

1. ชื่อเรื่อง :

ภาษาไทย: ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 301น1ฟ ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ภาษาอังกฤษ: Effective of the 3A1N1F health literacy promotion program of personnel at risk. Health Center 3, Nakhonsawan

2. คณะผู้วิจัย หน่วยงาน:

ผู้วิจัยหลัก : นางลำพึง อภิรมานนท์ โทรศัพท์ ...056-255451..ต่อ..137.

มือถือ...081-2802438 e-mail...Pukathon@hotmail.com

ผู้วิจัยร่วม :

หน่วยงานรับผิดชอบ : คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

3. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา เป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมสร้างมันขึ้นมาด้วยตนเอง แต่การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัวส่งเสริมให้เกิดโรคและภัยสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโรค (World Health Organization; WHO) พบประชากร 15 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งมีอายุระหว่าง 30-69 ปี เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Premature mortality from NCDs cause) โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low- and middle-income countries) รวมถึงประเทศไทย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.3 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ชายสูงกว่าเพศหญิง ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ(disability adjusted life years: DALYs) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดภาระโรคที่ใช้บอกขนาดปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประชากร และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง^(1,2)

สำหรับประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก ในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอย่างหยาบมีสาเหตุมาจาก 3 อันดับโรค ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกชนิด รองลงมาโรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอักเสบเท่ากับ 112.8, 43.3 และ 42.1 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2562 พบกลุ่มสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือโรคปอดอักเสบ และโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 125.0, 53.3 และ 53.0 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 75 หรือ 320,000 คนต่อปี มีอัตราการตายชั่วโมงละ 37 คน จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม⁽³⁾

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับโลกเริ่มต้นชัดเจนอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2543 มีการกำหนดขอบเขตการจัดการปัญหา โดยเน้นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ 4 โรค ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรค NCDs ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิต (lifestyle) ร่วมกับการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk factors) ประกอบด้วย 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ⁽⁴⁾ รวมถึงการรับประทานอาหารหวานมัน เค็มจัด ความเครียด และมลภาวะจากสิ่งแวดล้อม จากภาวะสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมือง (urbanization) วิถีชีวิตที่เร่งรีบ การนำอาหารต่างประเทศเข้ามาทำให้วัฒนธรรมการกินตามค่านิยมสูงขึ้นโดยเฉพาะอาหารจานด่วน จากการสำรวจของ W&S Market research ปีพ.ศ. 2558 พบว่า ประชาชนไทยร้อยละ 58.0 นิยมรับประทานอาหารจานด่วนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์⁽⁵⁾ นอกจากนี้ในการสำรวจพฤติกรรมบริโภคของคนไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ. 2556 และปีพ.ศ. 2560 พบคนไทยบริโภคอาหารรสหวานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.2 เป็นร้อยละ 14.2 และบริโภคเค็มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.0 เป็นร้อยละ 13.8⁽⁶⁾ รายงานผลการตรวจสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 6 ปีพ.ศ. 2562-2563 เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจสุขภาพของคนไทยครั้งที่ 5 ในปีพ.ศ. 2557 พบว่าปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะอ้วน ภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น การกินผักและผลไม้ที่เพียงพอลดลง มีเพียงบางปัจจัยที่อยู่ในสถานการณ์ที่ดีขึ้น ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอดีขึ้น ภาวะโลหิตจางลดลง และบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในบางกลุ่ม เช่น การสูบบุหรี่ลดลงในกลุ่มผู้ชาย เป็นต้น⁽⁷⁾ การป้องกันจำเป็นต้องจัดการแก้ไขที่สาเหตุหรือลดปัจจัยเสี่ยงหลัก เน้นการให้ความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ให้เกิดแรงจูงใจและมีความสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า อัตราป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ปีพ.ศ. 2562 – 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปีพ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 2.05 ราย ต่อแสนประชากรและพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 4.9 รายต่อแสนประชากร วัยทำงานอายุ 15-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติลดลงจากร้อยละ 45.5 ในปีพ.ศ. 2563 เป็น 43.9 ในปีพ.ศ. 2564⁽⁸⁾ ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศและค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 50) รวมถึงผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ Health 4 You (H4U) ปีพ.ศ. 2563-2564 พบว่าประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3 มีพฤติกรรมการรับประทานเค็มและดื่มเครื่องดื่มหวานลดลง แต่พฤติกรรมที่ยังต้องเฝ้าระวังอยู่คือ การดื่มเครื่องดื่มปรุงรสเค็มร้อยละ 67.3⁽⁹⁾ และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมามีการแพร่ระบาดในวงกว้าง ส่งผลให้เกิดผลกระทบในหลายๆ ด้าน ประชาชนไม่กล้าที่จะออกมาใช้ชีวิตในสังคมตามปกติ ลดกิจกรรมต่างๆ อยู่บ้านมากขึ้น มีภาวะเครียด พร้อมทั้งการเติบโตของธุรกิจ Online สะดวกซื้อ สะดวกส่ง ทำให้มีการใช้พลังงานลดลง เกิดการสะสมของพลังงานส่วนเกิน เป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา

จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีพ.ศ. 2565 ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 โดยคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในบุคลากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 15.1 ผู้ที่สงสัย

ป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 5.2 ระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงร้อยละ 50.0 และ 21.9 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ร้อยละ 56.0 เมื่อจัดกลุ่มภาวะสุขภาพตามเกณฑ์การดำเนินงานคลินิก ไร้พุง (DPAC : BMI, BS, BP และรอบเอว) พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มป่วยร้อยละ 41.9 รองลงมา คือกลุ่มดีและกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 37.6 และ 20.5 ตามลำดับ จากการประเมินพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มปรุงรสเค็มและการดื่มเครื่องดื่มรสหวานมากถึงร้อยละ 67.5 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 21.3 และบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (≥ 23 กก./ม²) เพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร พบว่า บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รับรู้ข้อมูลสุขภาพแต่ยังไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้⁽¹⁰⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมในอดีตที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ กล่าวคือ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ส่วนบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา^(11,12) สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และมีพฤติกรรมสุขภาพ 302ส อยู่ในระดับดีมากเช่นกัน⁽¹³⁾ การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 30.2ส. ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 30.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมสุขภาพตาม 30.2ส. อยู่ระดับปานกลาง⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ เพื่อเป็นการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลวัยทำงานของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค ผู้วิจัยและคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่บุคลากรในองค์กร จึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 301น1พ ซึ่งเป็นด้านที่มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽¹²⁾ เพื่อให้บุคลากรได้รับทราบข้อมูลวิธีดูแลสุขภาพและโภชนาการอย่างถูกต้อง สามารถตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมถึงนำไปโปรแกรมดังกล่าวไปขยายผลในกลุ่มประชาชนวัยทำงาน เพื่อสนับสนุนให้คนไทยทั่วประเทศมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรมอนามัยที่ต้องการให้คนไทยมีสุขภาพดี

4. คำถามของการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3๐1น1พ มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ได้หรือไม่

5. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3๐1น1พ ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

6. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (เขียนเฉพาะหัวข้อที่ต้องศึกษา)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3๐1น1พ ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

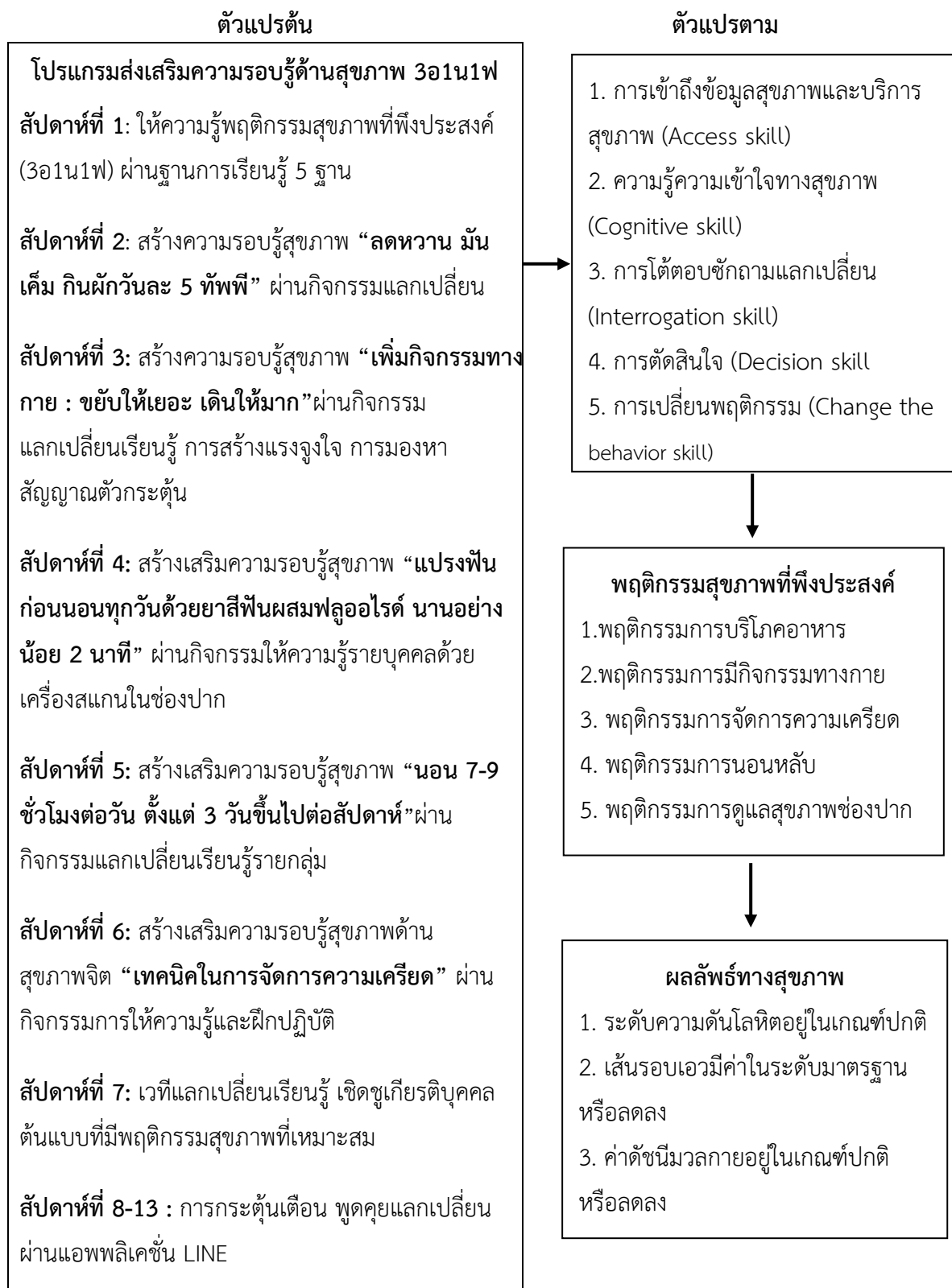
1. สถานการณ์และความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs)
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy: HL)
3. การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน
4. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)
 - 4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 4.2 พฤติกรรมออกกำลังกาย
 - 4.3 พฤติกรรมจัดการความเครียด
 - 4.4 พฤติกรรมการนอน
 - 4.5 พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. สมมติฐาน และกรอบแนวคิดในการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3๐1น1พ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

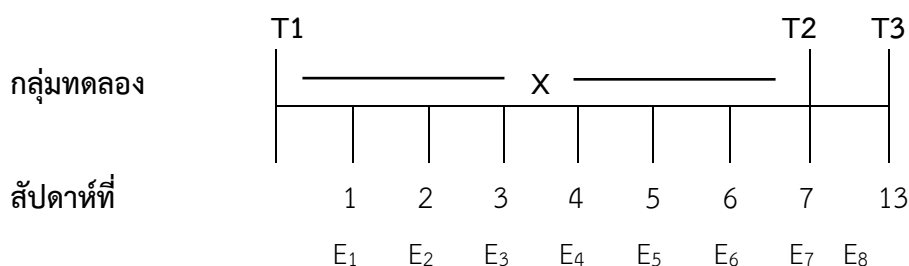
จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ 1



8. ขอบเขตของการวิจัย

8.1 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research Design) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดซ้ำก่อน – หลังทดลอง (The one group Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 301น1พ ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์



- X โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 301น1พ ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
- T1 ประเมินความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
- T2 ประเมินความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หลังเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 7)
- T3 ประเมินความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13)
- E1 สัปดาห์ที่ 1: ให้ความรู้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์(301น1พ) ผ่านฐานการเรียนรู้ 5 ฐาน
- E2 สัปดาห์ที่ 2: สร้างความรอบรู้สุขภาพ “ลดหวาน มัน เค็ม กินผักวันละ 5 ทัพพี” ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างแรงจูงใจ การมองหาสัญญาณตัวกระตุ้น
- E3 สัปดาห์ที่ 3: สร้างความรอบรู้สุขภาพ “เพิ่มกิจกรรมทางกาย : ขยับให้เยอะ เดินให้มาก” ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างแรงจูงใจ การมองหาสัญญาณตัวกระตุ้น
- E4 สัปดาห์ที่ 4: สร้างเสริมความรู้สุขภาพ “แปรงฟันก่อนนอนทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นานอย่างน้อย 2 นาที” ผ่านกิจกรรมให้ความรู้รายบุคคลด้วยเครื่องสแกนในช่องปาก
- E5 สัปดาห์ที่ 5: สร้างเสริมความรู้สุขภาพ “นอน 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์” ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่ม
- E6 สัปดาห์ที่ 6: สร้างเสริมความรู้สุขภาพด้านสุขภาพจิต “เทคนิคในการจัดการความเครียด” ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ
- E7 สัปดาห์ที่ 7: เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูเกียรติบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- E8 สัปดาห์ที่ 8-13 : การกระตุ้นเตือน พุดคุยแลกเปลี่ยน ผ่านแอปพลิเคชัน LINE

8.2 ประชากรที่ศึกษา

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ในปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 315 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2566 และได้รับการคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงด้วยเกณฑ์คลินิกไร้พุงอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 1) เส้นรอบเอวเกิน (เพศชาย 90-102 ซม., เพศหญิง 80-88 ซม.) 2) ค่าดัชนีมวลกาย(BMI) 23.0 – 24.9 กก./ตร.ม. 3) น้ำตาลในเลือด(FBS) 100-125 mg/dl และ 4) ความดันโลหิต 130-139/85-89 mm.Hg จำนวน 35 คน

8.3 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี⁽¹⁵⁾ กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.14, SD=0.16) หลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=3.13, SD=0.10) และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย(M=0.99, SD=0.06) นำมาแทนค่าโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยการเลือก ANOVA: repeated measures, within factors และกำหนด Type of power analysis เป็น A priori: Compare required sample size – given α , power and effect size โดยกำหนดให้มีค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบเท่ากับ 0.95 ($\alpha=0.05$) ให้อำนาจการทดสอบ (Power of test: $1 - \beta$) เท่ากับ 0.80 โดยขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 29 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop-out rate) โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 35 คน

8.4 สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ช่วงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 - กันยายน 2567

8.5 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพในปีงบประมาณ 2566 และได้รับการคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงด้วยเกณฑ์คลินิกไร้พุงอยู่ในกลุ่มเสี่ยง
2. เป็นบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ผ่านการอบรม Lifestyle Medicine Coach
3. เป็นผู้ที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจสุขภาพและได้รับการคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงด้วยเกณฑ์คลินิกไร้พุงอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วย ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
2. เป็นผู้ที่ตัดสินใจออกจากโครงการ

8.6 ขั้นตอนการดำเนินการ/ควบคุมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะเตรียมการ และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยพร้อมเครื่องมือการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง โดยจะใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่าง สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ กลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลประจำหน่วยตรวจสุขภาพ จำนวน 1 คน รับผิดชอบในการช่วยเหลือตามโปรแกรม โดยผู้ช่วยวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของแต่ละคำถามในแบบสอบถาม การทำความเข้าใจขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ให้เป็นที่เข้าใจตรงกัน ก่อนที่ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

ระยะที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ระยะเวลา 13 สัปดาห์ ดังนี้

2.1 สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านฐานการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- อาหาร “ลดหวาน มัน เค็ม กินผักวันละ 5 ทัพพี”
- กิจกรรมทางกาย “เพิ่มกิจกรรมทางกาย : ขยับให้เยอะ เดินให้มาก”
- อารมณ์ “การจัดการความเครียดด้วยตนเอง”
- การนอน “นอน 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์”
- ฟัน “แปรงฟันก่อนนอนทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นานอย่างน้อย 2 นาที”

2.2 สัปดาห์ที่ 2 การสร้างเสริมความรู้ด้านโภชนาการ “ลดหวาน มัน เค็ม กินผักวันละ 5 ทัพพี” เป็นกิจกรรมที่จัดเพื่อให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้อื่น เรื่องการรับประทานอาหาร การสร้างแรงจูงใจ การมองหาสัญญาณตัวกระตุ้น โดยนักโภชนาการ

2.3 สัปดาห์ที่ 3 การสร้างเสริมความรู้ด้านการออกกำลังกาย “เพิ่มกิจกรรมทางกาย: ขยับให้เยอะ เดินให้มาก” เป็นกิจกรรมที่จัดเพื่อให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้อื่น เรื่องการมีกิจกรรมทางกาย การสร้างแรงจูงใจ การมองหาสัญญาณตัวกระตุ้น โดยนักวิทยาศาสตร์การกีฬา

2.4 สัปดาห์ที่ 4 การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก “แปรงฟันก่อนนอนทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นานอย่างน้อย 2 นาที” เป็นกิจกรรมที่จัดเพื่อให้เกิดการพูดคุยปัญหาเรื่องการดูแล

สุขภาพช่องปาก กรณีมีความเสี่ยง ส่งปรึกษาทันตแพทย์รายบุคคล เพื่อสร้างความรอบรู้ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (เครื่องสแกนในช่องปาก 3 มิติ) โดยทันตแพทย์

2.5 สัปดาห์ที่ 5 การสร้างเสริมความรู้ด้านการนอน “นอน 7-9 ชั่วโมงต่อวัน” เป็นกิจกรรมที่จัดเพื่อให้เกิดการพูดคุยปัญหาการนอน โดยพยาบาลให้คำปรึกษา

2.6 สัปดาห์ที่ 6 การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต “เทคนิคในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง” จัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเทคนิคในการจัดการความเครียดเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เครียดหรือมีแรงกดดัน สัญญาณเตือนที่เป็นอันตรายเมื่อมีภาวะซึมเศร้า และการปฐมพยาบาลทางใจด้วยหลัก 3 ส.

2.7 สัปดาห์ที่ 7 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูเกียรติบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2.8 สัปดาห์ที่ 8-13 การกระตุ้นเตือน พูดคุยแลกเปลี่ยน ผ่านแอปพลิเคชัน LINE

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 301น1พ ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม 5 แผน ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการนอนหลับ และด้านสุขภาพช่องปาก ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 13 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 301น1พ 3) แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตาม 301น1พ 4) แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 301น1พ และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 301น1พ เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามต่าง ๆ และผู้วิจัยเพิ่มเติมในบางส่วน โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสาร งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาสร้างแบบสอบถาม โดยครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในงานวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล 2) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 301น1พ 3) การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตาม 301น1พ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 301น1พ 5) พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 301น1พ

3. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องตามหลักวิชาการ และความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำถามคำตอบทุกข้อ นำผลที่ได้ไปคำนวณหาสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องด้วยสูตร IOC (Index of Concordance) ของโรวินลลี และแฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton, 1977: 49-60) ค่า IOC เท่ากับ 0.97

3.2 ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ ก่อนที่จะนำเครื่องมือไปทดสอบ

4.3 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดสอบใช้กับกลุ่มอาสาสมัครพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยมีการกำหนดเกณฑ์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล

4.4 นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์คุณภาพ ทำการทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยการวิเคราะห์รายข้อ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal Consistency) ด้วยวิธีของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูป (อ้างอิง บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549:277) กำหนดความเชื่อมั่นให้ค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

4.4.1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก3อ1น1พ มีค่า Alpha เท่ากับ 0.86

4.4.2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ มีค่า Alpha เท่ากับ 0.92

4.4.3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่า Alpha เท่ากับ 0.79

4.4.4 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.1น1พ มีค่า Alpha เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ประมวลผลสำเร็จรูป และการทดสอบครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์รายชื่อด้วยการทำแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละของแต่ละคำตอบ สำหรับคำถามที่วัดระดับช่วงหรืออัตราส่วนได้หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มเติม

2. แบบสอบถามความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ครั้งที่ 1, 2 และ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way repeated measures ANOVA) ควบคุมความผิดพลาดด้วยวิธีของ Bonferroni

9. การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย

9.1 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3อ1น1พ หมายถึง การกระทำในการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 ด้านได้แก่ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับ และการดูแลสุขภาพช่องปากของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประยุกต์ใช้หลักแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปัม⁽¹²⁾ ที่สร้างขึ้นจากคณะผู้วิจัย โดยมุ่งกระทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เปลี่ยนแปลงทางความคิด ควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพไม่เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

9.2 บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นประจำปี 2566 ดังนี้

9.2.1 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) มีค่า 130-139 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) มีค่า 85-89 mmHg และไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิต ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

9.2.2 ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) มีค่ามากกว่า 100-125 mg/dl และไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

9.2.3 เส้นรอบเอวเกินกว่าค่ามาตรฐาน (เพศชายตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไป และเพศหญิงตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป)

9.2.4 ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มีค่า 23.0 – 24.9 กก./ตร.ม.

9.3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำที่ทำให้ตนเองไม่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

9.3.1 การบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม จำนวนมื้อที่บริโภค ลักษณะอาหารที่บริโภค ปริมาณอาหารที่บริโภค โดยเน้นการส่งเสริมการกินผักวันละ 5 ทัพพี ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์

9.3.2 การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้มีการเคลื่อนไหว ออกแรง หรือออกกำลังกายทั้งในรูปแบบที่เป็นกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน งานอาชีพที่ใช้แรงต่างๆ หรือการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น การเดินหรือการปั่นจักรยานไปทำงาน การเดินขึ้นเป็นต้น หรือการตั้งใจทำกิจกรรมเพื่อออกแรงหรือออกกำลังกาย เช่น เต้นแอโรบิก โยคะ การเล่นกีฬาต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายดังกล่าวต้องมีความสม่ำเสมอ มีความหนัก และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยต้องมีติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที ขึ้นไป

9.3.3 การจัดการความเครียด หมายถึง บุคคลมีความพยายามเปลี่ยนแปลงความรู้สึกและการแสดงออก เพื่อจัดการอารมณ์ของตนเอง และจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความเครียดและรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9.3.4 การนอนหลับ หมายถึง บุคคลมีการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพทำให้สุขภาพแข็งแรง จิตใจแจ่มใส การนอนหลับช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนของร่างกาย ในช่วงเวลานอนหลับจะมีสารสำคัญที่ร่างกายหลั่งออกมา เช่น สารเมลาโทนิน (Melatonin) เป็นสารที่ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต โดยชั่วโมงนอนที่เหมาะสมกับช่วงอายุวัยทำงาน คือ 7 -9 ชั่วโมง/ วัน

9.3.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง บุคคลมีการแปรงฟันอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-ก่อนนอน) นานอย่างน้อย 2 นาที ไม่กินขนม หรืออาหารหวาน หลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง ตรวจสอบสุขภาพในช่องปากด้วยตนเองเป็นประจำ และตรวจช่องปากโดยทันตบุคลากร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

9.4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง การตรวจร่างกายช่วงระยะเวลาการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3๐1น1พ แล้วพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ค่าผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในระดับปกติ ดังนี้

9.4.1 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) มีค่าน้อยกว่า 130 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) มีค่าน้อยกว่า 85 mmHg

9.4.2 เส้นรอบเอวมีค่าในระดับมาตรฐาน (เพศชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และเพศหญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร)

9.4.3 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าน้อยกว่า 23.0 กก./ตร.ม.

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. สามารถข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ขององค์กรให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)

2. ใช้เป็นข้อมูลในการสร้างนวัตกรรม พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน

11. งบประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย : ไม่มี

12. เอกสารอ้างอิงตามหลักวิชาการ (Vancouver)

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. มหกรรมแสดงผลงานวิชาการด้านโรคไม่ติดต่อ NCD Forum 2018 "Together, Let's beat NCD : ประชากรร่วมใจ ลดภัย NCDs" [อินเทอร์เน็ต]. 2561. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค; 2563.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทย พ.ศ. 2560-62. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/232
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 “KICK OFF TO THE GOALS”. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2558
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. เข้าถึงได้จาก <https://bps.moph.go.th/>
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.go.th/>
7. วิชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 คณะแพทยศาสตร์รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443>
8. กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th>
9. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565.
10. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลตรวจสุขภาพประจำปี 2565.
11. Cho, Y.I., Lee, S.Y.D., Arozullah, A.M. and Crittenden, K.S. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social Science & Medicine. 2008; 66: 1809-1816.
12. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 2008 Dec; 67(12), 2072-8.

13. นาถยา ขุนแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ; 2564 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก <http://do10.hss.moph.go.th:8081/DO10WEB/Computer-Act/AA10.pdf>

14. พรศรี สิงคะปะ และ วงศกร ราชปิ่นตึบ. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคอีสาน 2564;36:16-23

15. ขนิษฐา สระทองพร้อม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3:38-50

13. เอกสารแนบท้าย

- เอกสารคำแนะนำ/ชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
- ใบยินยอมของอาสาสมัคร
- แบบอดีตประวัตินักวิจัยทุกคน
- หนังสือแสดงความยินยอมหรืออนุญาตของสถาบันที่ทำการศึกษาวิจัย
- แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์หรือแบบเก็บข้อมูลทั้งหมดในโครงการวิจัย