลเกิดทักษะการตัดสินใจ การประเมินความเสี่ยง และการตอบสนองเพื่อปกป้องตนเองจากปัจจัยคุกคามทางสิ่งแวดล้อมและสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การสร้างกติกาหรือข้อตกลงร่วมกันในพื้นที่ และการจัดสภาพแวดล้อมปลอดปัจจัยเสี่ยง สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมตนเองของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการให้ความรู้

รายบุคคลเพียงอย่างเดียว ซึ่งการมีกติกาชุมชนจะช่วยลดแรงกดดันทางสังคม ในการดื่มหรือสูบ และสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิเสธปัจจัยเสี่ยง[20,22] และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. รวมถึงการลดละเลิกบุหรี่และสุรา พบว่าทำให้กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] เช่นเดียวกับ งานวิจัย[19] ที่พบว่าการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน อสม. ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการลดลงของกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการกระตุ้นการกำกับตนเองซึ่งตรงกับผลการศึกษา[23,24] ที่สรุปว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการฝึกทักษะหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าและการติดตามอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างชัดเจน ในขณะที่อีกงานวิจัยระบุว่า การขาดทักษะการปฏิเสธและการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งเร้าเสี่ยงสูงเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้กลุ่มวัยทำงานยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม[25] สรุปได้ว่า การผสมผสานการให้ความรู้ด้านสุขภาพเข้ากับการสร้างข้อตกลงร่วมในชุมชน เป็นการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยเสริมสร้างทักษะในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเชิงบวกอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ข้อสรุป ความสำเร็จของโปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) ในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกิดจากการออกแบบโปรแกรมที่สอดรับกับบริบทของประชากรในพื้นที่อย่างแท้จริง ช่วยยกระดับความตระหนักรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เป็นตัวกระตุ้นภายในบุคคล ซึ่งเมื่อทำงานบูรณาการควบคู่กับปัจจัยหนุนเสริมภายนอกอย่างองค์ประกอบ ทำให้ประชาชนเกิดทักษะการจัดการตนเองและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2) การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงที่สุด จาก 41.88 เป็น 48.00 ค่า S.D. ลดลงจาก 7.67 เหลือ 4.43 ซึ่งค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลง แสดงถึงการกระจายของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นสม่ำเสมอกัน และเกาะกลุ่มกันมากขึ้น ผลทางสถิติ $t = -7.661$, $P = .000$ ($p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้น ส่งผลกระทบเชิงบวก ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[17] ที่ระบุว่าการยกระดับทักษะความรอบรู้ร่วมกับการจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติจริง เช่น การใช้จานสเกล 2:1:1 และการส่งเสริมกิจกรรมกายกรรม ช่วยให้เกิดการนำทักษะไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกรวดเร็วและเห็นผลเป็นรูปธรรม ส่วนความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.06 เป็น 24.65 ($t = -2.318$, $P = .027$) ด้านความรอบรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 19.15 เป็น 20.00 ($t = -2.523$, $P = .017$) แสดงว่าการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเพิ่มความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้เชิงรุกช่วยพัฒนาทั้งความรอบรู้และความตระหนักไปพร้อมกัน[11] การ

จัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น และด้านการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก ผลทางสถิติ ทั้งสองด้านมีค่า P-value > .05 แสดงว่า คะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ฐานคะแนนเดิมที่อยู่ในระดับสูงในระดับหนึ่งก่อนเริ่มโปรแกรม ในระยะเวลาการทดลอง การเปลี่ยนบริบทสิ่งแวดล้อมเชิงโครงสร้างและการปรับเปลี่ยนทัศนคติ/ พฤติกรรมการสนับสนุนของคนรอบข้าง (ครอบครัว ชุมชน) ต้องใช้ระยะเวลาในการปลูกฝังยาวนานกว่าการปรับเปลี่ยนทักษะและพฤติกรรมระดับบุคคล รวมทั้งข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เช่น อุปกรณ์ตรวจเช็กสุขภาพหรือโครงสร้างพื้นฐานในชุมชนบางอย่าง ต้องอาศัยงบประมาณและทรัพยากรระดับนโยบาย การเปลี่ยนแปลงในระยะสั้นจึงแสดงผลในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Nutbeam & Lloyd[13] เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า โปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) มีความสมบูรณ์ โดยด้านความรอบรู้และความตระหนักด้านสุขภาพเป็นปัจจัยนำและการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยหนุนเสริมเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลลัพธ์พฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนทางสังคม สะท้อนให้เห็นถึงการบูรณาการพลัง 3 ประสาน ได้แก่ บ้าน (ครอบครัว) - ชุมชน (อสม./แกนนำ) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (บุคลากรสาธารณสุข) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยระบบสุขภาพชุมชนในประเทศไทย[4] ที่พบว่าการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเชิงรุกไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนของผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยส่งผ่านสำคัญที่ช่วยเปลี่ยน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กลายเป็น พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน[4] การบูรณาการสิ่งแวดล้อมและสังคมตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงโครงสร้าง การที่โปรแกรมจัดให้มีสิ่งแวดล้อมหนุนเสริม เช่น มุมสุขภาพประจำกลุ่มบ้าน กิจกรรมออกกำลังกาย และการปรับอาหารควบคู่กับพลัง 3 ประสาน สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[17] ที่ระบุว่าการยกระดับสุขภาพในระดับชุมชน ต้องอาศัยการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการปฏิบัติตน ซึ่งได้รับการยืนยันโดย งานวิจัยที่พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างส่วนร่วมจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน สามารถยกระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และเกิดพฤติกรรมการควบคุมตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20] ส่วนการเยี่ยมบ้านและแรงเสริมทางบวก โดยทีมสุขภาพปฐมภูมิ บทบาทเข้มแข็งของ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ และให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มเสี่ยงควบคุมค่าน้ำตาล/ความดันได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจและการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรม 3อ. 2ส. ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[21] และ งานวิจัยที่ยืนยันว่า อสม. ที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำจัดการปัจจัยแวดล้อมและให้แรงสนับสนุนเชิงบวก ช่วยส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[19] ในขณะที่ งานวิจัย[23,24] ระบุตรงกันว่าการให้แรงเสริมเชิงบวกและการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิกได้อย่างยั่งยืน

สรุปได้ว่า โปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) ได้พิสูจน์ให้เห็นถึงความสอดคล้องกับวรรณกรรมทางสาธารณสุขอย่างรอบด้าน โดยใช้พลัง 3 ประสานและการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขับเคลื่อนและส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผลสูง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เชิงปฏิบัติการโดยนำโปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) ไปขยายผลใช้เป็นรูปแบบมาตรฐานในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการใช้นวัตกรรมเชิงรูปธรรม เช่น จานสเกล 2:1:1 และ สมุดบันทึกสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการสร้างสิ่งแวดล้อมหนุนเสริม โดยควรผลักดันการจัดทำข้อตกลงร่วมของชุมชน เช่น การจัดเมนูชูสุขภาพลดเสี่ยง หรือการจัดพื้นที่ปลอดปัจจัยเสี่ยง (บุหรี่/สุรา) เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

การวิจัยในอนาคต

1. การติดตามผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว โดยการออกแบบการศึกษาติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะยาว (เช่น 6 เดือน, 1 ปี หรือ 2 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

2. การประเมินตัวชี้วัดทางกายภาพและผลลัพธ์ทางชีวเคมี โดยมุ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงรูปธรรมเพิ่มเติม เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c), ระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) และการลดลงของดัชนีมวลกาย (BMI) หรือรอบเอวอย่างเป็นระบบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อการชะลอและลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังรายใหม่ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

แนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถใช้เป็นรูปแบบมาตรฐานในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยการเสริมสร้างบทบาท อสม. เชี่ยวชาญ NCDs และการขับเคลื่อนพลัง 3 ประสาน ใช้เป็นกรอบการทำงานบูรณาการร่วมกันเพื่อสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมเชิงรุกที่ช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/21112023-113615-1061.pdf
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา; 2568.
4. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการสร้างเสริม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://online.pubhtml5.com/twmt/nuvy/#p=2
5. ศิริศักดิ์ วงษ์ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล. 2562;10(2):45–56.
6. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ, พลอยไพลิน จันทร์มณี. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2019-09-03-1-18-2840654.pdf
7. กัญญาพัชร บัดแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdl.handle.net/20.500.14770/7944

8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2566.
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/05.pdf
10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์; 2561.
11. พัชรี ศรีงาม, วิชิต มุกดาหาร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(4):652–63.
12. ก้องเกียรติ เติมสมบูรณ์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;50(2):182–94.
13. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2021;42(1):159–73.
14. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติ สู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2564.
15. ศิรินทร ปัญจะทองคำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;8(2):1–8.
16. สมเกียรติ แสงวัฒนารัษฎ์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยอาหารเน้นพืชเป็นหลัก (Plant-based Diet) และจานอาหารสัดส่วน 2:1:1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2563.
17. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67.
18. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80.
19. ละอองดาว ศรีวะรมย์, บุญตอม แสนสุข, สุมาลี ทองแก้ว, ปรีชา ประสมรักษ์. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567;16(1):160–74.
20. ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน [ปริญญานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
21. สุชาดา สวนนุ่ม, วิไลวรรณ สิทธิสาตร์, ธนิสร ราศิริ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ต.วัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(1):29–41.
22. ประเวช ชุ่มเกษรกูลกิจ, นฤมล ไชยพาน, สมคิด บุญกล้า, จิตติมา พลราชม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(3):25–36.
23. ประภาส พยมพฤกษ์, ณัฐพล ผุยนวล, สรณ์ชัย ลอยความสุข. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่วงย้อนยุคและการควบคุมอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 2567;4(1):E000590.
24. สุรีย์ ทั่งทอง, สุมินทร ขนอม. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2564;1(2):1–15.
25. ศิรินทร ปัญจะทองคำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):1–8.