



การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับบุคคลวัยผู้ใหญ่ วัยผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

**Perceived risk and severity of diabetes mellitus , hypertension, ischemic heart diseases
for the adult and elder in Nakhon Si Thammarat Province**

ศุภมาตร์ ปาลรังษี*

Supamart Palrangsi

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากในบุคคลวัยผู้ใหญ่ วัยผู้สูงอายุ หากเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ การพึ่งพิงการทำกิจกรรมประจำวันของตนเอง (Activity Daily Living; ADL) คำนึงความสุขทั้งส่วนบุคคล ส่วนครอบครัว และชุมชนลดลง สูญเสียเศรษฐกิจในการดูแลรักษาพยาบาลฟื้นฟูทั้งระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ มาตรการการป้องกันการเกิดโรคทั้ง 3 โรคระยะสั้นที่ดีคือป้องกันประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้ง 3 ไม่ให้กลายเป็นกลุ่มป่วย การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้ง 3 นำสู่การควบคุมตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดต่อไป กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โมเดลการเรียนรู้ออกแบบตามแนวคิดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student center) บูรณาการกับแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา และสุขศึกษา เรื่องการเสริมแรง แรงสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเน้นประเด็นการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บูรณาการแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน บูรณาการศาสตร์การเรียนรู้ บูรณาการประสบการณ์วิชาชีพโดยใช้ทีมผู้เชี่ยวชาญจากทุกศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรค อาหาร การออกกำลังกาย เครื่องมือได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตรวจสุขภาพ ประวัติบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัว และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค โรคละ 20 ข้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคละ 20 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานเฉลี่ย 15.12 ± 1.43 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ย 13.23 ± 2.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 17.79 ± 2.16 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ย 14.60 ± 4.04 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รับรู้ความรุนแรงโรคหัวใจขาดเลือดหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.56 ± 1.91

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช



เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ย 10.35 ± 2.78 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงจากการบริโภคอาหารมากที่สุด รองลงมาคืออ้วน และออกกำลังกายน้อย และรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจากสาเหตุรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมาคือขาดการออกกำลังกายและอ้วน ผลการวิจัยพบว่าโมเดลการเรียนรู้ที่ออกแบบสามารถเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงและเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดของบุคคลวัยผู้ใหญ่ และบุคคลวัยสูงอายุได้

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจขาดเลือด, การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

Abstract

This quasi-experimental research was aimed (1) to study the learning results of the samples towards the perceived severity and the perceived risk of chronic diseases; diabetes mellitus, hypertension and ischemic heart disease in Nakhon Si Thammarat province, and (2) to study the effectiveness of learning model package. This package was designed on the concept of learning theories; student centeredness, psychology theory, health education, reinforcement, social support, and health belief model. The questionnaires were used in pre and post test of the study. The samples were purposively selected from the risk people of these diseases, using the criteria from hospital surveillance involving blood sugar, blood pressure, BMI, genetic, and risk behaviors ($n=250$). The frequencies, percentage, mean were used in this study.

The results were found that the average diabetes mellitus score increased from 13.23 ± 2.70 to 15.12 ± 1.43 with statistical significance ($p < 0.05$). After treatment, the average hypertension scores of perceived severity was higher from 14.60 ± 4.04 to 17.79 ± 2.16 with statistical significance ($p < 0.05$), and also the ischemic heart disease score of perceived severity was higher from 10.35 ± 2.78 to 11.56 ± 1.91 with statistical significance ($p < 0.05$). The samples perceived themselves at risk of diabetes mellitus and hypertension from the risk behaviors of food, obesity or overweight, and less exercise respectively, and perceiving the risk of ischemic heart disease caused by eating the most, followed by lacking of exercise and obesity.

The learning model was effective for changing the perceived severity and perceived risk of chronic diseases; diabetes mellitus, hypertension and ischemic heart disease for the adults and the elders.

Key words : diabetes mellitus, hypertension, ischemic heart diseases, risk behavior



บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความบกพร่องของตับอ่อนในการผลิตและการทำหน้าที่ของอินซูลินในร่างกาย ผู้ป่วยจะพบระดับน้ำตาลในเลือด 126 mg/dl ขึ้นไป พ.ศ. 2568 คาดว่าจะมีผู้ป่วยประมาณ 190 ล้านคน (ร้อยละ 60) จะเป็นผู้ป่วยในเอเชีย ผู้ใหญ่อายุเกิน 35 ปี พบได้ประมาณร้อยละ 9.6 อายุเกิน 65 ปี ขึ้นไปพบประมาณร้อยละ 17 (สมาคมโรคเบาหวานฯ, 2552) โรคเบาหวานของไทยส่วนใหญ่เป็นชนิดที่ 2 ปี พ.ศ. 2541-2545 ประเทศไทยพบประชากรมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อัตรา 7.9 -11.8 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานระบาดวิทยา, 2547) ปี พ.ศ.2550 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากเป็นลำดับที่ 6 (16,286 คน) อัตราป่วย 1,084.01 ต่อประชากรแสนคน (28 จังหวัด) พบเพศหญิงป่วยมากกว่าเพศชายประมาณ 2.2 ต่อ 1 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2551) โรคเบาหวานระยะแรกมักไม่แสดงอาการชัดเจน โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานคืออาการแทรกซ้อนทางตา ระบบประสาทไต และหลอดเลือดแดง

โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากภาวะการอุดตันของไขมันในเส้นเลือด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140 / 90 mm Hg ขึ้นไป พ.ศ. 2541-2545 ประเทศไทย ประชากรมีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3.3 - 5.1 (สำนักงานระบาดวิทยา, 2547) จังหวัดนครศรีธรรมราชพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นลำดับที่ 3 (30,483 คน) อัตราป่วย 2,028.98 ต่อประชากรแสนคน (28 จังหวัด) พบเพศหญิงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย สาเหตุเป็นพฤติกรรมที่แก้ไขยากเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ขัดแย้งจากพฤติกรรมความชอบความสุขของบุคคล

ประมาณ 1.76 ต่อ 1 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2551) อาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น การอุดตันในเส้นเลือดสมอง หัวใจ เส้นเลือดสมองแตก หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต

โรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบ ประเทศไทย พ.ศ. 2541-2545 พบว่าประชากรมีอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 3.6 -14.4 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานระบาดวิทยา, 2547) จังหวัดนครศรีธรรมราชพบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมากเป็นลำดับที่ 1 รวมผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดใน 28 จังหวัดเท่ากับ 3,112 คน พบเพศชายป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.10 ต่อ 1

มาตรการการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดที่ดีที่สุดคือการป้องกันบุคคลกลุ่มปกติไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง ป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้กลายเป็นกลุ่มป่วย และรักษากลุ่มป่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนและกลับมามีสภาพร่างกายที่เป็นปกติให้มากที่สุด

บุคคลกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากสาเหตุร่วมกัน (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2544) สาเหตุสำคัญนอกจากพันธุกรรมคือพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณแป้ง น้ำตาล ไขมันสูง ภาวะอ้วนคือมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 24.5 ขึ้นไป และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อใช้พลังงานน้อย ซึ่งสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 แต่หากป้องกันไม่ให้อายุเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มป่วยได้สำเร็จจะก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งด้านความสามารถในการ



ทำงาน สุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ

บุคคลวัยผู้ใหญ่ วัยผู้สูงอายุที่จบการศึกษาขั้นพื้นฐานมีปัญหาอุปสรรคด้านร่างกายในการอ่านออกเขียนได้ เช่น สายตามองไม่ชัด เขียนหนังสือไม่ได้ อ่านหนังสือไม่ออก หรืออ่านหนังสือไม่คล่อง มีการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพน้อยเฉลี่ยสัปดาห์ละไม่ถึง 30 นาที การจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักเรื่องความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ที่เหมาะสมจึงต้องจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (student center) เน้นการสร้างความรู้ความตระหนักให้บุคคลเกิดความต้องการที่จะควบคุมตนเองเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภค การลดความอ้วน และการเพิ่มการออกกำลังกาย กระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการทั้งแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ จิตวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์ การจัดการเรียนรู้ตามสถานภาพและบริบทของผู้เรียนแต่ละคน โดยเน้นการจัดการเรียนรู้ตามความแตกต่างด้านความต้องการ ความสนใจ ความถนัด ประสบการณ์เดิม ความสามารถด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ความสามารถทางสมอง ระดับสติปัญญา ผู้เรียนอาจเกิดการเรียนรู้เร็วช้าต่างกัน แต่ทุกคนต้องได้รับการรับรู้ไปจนถึงระดับที่เกิดความต้องการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมตนเองลดพฤติกรรมเสี่ยงให้ได้ ควรให้โอกาสผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตัวเอง เน้นกระบวนการคิดที่หลากหลาย เรียนรู้เพิ่มจากกลุ่ม สังคม ชุมชน ประเทศ ต่างประเทศ (เบญจลักษณ์ น้ำฟ้า และชัชเจน ไทยแท้, 2554)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดคือการเรียนรู้สาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ค่าใช้จ่าย ความไม่ปลอดภัยของ

สุขภาพ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผลที่ไม่พึงประสงค์ที่จะตามมา (Perceptions of costs and benefits) เพื่อให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของตนเอง เพื่อให้เกิดความตระหนักที่จะควบคุมตนเองเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้ง 3 โรค ผู้ที่มีความเชื่อระดับสูงเกี่ยวกับคุณค่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองและเชื่อว่าจะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ทำให้เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเชื่อ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) สิ่งชักนำภายในคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำภายนอกคือการกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล ฯลฯ ทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532)

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับสิ่งชักนำภายในตัวบุคคล และสิ่งชักนำภายนอกคือกิจกรรมการเรียนรู้และกระบวนการจัดการเรียนรู้ของผู้เชี่ยวชาญต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด โรคใดโรคหนึ่ง หรือทั้งสองโรค หรือทั้งสามโรค ที่ผ่านการคัดกรองจากสถานอนามัยอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 5 แห่ง ๆ ละ 50 คน รวม 250 คน กลุ่มเสี่ยงคัดเลือกจาก



ผลการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข คือกลุ่มตัวอย่างต้องมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้านดังนี้

ระดับน้ำตาลในเลือด 100 – 125 mg/dl (27 คน ร้อยละ 10.8)

ค่าความดันโลหิตก่อนข้างสูง 120 / 80 - 139 / 89 mmHg (110 คน ร้อยละ 44.0) หรือมีสภาพร่างกาย อ้วนค่า BMI มากกว่า 24.5 ขึ้นไป (129 คน ร้อยละ 51.6)

ป่วยโรคเบาหวาน น้ำตาลในเลือด 126 mg/dl ขึ้นไป (12 คน ร้อยละ 4.8)

ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 140 / 90 mmHg ขึ้นไป (107 คน ร้อยละ 42.8)

ป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (14 คน ร้อยละ 5.6) หรือมีพันธุกรรมคือมีบิดามารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน (69 คน ร้อยละ 27.6) หรือ

เสี่ยงเรื่องอายุคือเป็นบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนต้น 20-39 ปี (58 คน ร้อยละ 23.2)

วัยกลางคน 40-59 ปี (168 คน ร้อยละ 67.2) หรือ

วัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (24 คน ร้อยละ 9.6) หรือ

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมคือบริโภคอาหารกลุ่มแป้ง น้ำตาล ไขมันสูงกว่ากำหนด (กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือหญิงวัยทำงานต้องการอาหารวันละไม่เกิน 1,600 แคลอรี กลุ่มชายวัยทำงาน ต้องการอาหารวันละประมาณ 2,000 แคลอรี กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ต้องการอาหารวันละประมาณ 2,400 แคลอรี สัดส่วนการกระจายพลังงานควรได้จากการบริโภคอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตไม่เกินร้อยละ 55-60 ของจำนวนแคลอรีที่ร่างกายต้องการต่อวัน น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน โปรตีนไม่เกินร้อยละ 10-15 ของจำนวนแคลอรีที่

ร่างกายต้องการต่อวัน ไขมันไม่เกินร้อยละ 25-35 ของจำนวนแคลอรีที่ร่างกายต้องการต่อวัน หรือไม่เกิน 4 ช้อนชาต่อวัน)

ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมเผาผลาญพลังงานไม่เพียงพอ (น้อยกว่า 20-45 นาทีต่อครั้ง น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่ทำออกกำลังกายไม่ปรากฏอาการเบื้องต้นของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกคือ การหายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เหงื่อออก)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย

2.2.1 โมเดลเรียนรู้เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วยรูปแบบกระบวนการเรียนรู้การรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้ง 3 โรคโดยมีกระบวนการเรียนรู้ดังนี้

1) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นฐานการเรียนรู้ฐานละ 1 โรค จำนวน 3 ฐาน ตามความสมัครใจผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคฐานละ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ช่วยผู้เชี่ยวชาญจาก 5 สถานือนามัย ฐานละ 1-2 คน

2) กลุ่มตัวอย่างนั่งล้อมกันเป็นวงกลมด้วยอิริยาบถตามสบาย ตามความสมัครใจ กลุ่มละ 15-17 คน นั่งในห้องที่มีอากาศและบรรยากาศปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อให้ผู้เรียนที่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไม่รู้สึกอึดอัด

3) สื่ออุปกรณ์ที่เหมาะสมกับเพศ วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุคือตัวอักษรโต รูปภาพชัดเจน เนื้อหาเข้าใจง่าย สื่อมีสีสันเนื้อหาเร้าความสนใจ

4) กระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ กระบวนการมีส่วนร่วม ขั้นตอนการได้ตอบ การมีส่วนร่วม (Participation) ระหว่างวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร กับผู้เรียนรู้ด้วยภาษาถิ่นภาคใต้ โดยต้อง



กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มตั้งประเด็นปัญหา คำถามถามกลุ่ม ถามวิทยากรโดยมีกติกาให้สมาชิกทุกคนรับฟังปัญหาทุกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคทั้ง 3 โรค โดยสงบ และช่วยการนำเสนอประสบการณ์ตนเองมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เชี่ยวชาญผู้ช่วยให้ความรู้เพิ่มเติม ด้วยการแปลงเนื้อหาวิชาการเป็นภาษาถิ่นที่เข้าใจง่าย

5) เทคนิคการเรียนรู้ที่สำคัญคือการ พุดคุยตัวต่อตัวอย่างเป็นกันเอง ครอบคลุมคน การใช้ ภาษาถิ่น การชักนำไปสู่ปัญหา และการเป็นเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในท้องถิ่นทำให้ทราบประวัติการเจ็บป่วย ประวัติวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างง่ายต่อการชักนำมากขึ้น

6) สรุปความคิดรวบยอดการรับรู้ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคทั้ง 3 โรคแต่ละ ประเด็นแต่ละบุคคลด้วยสมาชิกกลุ่มและวิทยากร ผู้เชี่ยวชาญ

7) ผู้เชี่ยวชาญ วิทยากร และทีมประเมินผลการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ของสมาชิกรายบุคคล การสะท้อนกลับ (feed back) ความถูกต้องทันที ร่วมกับการเสริมแรงด้านบวก ประเด็นสำคัญกลุ่มตัวอย่างต้องมีการรับรู้ถูกต้องร้อยละ 100 จึงจะผ่านไปเรียนรู้โรคต่อไป

8) กลุ่มเปลี่ยนฐานเพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ วิทยากร ผู้เชี่ยวชาญอยู่ประจำที่เดิม ขณะเปลี่ยนก็ใช้

กิจกรรมนันทนาการแทรกเพื่อสร้างความกระตือรือร้น จนการเรียนรู้ครบ 3 ฐาน 3 โรค

2.2.2 แบบสอบถามประกอบด้วย

1) แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ อาชีพ การเจ็บป่วยด้วยโรคทั้ง 3 โรคใน ครอบครัว การตรวจสุขภาพ

2) แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคทั้ง 3 โรค ประเมินเปรียบเทียบ ผลก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง 229 คน (ร้อยละ 91.3) เพศชาย 21 คน (ร้อยละ 8.7) เป็นกลุ่มบุคคลวัยกลางคนอายุเฉลี่ย 46.11 ± 10.60 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มแรงงานขั้นต่ำที่มีรายได้ 101 – 200 บาทต่อวัน 88 คน (ร้อยละ 36.4) รายได้ 1 – 100 บาทต่อวัน 60 คน (ร้อยละ 24.8) รายได้ 201 – 300 บาทต่อวัน 49 คน (ร้อยละ 20.2) ซึ่งมีอาชีพ รับจ้างทั่วไป 86 คน (ร้อยละ 34.4) และเกษตรกรทำนา 73 คน (ร้อยละ 29.2) ทำสวน 36 คน (ร้อยละ 14.4) ค้าขาย 35 คน (ร้อยละ 14) ระดับการศึกษาสูงสุดจบ การศึกษาขั้นพื้นฐานร้อยละ 98



ตารางที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด
กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

โรค	กลุ่มตัวอย่าง	
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง
1. โรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดจากพ่อแม่สู่ลูกได้	87.6	96.3
2. การรับประทานอาหารหวานมากกระตุ้นให้เกิดโรคเบาหวานได้	84.9	95.8
3. ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าวัยอื่น	64.2	87.9
4. คนอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนน้ำหนักปกติ	88.8	95.0
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลตั้งแต่ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป	78.7	93.6
6. ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าวัยอื่น	74.2	87.9
7. บุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานคือบุคคลที่มีระดับน้ำตาล 101-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	76.5	93.8
8. การรับประทานอาหารมากแต่พอมอาจเป็นโรคเบาหวาน	75.2	91.3
9. ดื่มน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยครั้งละมาก ๆ อาจเป็นโรคเบาหวาน	75.9	95.8
10. ค้นตามผิวหนัง ค้นอวัยวะเพศอาจเป็นโรคเบาหวาน	47.5	83.0
11. อาการชาตามปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุอาจเป็นโรคเบาหวาน	61.0	88.4
12. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหากมีแผลจะรักษาหายยากอาจเน่าต้องตัดอวัยวะทิ้ง	92.1	99.6
13. โรคเบาหวานอาจทำให้ตาบอด	86.7	98.3
14. ผู้ป่วยโรคเบาหวานนาน ๆ มีโอกาสป่วยเป็นโรคไตได้	79.5	97.9
15. ผู้ป่วยโรคเบาหวานนาน ๆ มีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	88.0	99.6
16. โรคเบาหวานรักษาไม่หาย	82.0	94.1
17. ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากอาจช็อกและตายได้	95.0	99.2
18. การควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพเป็นประจำช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้	95.4	99.6
19. อาหารที่อันตรายต่อโรคเบาหวานคืออาหารรสชาติดหวาน มัน เค็ม	91.7	100
20. การควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพเป็นประจำช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีชีวิตรอดยาวได้เหมือนคนทั่วไปได้	94.2	99.2
21. โรคความดันโลหิตสูงคือค่าความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140 / 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป	75.1	95.0
22. กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงคือบุคคลที่มีค่าความดันโลหิต 130/85 -139/89 มิลลิเมตรปรอท	69.5	91.7



โรค	กลุ่มตัวอย่าง	
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง
23. โรคความดันโลหิตสูงมักเกิดจากการมีไขมันอุดตันในเส้นเลือดมากหรือเกิดจากการมีเส้นเลือดตีบตัน	79.3	95.9
24. ความเครียดทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	92.5	98.8
25. ความอ้วนทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	86.6	94.2
26. การพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	83.1	96.7
27. การดื่มสุรา / การเสพยาเสพติดมากทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	72.0	95.0
28. การกินอาหารรสชาติหวานทำให้มีไขมันในเลือดสูงได้	74.2	89.2
29. การกินอาหารมันจัด เค็มจัดทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	85.4	97.1
30. ไขมันจากสัตว์จะทำให้เกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดมากกว่าไขมันจากพืช	90.8	97.5
31. ครีม นม เนยเป็นอาหารที่ทำให้มีไขมันในเส้นเลือดสูงได้	80.3	95.0
32. หากมีไขมันในเลือดสูงจะทำให้เส้นเลือดอุดตันและเป็นโรคหัวใจขาดเลือด	89.0	97.1
33. โรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	86.4	99.6
34. โรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เป็นโรคไตวายได้	74.0	95.6
35. โรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เป็นโรคเบาหวานได้	73.1	91.7
36. โรคความดันโลหิตสูงมักจะมีอาการปวดศีรษะ / เวียนศีรษะ / มึนงง / ตาพร่ามัว	89.4	98.8
37. โรคความดันโลหิตสูงมักจะมีอาการร้อนวูบวาบ / ใจสั่น / เหงื่อออก	76.1	89.7
38. โรคความดันโลหิตสูงมักจะมีอาการเดินเซ / ลื่นล้มปาก	48.5	80.2
39. โรคความดันโลหิตสูงมักจะมีอาการปากเบี้ยว	47.9	80.2
40. โรคความดันโลหิตสูงมักจะมีอาการตามองใกล้ไม่ชัด	68.9	88.0
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด		
41. โรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากกล้ามเนื้อบางส่วนของหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอ	82.0	98.7
42. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการลิ้นหัวใจรั่ว	53.6	80.3
43. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการผนังหัวใจรั่ว	45.3	77.8
44. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการหัวใจโต	47.9	82.8
45. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย	60.3	93.7
46. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการเจ็บหน้าอกแม้ทำกิจกรรมเบา ๆ	73.7	97.1
47. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการเดินของหัวใจผิดปกติ	82.2	96.6
48. โรคหัวใจขาดเลือดจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบบีบรัดแน่น หรือหนักตื้อ	72.0	95.8



โรค	กลุ่มตัวอย่าง	
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง
49. โรคหัวใจขาดเลือดจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกจะหายไปเมื่อออกกำลังกาย	66.1	74.3
50. โรคหัวใจขาดเลือดจะเกิดอาการหายใจติดขัด ซ้ำอีก	81.9	96.6
51. โรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากสาเหตุไขมันอุดตันในเส้นเลือด	81.6	99.6
52. โรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากสาเหตุเส้นเลือดแข็ง หรือตีบตัน	74.8	96.2
53. โรคหัวใจขาดเลือดอาจเกิดโรคเบาหวาน	42.7	82.4
54. โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด	66.0	93.3
55. โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจทำให้ตายได้	85.5	98.7
56. โรคหัวใจขาดเลือดทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	75.9	96.7
57. โรคหัวใจขาดเลือดติดต่อได้ทางพันธุกรรมจากพ่อแม่สู่ลูก	43.6	69.5
58. คนอ้วนจะทำให้เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติ	70.8	96.6
59. โรคหัวใจขาดเลือดรักษาไม่หาย	41.7	71.5
60. การกินอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม และออกกำลังกายให้เพียงพอ ช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้	84.4	98.3



2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ 20 คะแนน หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานเฉลี่ย 15.12 ± 1.43 (N=242 คน) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ย 13.23 ± 2.70 (N=242 คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ 20 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเฉลี่ย 17.79 ± 2.16 ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.60 ± 4.04 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.3 การรับรู้ความรุนแรงโรคหัวใจขาดเลือด หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.56 ± 1.91 เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ย 10.35 ± 2.78 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.4 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงรวม 3 โรค คะแนนการรับรู้ความรุนแรงรวม 3 โรค โรคละ 60 คะแนน หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 44.43 ± 4.14 สูงกว่าก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยรวม 38.01 ± 7.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด จากสาเหตุต่าง ๆ ใน 3 โรคดังนี้

A = การรับประทานอาหาร 

B = ภาวะอ้วน 

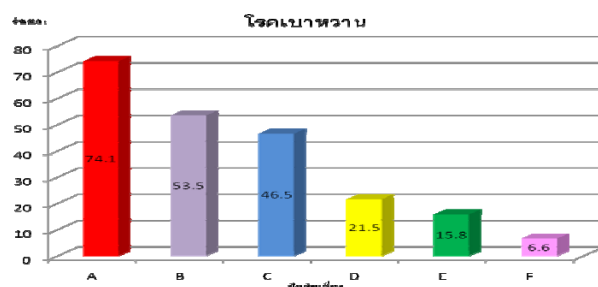
C = การขาดการออกกำลังกาย 

D = มารดาป่วยเป็นโรคนั้น ๆ 

E = บิดาป่วยเป็นโรคนั้น ๆ 

F = เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ไม่ได้ระบุ 

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง 242 คน รับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 123 คน (ร้อยละ 50.8) ไม่เสี่ยง 68 คน (ร้อยละ 28.1) ไม่ทราบ 51 คน (ร้อยละ 21.1)

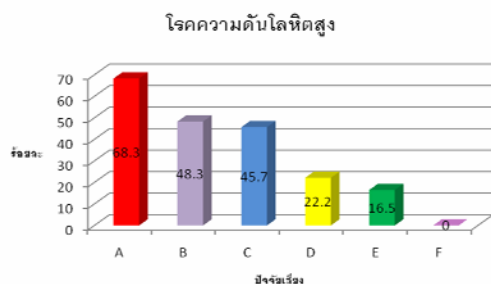


ภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจากสาเหตุต่าง ๆ

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจากการรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมาจากภาวะอ้วน และการขาดการออกกำลังกาย (ภาพที่ 1)

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 242 คน (ร้อยละ 96.8) รับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 136 คน (ร้อยละ 56.2) ไม่เสี่ยง 65 คน (ร้อยละ 26.9) ไม่ทราบ 41 คน (ร้อยละ 16.9)

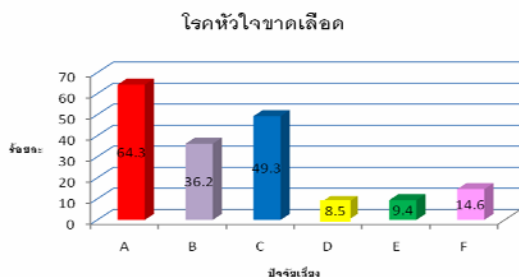
กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจากการรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมาจากภาวะอ้วน และการขาดการออกกำลังกาย (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจากสาเหตุต่าง ๆ

3.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่าง 235 คน รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 66 คน (ร้อยละ 28.1) คิดว่าตนเองไม่เสี่ยง 69 คน (ร้อยละ 29.4) และไม่ทราบ 100 คน (ร้อยละ 42.6)

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจากการรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมาคือการขาดการออกกำลังกาย และภาวะอ้วน (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจากสาเหตุต่าง ๆ

การอภิปรายผล

โมเดลการเรียนรู้ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดได้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีสถานภาพเป็นบุคคลวัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ มีการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพเฉลี่ย

ต่ำกว่าร้อยละ 30 นาที่ เนื่องจากต้องทำงานหารายได้จากอาชีพรับจ้างทั่วไป และเกษตรกรรม ประสิทธิภาพของโมเดลการเรียนรู้เกิดจาก

1. โมเดลการเรียนรู้ที่บูรณาการทั้งแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีจิตวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์ เน้นการเสริมแรง การสะท้อนกลับ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม วิทยากรของผู้เชี่ยวชาญศาสตร์ต่าง ๆ ได้แก่ นักโภชนาการ นักระบาดวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมที่เป็นคนในสถานพยาบาลในท้องถิ่นที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักคุ้นเคยและรู้จักกลุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่น ศรัทธา ไว้วางใจ และให้ความเป็นกันเอง เปิดใจรับและส่งข้อมูลส่วนบุคคลให้วิทยากรได้ใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน

2. กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพเป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่เหมือนกัน เป็นคนที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานอนามัยเดียวกันเป็นคนในท้องถิ่นเดียวกันที่มีปัจจัยเสี่ยงจากสถานอนามัย ปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารในชุมชน หรือการมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกันทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้าเปิดเผยตัวตนเปิดใจรับข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติม และพร้อมจะร่วมกันปฏิบัติตนเพื่อควบคุมตนเองในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ร่วมกัน ต่างพร้อมให้กำลังใจเสริมแรงซึ่งกันและกัน

3. กิจกรรมการสะท้อนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อให้กลุ่มวิเคราะห์โดยกำหนดกติกาให้ทุกคนสะท้อนพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองอย่างน้อย 1 อย่าง ห้ามตำหนิ ให้รับฟังอย่างสงบ และร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้สมาชิกกลุ่มตัวอย่างรับทราบปัญหาซึ่งกันและกัน และเสริมแรงสนับสนุนให้ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงให้ได้

4. กิจกรรมและกระบวนการเรียนรู้ไม่เน้นรูปแบบโดยให้นั่งเป็นวงกลมตามความสมัครใจ



เน้นบรรยากาศการเรียนรู้แบบเป็นกันเอง สื่อสารด้วยภาษาถิ่นได้

5. ขั้นตอนการเรียนรู้ไม่กำหนดเวลาตายตัว แต่กำหนดเวลาว่าง ๆ ประมาณ 1 ชั่วโมงต่อ 1 โรค ทำให้สมาชิกกลุ่มที่มีความแตกต่างด้านสถานภาพส่วนบุคคล มีความสามารถในการรับรู้ เนื่องจากวัยสูงอายุ ความคล่องแคล่วด้านการอ่านออกเขียนได้ และประสบการณ์ความรู้เรื่องโรคทั้ง 3 โรค มีโอกาสได้รับรู้ความรุนแรงของโรคทั้ง 3 โรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เท่ากัน

6. ระหว่างกิจกรรมการเรียนรู้ วิทยากรที่เป็นนักกิจกรรมจะสอดแทรกความสนุกสนานตลอดเวลาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ วัยผู้สูงอายุสนุกสนานกับการเรียนรู้ ไม่เบื่อ

7. กิจกรรมการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างต้องได้ตอบทำให้กลุ่มเกิดการตื่นตัวตลอดเวลาที่เรียนรู้โรค

8. การที่วิทยากรสามารถแปลงเนื้อหาที่เข้าใจยากให้เข้าใจง่ายทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดด้านสถานภาพต่าง ๆ เรียนรู้ได้ถูกต้องมากขึ้น

9. การนำเสนอเหตุการณ์จริง ภาพอาการรุนแรงของโรคจริงที่ค่อนข้างรุนแรง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสรับรู้ความรุนแรงของโรคทั้ง 3 โรค วิทยากรชักนำเชื่อมโยงความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมเสี่ยงปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเพื่อให้ตนวิเคราะห์ตนเองว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงอะไร และคิดว่าจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านใด กลุ่มช่วยวิเคราะห์และสรุปคำตอบ จากตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยงที่สมาชิกกลุ่มปฏิบัติและการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่จะตามมาจากกลุ่มและผู้เชี่ยวชาญ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกายคือพฤติกรรมเสี่ยงที่สนับสนุนให้ตนเองมีโอกาสเกิดโรคทั้ง 3 โรคได้มากที่สุด และ

หากตนเองเจ็บป่วยและพิการ ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้านการหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอาจถูกทอดทิ้ง กลุ่มตัวอย่างจึงตระหนักและต้องการควบคุมตนเอง เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

10. การตรวจสอบการรับรู้ในประเด็นที่สำคัญ ที่กลุ่มตัวอย่างต้องเรียนรู้ครบทุกคน ทุกประเด็นทำให้การเรียนรู้เกิดประสิทธิผลสามารถเพิ่มความถูกต้องของการรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่นำแนวคิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจนบรรลุวัตถุประสงค์ เช่น สุเมธ แสงสิงห์ชัย (2549) ที่นำไปใช้ลดพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง ขนิษฐา ทองหยอด (2543) นำไปใช้ลดพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อนุชานิลอย (2542) นำไปใช้ลดพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สุชัยญา วงษ์เพ็ง (2542) นำไปใช้ลดพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไพรินทร์ สมุทรเสน (2542) นำไปใช้ลดพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) นำไปใช้ลดพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแนวคิดทฤษฎีนี้มีประสิทธิผลสามารถลดพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคได้เชื่อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น ราชศรี คันธีสาร (2548) พบว่าการนำแนวคิดทฤษฎีการจูงใจ และการเสริมแรงเสริมกระบวนการเรียนรู้พบว่าสามารถเพิ่มประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การสร้างพลังในชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้โรคเบาหวานสามารถทำให้ชุมชนกำหนดแผนและปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ มูเนาะ เจะเลาะ (2550) พบว่าการ



เสริมแรงด้วยการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ การแนะนำ การกระตุ้นเตือนพฤติกรรม พบว่าสามารถลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะ

1. การออกแบบโมเดลสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้เพื่อสร้างความตระหนักในภัยใกล้ตัว และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่าสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ด้วยตนเองโดยให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ความรุนแรงของปัญหา และรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดปัญหาเป็นสิ่งที่นักวิจัยควรกระทำก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติ

2. ก่อนออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ ความตระหนักต้องสำรวจสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อน วิเคราะห์ผล นำสถานภาพที่พบมาออกแบบกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับสถานภาพและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของปัญหาและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันของตนเองจริง ๆ

3. ทุกครั้งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ควรจัดกิจกรรมแบบบูรณาการทั้งศาสตร์และบุคลากรในพื้นที่ เพื่อสร้างประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้น

4. การออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายควรกำหนดร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพประจำตำบล) โดยอาศัยภาพการเรียนรู้ของประชาชนเป้าหมายเป็นตัวตั้ง ให้ความสำคัญกับสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กระบวนการเรียนรู้ตามลำดับขั้นตอน การวัดผลประเมินผลการเรียนรู้ทันที การเสริมแรง และการติดตามผล

5. การติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายควรอยู่ในช่วง 3-6 เดือน ระหว่างนี้ต้องมีการติดตามผล ให้การเสริมแรงหรือเรียกมาให้อีกข้อมูลเพิ่มเพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์คงอยู่

6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำงานเป็นทีม เครือข่ายและใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น ทรัพยากรบุคคล วัสดุครุภัณฑ์ งบประมาณ อาคารสถานที่ เจ้าหน้าที่ต้องมีความสามารถ กระตือรือร้น และมีจิตสาธารณะ ก่อนจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนต้องศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยนำที่เกิดในตัวกลุ่มเป้าหมาย เช่น สภาพร่างกาย จิตใจ เจตคติ ความเชื่อที่เป็นสิ่งชักนำภายใน ปัจจัยเอื้อ เช่น สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ กลุ่มคน กลุ่มเพื่อน การแก้ปัญหาสุขภาพแต่ละวิธีไม่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกกลุ่มเป้าหมาย ทุกครั้งที่จะดำเนินงานปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องศึกษาวิจัย วางแผนแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ควรมีความแม่นยำในแนวคิดทฤษฎีสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ หรือทฤษฎีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลสูงสุด

7. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agents) ควรเป็นบุคลากรประจำในพื้นที่ เพราะจะมีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมายทั้งด้านการติดตาม ประเมิน การจูงใจ การเสริมแรง การเรียนรู้ที่ดีต้องให้กลุ่มเป้าหมายผ่านการปฏิบัติจริงทีละขั้น (step by step) ประเมินผลราย



บุคคล รายกลุ่ม ให้ผลย้อนกลับทันทีเพื่อการปรับปรุงแก้ไขก่อนกลับบ้าน การเปิดโอกาสให้สมาชิกเข้ากลุ่มโดยสมัครใจ และจัดกลุ่มแบบมีอิสระในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เรียนคือเจ้าของคำถาม ผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ผู้กระตุ้นให้กลุ่มค้นหาคำตอบด้วยตนเอง ผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่ช่วยเสริมคำตอบและทำงานเป็นทีม การเรียนรู้ควรแบ่งเป็นฐานหมุนเวียนฐานเพื่อเพิ่มกิจกรรมการเรียนรู้ ทำให้กลุ่มเป้าหมายตื่นตัวตลอดเวลา ฐานการเรียนรู้ควรใช้สื่อของจริง เน้นการปฏิบัติจริงที่ละชั้น ประเมินความถูกต้องการปฏิบัติทุกขั้นตอน ประเมินที่ละคนกลุ่มตัวอย่างจึงจะปฏิบัติได้ถูกต้องตลอดไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านหนองหนอง สถานีอนามัยบ้านโคกทึง สถานีอนามัยบ้านหนองบัว สถานีอนามัยบ้านโคกข่อย และสถานีอนามัยบ้านทุ่งโหนด ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตรวจคัดกรองสุขภาพ และร่วมเป็นวิทยากรกระบวนการ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ร่วมเป็นวิทยากรกระบวนการ และขอขอบคุณนักโภชนาการโรงพยาบาลมหาราชที่ให้ความอนุเคราะห์สื่ออุปกรณ์ และร่วมเป็นวิทยากรกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา เรือนจันทร์.(2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาล อายุร ศา ส ต ร์ และ ศัลย ศา ส ต ร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขนิษฐา ทองหยอด. (2543). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จงลักษณ์ จิมนันใจ.(2550). สมรรถนะแห่งตนต่อการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาติรี ตำราญ.(2545). ครูรู้ได้อย่างไรว่าเด็กเกิดการเรียนรู้ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สดศรี-สฤษฎ์วิวงศ์.
- นันทยา แก้วรัตนปัทมา. (2536). ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ: ศึกษากรณีเฉพาะผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต (ชีวสถิติ) มหาวิทยาลัยมหิดล.



บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการ
สาธารณสุข ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
สังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9 – 15.
กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์
พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ:
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
ไพรินทร์ สมุทรเสน. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของ
ประชาชนในจังหวัดระยอง. ระยอง:
สำนักงานสาธารณสุขระยอง.
มูเนาะ เจาะละ และคนอื่นๆ (2550). ส่งเสริม
สุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคความดัน
โลหิตสูงของชุมชนปลักแดน ตำบลไทร
ทอง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี. รายงาน
วิจัยเพื่อท้องถิ่น, กรุงเทพฯ: สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย.
สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2530). ทฤษฎีความรู้ความ
เข้าใจในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา
หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
กรุงเทพฯ:สารมวลชน.
สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2532). การปรับพฤติกรรม.
กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
สุชัยญา วงษ์เพ็ง.(2542). ประสิทธิภาพ โปรแกรมสุข
ศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สุขภาพศึกษาและพฤติกรรม
ศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุเกียรติ อาชานภาพ. (2544). ตำราการตรวจรักษา
โรคทั่วไป. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
สุเมธ แสนสิงห์ชัย.(2549). ความเชื่อด้านสุขภาพกับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง
จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
สุริย์ จันทรโมลี.(2543). กลวิธีทางสุขภาพ.
กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
เสาวนีย์ สีสองสม. (2541). การมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในโครงการ ป้องกันควบคุม
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านกัว
พร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย.
วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการ ส่งเสริม สุข ภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
อนุชา นิลอยู่. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ
เพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน
อายุ 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัด
ลพบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชา
สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล.
Bloom, Benjamin S. (Ed.) (1956). *Taxonomy of
education objectives the classification of
education goals handbook 1 : cognitive
domain*. New York: David Mekey
Company.



เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, (2552) สถิติ

การเจ็บป่วยโรคเบาหวาน คั่นเมื่อ มิถุนายน

23, 2552, จาก

<http://www.diabassocthai.org>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุข. (2548). อัตราตาย

ของประชากรไทย คั่นเมื่อ มิถุนายน 23,

2550, จาก www.bps.ops.moph.go.th.

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 11

นครศรีธรรมราช. (2548). รายงานการเฝ้า

ระวังโรคเรื้อรัง. คั่นเมื่อ มิถุนายน 23,

2550, จาก www.dpc11.ddc.moph.go.th

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). ประชากรโลก.

คั่นเมื่อ มิถุนายน 23, 2550, จาก

www.service.nso.go.th.

_____. (2547). ประชากรโลก: ประชากรไทย

2547. คั่นเมื่อ กรกฎาคม 5, 2550, จาก

www.service.nso.go.th.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.

(2548). ลำดับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.

คั่นเมื่อ มิถุนายน 23, 2550, จาก

www.nakhonsihealth.org.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.

(2551). สถิติประชากร. คั่นเมื่อ ธันวาคม

15, 2551, จาก www.nakhonsihealth.org.