

บทที่ 1 บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นวิกฤติการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ รายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2551 พบว่าในทุกๆ ปี ประชากรโลกผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) และร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์โลกเรื่องการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรให้เหลือร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ขาดความสมดุลทำให้แบบแผนการดำรงชีวิต พฤติกรรมในชีวิตประจำวันและการบริโภคเปลี่ยนไป บุคคลจึงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานผักผลไม้ น้อย กิจกรรมทางกายน้อย เครียด สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ร่างกายจึงเข้าสู่ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ เกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตตามมา ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประมาณ ร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตเกิดในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี (สมณี วัชรสินธุ์, 2560)

แนวโน้มการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้นและเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติโดยรวม (ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ, 2558) รัฐบาลไทยจึงกำหนดแผนงานด้านโรคไม่ติดต่อ จำนวน 4 แผน ได้แก่ 1) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ.2555 - 2559 2) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554 - 2563 3) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.2555-2559 และ 4) แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ.2556 มีเป้าหมายจัดการ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดสมองและมะเร็ง แต่ยังคงขาดมิติด้านข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำมาวางแผน จัดทำมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก, 2562)

ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพพบว่า มีกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นและอัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) สอดคล้องกับข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 8 ที่รวบรวมไว้ 3 ปีย้อนหลัง พบว่า มีแนวโน้มปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องเร่งดำเนินการจัดการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ไม่ได้มาจากกลุ่มเสี่ยง เพราะมีอัตราและแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งวัยทำงานที่มีดัชนีมวลกายเกิน และอ้วนลงพุง ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง หรือปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง และผลการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคใดโรคหนึ่ง ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับชุมชน/อำเภอ หรือพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะ เช่น โรงพยาบาล สถานศึกษา สถานประกอบการ เป็นต้น รวมทั้ง ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับบริบทศึกษาเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข จะช่วยสะท้อนปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในภาพรวม และเป็นข้อมูลสนับสนุนการบริหารจัดการและขับเคลื่อนมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับเขต นำไปสู่การออกมาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมให้กับประชากรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ต่อไป

2. คำถามการวิจัย

- 2.1 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นอย่างไร
- 2.2 ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นอย่างไร
- 2.3 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือไม่

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข
- 3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

4. สมมติฐานการวิจัย

- 4.1 กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 4.2 กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 4.3 พฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตสุขภาพที่ 8 มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. ขอบเขตการวิจัย

- 5.1 ขอบเขตเชิงพื้นที่ ศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย เลย สกลนคร หนองบัวลำภู นครพนม และบึงกาฬ
- 5.2 ขอบเขตเนื้อหา ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 8

5.3 ขอบเขตเชิงประชากร ศึกษาในประชากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 (เพิ่ม Person Type 1,3) และเข้าสู่ระบบการคัดกรองและมีรายชื่ออยู่ในแฟ้ม NCDScreen จากฐานข้อมูล HDC จังหวัด

5.4 ขอบเขตระยะเวลา ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน - สิงหาคม 2564 รวมระยะเวลา 1 ปี

6. นิยามตัวแปร

6.1 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การบริโภคยาสูบ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6.2 กลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) หมายถึง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน 3 ประการ คือ

1) ระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Sugar Level) คือ ระดับน้ำตาลที่ตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) อย่างน้อย 8 ชั่วโมง เท่ากับ 100 - 125 mg%

2) ระดับความดันโลหิต (Blood Pressure Level) คือ ค่าความดันภายในหลอดเลือดแดง ซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจส่งเลือดผ่านหลอดเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยมีค่าความดันโลหิตสูงกว่าปกติ คือ

- Systolic blood pressure: SBP ตั้งแต่ 130 - 139 mmHg และ/หรือ

- Diastolic blood pressure: DBP ตั้งแต่ 85 - 89 mmHg

3) ความยาวเส้นรอบเอว (Waist Circumstance) คือ ความยาวเส้นรอบเอวที่วัดผ่านระดับสะดือ มีความยาวเกินเกณฑ์ (เพศชาย ≥ 90 cm./ เพศหญิง ≥ 80 cm.)

6.3 เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ (Service Plan) ครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย เลย สกลนคร หนองบัวลำภู นครพนม และบึงกาฬ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1,001 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 80 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เชิงนโยบาย - เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง ใช้วางแผน จัดทำแนวทาง มาตรการและนโยบาย การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับประเทศ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เชิงวิชาการ - เป็นข้อเสนอแนะพื้นฐาน/ฐานข้อมูล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เชิงปฏิบัติการ - เป็นข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 8 ในการปฏิบัติงาน เฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกันควบคุม และดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสามารถบริหารจัดการเชิงรุก วางแผน พัฒนารูปแบบการใช้มาตรการข้อเสนอต่อภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สร้างการมีส่วนร่วมจัดการปัญหาเพื่อลดเสี่ยงลดโรคของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ
2. แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน
3. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
4. เกณฑ์การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
5. นโยบายการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ดำเนินการสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 โดยได้ศึกษาและสร้างแบบสอบถาม โดยใช้กรอบแนวคิดของผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) ปี พ.ศ. 2562 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2562)

1) การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค การสำรวจนี้เป็นการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในระดับประชากร นำเสนอผลการสำรวจในภาพรวม ประเทศและระดับเขต ขอบเขตเนื้อหาในการสำรวจครั้งนี้ประกอบด้วย การสำรวจปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ โดยศึกษาในประชากรทั่วไป อายุ 15-79 ปี เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบ face to face interview และออกรายงานผลการสำรวจระดับจังหวัด แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1.1) สุขภาพทั่วไป พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานผักและผลไม้ กิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ สุชนิสัยปฏิบัติการป้องกันโรค พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สภาวะทางสุขภาพจิต และพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตร

1.2) การป่วย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไม่ติดต่อ ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น

1.3) การใช้บริการ/การเข้ารับบริการสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจหาอาการผิดปกติ หรืออาการแทรกซ้อนจากโรค ความพึงพอใจในการรับบริการ และปัญหาการบริการ

2) การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งดำเนินการโดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2563 การสำรวจนี้เป็นการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในระดับประชากร นำเสนอผลการสำรวจในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8 และระดับจังหวัด ขอบเขตเนื้อหาในการสำรวจครั้งนี้ประกอบด้วย การสำรวจปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

โดยศึกษาในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) อายุ 35 ปี ขึ้นไป เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์มีอยู่ทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย

- 2.1) ข้อมูลทั่วไปและสถานะสุขภาพ
- 2.2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- 2.3) พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย
- 2.4) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- 2.5) ภาวะเครียด
- 2.6) พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ
- 2.7) พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน

2.1 การคัดกรองโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2560) ได้แนะนำวิธีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โดยหากการตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose, FCBG) ถ้าระดับ FPG (หรือ FCBG) 126 มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันด้วย FPG อีกครั้งหนึ่งในวันหรือสัปดาห์ถัดไป หากพบว่า FPG 126 มก./ดล. ซ้ำอีก ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ในกรณีที่ FPG มีค่า 100- 125 มก./ดล. วินิจฉัยว่าเป็นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose; IFG) ควรได้รับคำแนะนำให้ป้องกันโรคเบาหวาน โดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ติดตามวัดระดับ FPG ซ้ำทุก 1-3 ปี ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงที่มี โดยในการแปลผลระดับพลาสมากลูโคส เพื่อการวินิจฉัยมีเกณฑ์ดังนี้

- ระดับพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) เกณฑ์ปกติ คือ <100 มก./ดล.
- ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มความเสี่ยง การเป็นโรคเบาหวาน (Impaired fasting glucose ; IFG) คือ 100-125 มก./ดล.
- ระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ป่วยด้วยโรคเบาหวาน คือ 126 มก./ดล.

2.2 การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้จำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยกำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ดังนี้

- ความดันโลหิตที่เหมาะสม SBP < 120 และ DBP < 80 mmHg
- ความดันโลหิตปกติ SBP 120-129 และ/หรือ DBP 80-84 mmHg
- ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ SBP 130-139 และ/หรือ DBP 85-89 mmHg
- ความดันโลหิตสูง ระดับ 1 SBP 140-159 และ/หรือ DBP 90-99 mmHg
- ความดันโลหิตสูง ระดับ 2 SBP 160-179 และ/หรือ DBP 100-109 mmHg
- ความดันโลหิตสูง ระดับ 3 SBP ≥ 180 และ/หรือ DBP ≥ 110 mmHg
- Isolated systolic hypertension (ISH) SBP ≥ 140 และ DBP < 90 mmHg

2.3 การคัดกรองอ้วนเอน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2561) ให้ความหมายว่า โรคอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันตามอวัยวะต่างๆ มากกว่าปกติ เนื่องมาจากการได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ และอาจก่อให้เกิดความเจ็บป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

ชนิดของโรคอ้วนและอ้วนลงพุงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ มี 2 ลักษณะ คือ

1. อ้วนทั้งตัว เป็นลักษณะของคนอ้วนที่มีไขมันกระจายอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายมากกว่าปกติ ไม่ได้จำกัดว่าอยู่ที่ตำแหน่งใดโดยเฉพาะ ซึ่งบางคนเป็นโรคอ้วนทั้งตัวและเป็นโรคอ้วนลงพุงร่วมด้วย
2. อ้วนลงพุง เป็นลักษณะของคนอ้วนที่มีการสะสมของไขมันบริเวณช่องท้องและช่องเอวปริมาณมากเกินไป มีสาเหตุจากการเผาผลาญอาหารผิดปกติ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันในอวัยวะภายใน เช่น ตับ ไต ลำไส้ กระเพาะอาหาร และอวัยวะอื่นๆ มากกว่าปกติ รวมทั้ง มีไขมันใต้ชั้นผิวหนังบริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้น จึงเห็นหน้าท้องยื่นออกมาอย่างชัดเจน

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วนและอ้วนลงพุง

ร่างกายขาดความสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับจากการบริโภค และพลังงานที่ใช้ไปในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือกล่าวได้ว่าร่างกายใช้พลังงานไปน้อยกว่าพลังงานที่ได้รับเข้าไป ทำให้เกิดไขมันเพิ่มขึ้นสะสมมากขึ้นเรื่อยๆ กลายเป็นโรคอ้วน ซึ่งสาเหตุเกิดจากปัจจัยทางพฤติกรรม ร่วมกับกรรมพันธุ์ ปัญหาสุขภาพ ความผิดปกติทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม และยังพบปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคอ้วนได้ เช่น ภาวะที่มีไทรอยด์ฮอร์โมนน้อยกว่าปกติ ทำให้มีการเผาผลาญพลังงานในร่างกายน้อยลง เกิดความผิดปกติบริเวณสมองส่วนไฮโปทาลามัส การรับประทานยาบางชนิดที่มีผลต่อน้ำหนัก เช่น ยาแก้ชัก ยาแก้อาการซึมเศร้า ยาคุมกำเนิด การได้รับฮอร์โมนสเตียรอยด์เป็น เวลานาน เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

สำหรับการคัดกรองอ้วนเอนในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการคัดกรองโดยวัดเส้นรอบเอว (waist circumference) ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากการวัดรอบเอว ด้วยสายวัดมาตรฐาน โดยวัดรอบเอวระดับตำแหน่งกึ่งกลางของข้างเอว ระหว่างขอบล่างของซี่โครงล่างกับขอบบนของแนวสันกระดูกเชิงกราน (iliac crest) ให้สายวัดแนบรอบเอว และอยู่ในแนวขนานกับพื้น การวัดเส้นรอบเอวที่ให้ผลเชื่อถือได้ควรวัดในช่วงเช้า ขณะยังไม่ได้รับประทานอาหาร และตำแหน่งที่วัดไม่ควรมีเสื้อผ้าปิดหรือควรสวมใส่เสื้อผ้าเนื้อบางแทน หากมีเส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย และ ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง ถือว่ามีภาวะอ้วน

3. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3.1. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ ควรปฏิบัติเป็นประจำโดยให้ความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ หรือ 75 นาที ระดับความหนักมาก ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที หากต้องการออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพดี ควรเพิ่มออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางแบบแอโรบิค ให้ได้ 300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกาย ความหนักในระดับมาก 150 นาที ต่อสัปดาห์ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2555)

3.2. การบริโภคหวาน มัน เค็ม

การบริโภคหวาน จากการสำรวจปริมาณการบริโภคน้ำตาลของประเทศไทย พ.ศ.2526-2550 ของศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล พบว่า คนไทยมีอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคน ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เพื่อสูงขึ้นเกือบ 3 เท่า จาก 12.8 กิโลกรัม/คน/ปี (10 ช้อนชา/คน/วัน) ใน พ.ศ.2530 เพิ่มขึ้นเป็น 28.5 กิโลกรัม/คน/ปี (19 ช้อนชา/คน/วัน) ใน พ.ศ.2540 เป็น 36.4 กิโลกรัม/คน/ปี (25 ช้อนชา/คน/วัน) ใน พ.ศ.2550 และยังมีแนวโน้มบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้น นอกจากนี้การบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไป ยังทำให้เกิดโรคอ้วน และมีอันตรายต่อสุขภาพ โดยน้ำตาลซูโครสหรือฟรุกโตส จะทำให้ระดับไขมัน กลูโคส อินซูลินและกรดไขมันในเลือดสูงขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคเบาหวาน ปริมาณน้ำตาลที่บริโภคเกินความต้องการ เมื่อใช้ไม่หมด จะกลายเป็นพลังงานส่วนเกินและเปลี่ยนรูปเป็นไขมันเก็บสะสมในร่างกาย เป็นสาเหตุของภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, การบริโภคไม่ได้สัดส่วน : หวานเกิน, 2554)

การบริโภคไขมัน เป็นองค์ประกอบสำคัญของร่างกาย ทำหน้าที่ให้พลังงานและช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายได้ในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ ดี อี และเค รวมทั้ง แคลโรทีนอยด์ ในแต่ละวัน ควรได้รับพลังงานจากอาหารประเภทไขมัน ไม่เกินร้อยละ 35 ของพลังงานทั้งหมด แต่หากบริโภคอาหารที่มีไขมันมากเกินไปเกินความต้องการ จะเกิดความผิดปกติแก่ร่างกาย ทำให้เมตาบอลิซึมของร่างกายไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และผู้ที่อายุเกิน 40 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 จากภาวะหลอดเลือดแข็ง ตีบตัน โดยเฉพาะหลอดเลือดของหัวใจและสมอง หากเป็นที่เส้นเลือดหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้หัวใจขาดเลือด ส่งผลให้หัวใจวาย แต่หากเป็นที่เส้นเลือดสมอง จะเกิดเส้นเลือดสมองแตกหรืออุดตัน อาจเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตได้ นอกจากนี้ การได้รับไขมันมากเกินไปเกินความต้องการ ยังทำให้เกิดโรคอ้วน ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากร่างกายมีไขมันสะสมมากกว่าร้อยละ 25-30 ของน้ำหนักร่างกาย และผู้ที่เป็นโรคอ้วน จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, การบริโภคไม่ได้สัดส่วน : ไขมันเกิน, 2554)

การบริโภคเค็ม หรือการบริโภคเกลือ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดสารอาหารที่คนไทยต้องการในหนึ่งวันเกี่ยวกับเกลือ ว่าไม่ควรเกินกว่า 2,300 มิลลิกรัม หรือ 1 ช้อนชาต่อวัน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือป่วยด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้ว ควรจะลดลงการบริโภคลงอีก ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม การบริโภคเกลือเกินกว่าค่าที่กำหนด จะส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเบาหวาน มีการพบข้อมูลจากทั่วโลกที่สอดคล้องกันว่า การลดการบริโภคเกลือ 6 กรัม/วัน ทำให้โดยเฉลี่ยแล้วสามารถลดค่าความดันโลหิตตัวบน หรือ Systolic Blood Pressure ในประชากรวัยผู้ใหญ่ลงได้ประมาณ 5 มิลลิเมตรปรอท ผลที่ตามมา คือ สามารถลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก และโรคหลอดเลือดหัวใจลงได้ร้อยละ 24 และร้อยละ 18 ตามลำดับ กล่าวได้ว่า ผู้ที่จะเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวทั่วโลก จะลดลง 2.5 ล้านคนในแต่ละปี และการบริโภคเกลือกับความสัมพันธ์ต่อปัญหาทางสุขภาพ จะพบว่ายิ่งผู้บริโภคปริมาณของเกลือมากเท่าไร ก็ยิ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นเท่านั้น

โดยหากบริโภคมากเกินไป จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้มาก ซึ่งพบในคนที่สูญเสียน้ำหนักหรือได้รับน้ำในปริมาณที่จำกัด และในคนที่เป็โรคที่เกี่ยวข้องไตทำงานไม่ปกติ ทำให้มีการคั่งของโซเดียม ความผิดปกติที่แสดงอาการ ได้แก่ ร่างกายอยู่ในสภาวะบวม น้ำ อาจแสดงลักษณะรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ระดับเกลือแร่ในเลือดสูงเกินไป ทำให้เลือดแข็งตัวได้ นำไปสู่ภาวะต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น เส้นเลือดในสมองตีบตัน ไตวาย หัวใจวาย และสนับสนุนให้ความดันเลือดสูงขึ้นด้วย

ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาหลายๆ งาน พบว่า การบริโภคเกลือโซเดียมปริมาณมาก มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และผลงานวิจัยในระยะ 2-3 ปี มา นี้ พบว่า การบริโภคเกลือโซเดียมมาก นำไปสู่การเสื่อมหน้าที่ของไต และน้ำหนักเกิน และเมื่อมีโรคความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้เกิดตะกรันไขมันในหลอดเลือดได้ง่ายและเร็วขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง และนำไปสู่ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และสุดท้ายนำไปสู่การตีบ/แตก/ตัน ของหลอดเลือดแดง ซึ่งมักเกิดกับหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีกตามมา (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, การบริโภคไม่ได้สัดส่วน: เค็มเกิน, 2554)

3.3. การสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมเสี่ยงอย่างหนึ่ง มีปัจจัยได้แก่ 1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น

1) ความไม่ตระหนักถึงผลร้ายของการสูบบุหรี่เนื่องจากตนเองยังมีสุขภาพแข็งแรง การมีค่านิยม ในกลุ่มเพื่อน 2) มีนิสัยเคยชิน ผู้สูบบุหรี่มักจะมีบุหรืติดปากตลอดเวลา ซึ่งอาจทำร่วมกับกิจกรรมบางอย่าง เช่น ดื่มกาแฟ ดื่มเหล้า ดูโทรทัศน์ หรือหลังรับประทานอาหาร 3) ความเชื่อ เป็นการระงับอารมณ์ความเครียดหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น รู้สึกตื่นเต้น หายหวาดกลัว โศกเศร้า โดดเดี่ยว เมื่อสูบ บุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจขึ้น ลดความรู้สึกกดดัน 2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น 1) มีแหล่งซื้อ หาสูบง่าย/มีร้านขายมาก/ราคาไม่แพง 2) อิทธิพลของกลุ่ม สังคม/กลุ่มเพื่อน ในการชักชวนทดลองสูบ 3) กลยุทธ์ของบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่ายบุหรื การโฆษณา การส่งเสริมการขาย เมื่อสูบแล้วจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิดรอบข้าง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอด ความดันโลหิตสูง ฯลฯ เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพ และป้องกันตนเอง ครอบครัว ชุมชนจากภัยของบุหรื จึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องตามเกณฑ์ด้วยการไม่สูบบุหรี่ โดยกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ต้องไม่ไปทดลองสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ ควรลดและเลิกการสูบบุหรี่ เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยตนเอง (กองสุศึกษา, 2558)

นอกจากนี้ การสูบบุหรืยังมีโทษต่อร่างกายหลายด้านด้วยกัน ก่อให้เกิดโรคร้ายต่างๆ หลากหลายที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ไม่ใช่เพียงผู้ที่สูบเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบ คนรอบข้างเองก็ได้รับโทษเช่นกัน ในควันบุหรืมีสารนิโคติน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง เป็นหนึ่งในโรคร้ายคร่าชีวิตให้ถึงแก่ความตายได้ และกลายเป็นปัญหาหลักๆ ในการสูญเสียประชากรของสังคม นอกจากโรคมะเร็งก็ยังมีโรคร้ายอื่นๆ ที่เกิดจากควันบุหรืได้เช่นกัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง อีกทั้งยังเพิ่มความถี่ ความรุนแรงให้กับอาการหอบหืด และภาวะการตายฉับพลันในทารกแรกเกิด เป็นต้น

โทษของควันบูทรี แบ่งออกเป็น

- ควันบูทรีมือหนึ่ง คือ ควันบูทรีที่ผู้สูบบุหรี่เข้าสู่ร่างกายด้วยตนเอง
- ควันบูทรีมือสอง คือ ควันบูทรีที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมาและฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศ ทำให้ผู้ที่อยู่โดยรอบที่สูดดมเข้าไปและได้รับสารพิษ
- ควันบูทรีมือสาม เป็นควันบูทรีที่ตกค้างอยู่ตามสถานที่ต่างๆ เพอร์นิเจอร์ สิ่งของ เสื้อผ้า และวัตถุอื่นๆ ทำให้สารพิษเกาะติดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ ส่งผลเสียต่อผู้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น

ในเรื่องของควันบูทรีมือสามซึ่งเป็นสารตกค้างที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดการทำปฏิกิริยากับอากาศและผู้อยู่อาศัยสูดดมเข้าไป ก็ทำให้อันตรายต่อร่างกายได้เช่นกัน ซึ่งสารพิษจากควันบูทรีมือสามเป็นชนิดที่เหมือนกันกับควันบูทรีมือหนึ่งและมือสองทั้งหมด ที่เต็มไปด้วยสารก่อมะเร็งกว่า 200 ชนิดด้วยกัน

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าใน 75 ครอบครัวมีเด็กตรวจพบตรวจพบสารโคตินินในปัสสาวะเด็กสูงกว่าปกติ โดยที่โคตินิน คือ ตัวบ่งชี้ถึงการที่ร่างกายได้รับนิโคตินจากบุหรี่ คาดว่าไม่ได้มาจากการเดินผ่านควันบูทรีแล้วสูดดมเข้าไป แต่เป็นการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ โดยอัตราที่ตรวจพบนั้นอยู่ที่ 42% ของ 75 ครอบครัว

นอกจากนี้ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อควันบูทรีมือสาม ยังพบว่าจำนวนหนึ่งอาศัยอยู่ตามอพาร์ตเมนต์ คอนโดมิเนียม ซึ่งเป็นไปได้ว่าในห้องพักอาศัยของตนเองอาจไม่มีผู้สูบบุหรี่ หากห้องข้างๆ มีการสูบบุหรี่ ควันบูทรีก็สามารถเล็ดลอดทางหน้าต่าง ท่อระบายน้ำ และอื่นๆ มาได้อย่างง่ายดาย และยังพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในคอนโดฯ 1 ใน 4 กว่า 68% มีการตรวจพบสารนิโคตินในเด็ก ขณะที่ผู้อาศัยในบ้านเดี่ยว ทาวเฮาส์ ตรวจพบสารนิโคตินในเด็กเพียง 30% เท่านั้น (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2560)

3.4. การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ จะส่งผลร้ายต่อสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาล ดังนั้น ควรตัดวงจรของพฤติกรรมเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดโรค อันจะนำไปสู่ “การล้มละลายทางสุขภาพ” โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการลด/เลิกการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้ปลอดโรค ปลอดภัย และความสงบสุขของตนเอง ครอบครัว และสังคม (กองสุขศึกษา, 2558)

สุราหรือแอลกอฮอล์ เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีทั้งคุณและโทษ เมื่อดื่มแล้วจะทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยโทษของสุราอาจมีตั้งแต่ขั้นเบา ไปจนถึงขั้นรุนแรง เช่น เสียการทรงตัว พุดไม่ชัด และที่รุนแรง คือ การหมดสติ ดังนั้น สุราจึงถูกควบคุมทั้งการจำหน่าย และการผลิต จากกฎหมายอย่างเคร่งครัด

ภาวะเมาสุรา เป็นภาวะที่บุคคลมีอาการไม่สบายจากพิษของแอลกอฮอล์หลังจากดื่มสุราเข้าไปปริมาณหนึ่ง ทำให้ร่างกายจิตใจและพฤติกรรมผิดปกติ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการขับขี่ยานพาหนะบนท้องถนน โดยประเทศไทยได้กำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration; BAC) สำหรับผู้ขับขี่ไม่เกิน 0.05 กรัมเปอร์เซ็นต์ (หรือ 0.05 กรัมต่อเดซิลิตร) ตามประกาศกฎกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 16/2537 ดังนั้น การมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินระดับนี้ จึงเรียกได้ว่าการเมาสุรา ตามกฎหมายการขับขี่ยานพาหนะในประเทศ

โทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออวัยวะภายในของร่างกาย ด้านสุขภาพเป็นสาเหตุหลัก การเสียชีวิตมีผลเสียทั้งในระยะสั้นและระยะสะสม หากดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน (ติดเหล้า) จะส่งผลกับระบบความจำ ระบบประสาท ระบบเลือด ความดัน และที่ส่งผลโดยตรงต่ออวัยวะในร่างกายนี้อีกคือ “ตับ” พิษภัยจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังส่งผลต่อสมองที่รุนแรงขึ้นหากดื่มตั้งแต่อายุยังน้อย

4. เกณฑ์การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ทบทวนแนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

4.1 แนวทางการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน มีรายละเอียดดังนี้

1) การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว (Fasting Capillary Glucose: FCG)

- FCG < 100 มก./ดล. ถือว่าเป็นกลุ่มปกติ ให้ประเมินปัจจัยเสี่ยง CVD 9 ข้อ ด้วยวาจา

: หากพบปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 5 ข้อ ให้คำแนะนำ แล้ว Follow up ตามมาตรฐาน ทุก 1-2 ปี

- FCG = 100-125 มก./ดล. ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ให้ประเมินปัจจัยเสี่ยง CVD 9 ข้อ ด้วยวาจา

: พบปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 5 ข้อ ให้คำแนะนำ แล้ว Follow up ตามมาตรฐาน ทุก 1-2 ปี

: หากพบปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป ให้ประเมินโอกาสเสี่ยง CVD ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งดัดแปลง จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำแนะนำปรับพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และ Follow up มาตรฐาน ทุก 1 ปี และ Follow up ตามความเหมาะสมของความเสี่ยง

- FCG \geq 126 มก./ดล. ให้ส่งยืนยันการวินิจฉัยโดยแพทย์ ถ้าไม่ใช่โรคเบาหวาน ให้ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และปฏิบัติตามแนวทางกลุ่มเสี่ยง แต่ถ้ายืนยันการวินิจฉัย โดยแพทย์แล้วเป็นกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ให้ติดตามและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ประเมินโอกาสเสี่ยง CVD ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งดัดแปลงจาก องค์การอนามัยโลก (WHO)

หากมีข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรในการดำเนินงาน ควรจัดให้มีการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานด้วยวาจา 6 ข้อ ดังนี้

1. ภาวะอ้วนที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) \geq 25 กก./ม² และ/หรือ รอบเอว \geq 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ \geq 80 ซม. ในผู้หญิง

2. มีประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่หรือน้อง) เป็นเบาหวาน

3. มีระดับความดันโลหิตสูง \geq 140/90 มม.ปรอทหรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง

4. ประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ \geq 250 มก./ดล. และ/หรือ HDL cholesterol < 35 มก./ดล.)

5. ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 มก./ดล. หรือการตรวจน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม มีระดับน้ำตาลเท่ากับ 140-199 มก./ดล.

6. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม และเมื่อพบปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัยขึ้นไป ให้ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว

ประเมินโอกาสเสี่ยง CVD หมายถึงต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD ด้วยตารางสีของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก (WHO) การประเมินปัจจัยเสี่ยง CVD ด้วยวาจา 9 ข้อ ดังนี้

1. การกินผัก ผลไม้ ไม่เพียงพอ (ผัก ผลไม้ < 400 กรัมต่อวัน)
2. การมีวิถีชีวิตนั่งๆ นอนๆ (มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง < 150 นาทีต่อสัปดาห์)
3. สูบบุหรี่ (ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ หรือหยุดสูบบุหรี่ไม่เกิน 1 ปี)
4. ดัชนีมวลกาย และ รอบเอวเกิน
5. มีอัตราส่วนของ Chol ต่อ HDL > 5 หรือ ประวัติไขมันผิดปกติ
6. มีประวัติ HT
7. มีประวัติ DM
8. มีประวัติ IHD และ/หรือ Stroke
9. ประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่ หรือน้อง) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วย CVD

4.2 แนวทางการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงโดยการวัดระดับความดันโลหิตด้วยเครื่องมาตรฐาน

- BP ตัวบน < 120 และ ตัวล่าง < 80 มม.ปรอท ถือว่าเป็นกลุ่มปกติ ให้ Follow Up ด้วยการวัด BP ตามมาตรฐาน ซ้ำทุก 1 ปี

- BP ตัวบน 120 -139 และ/หรือ ตัวล่าง 80 - 89 มม.ปรอท กลุ่มเสี่ยง ให้ Follow Up ด้วยการวัด BP ตามมาตรฐานซ้ำทุก 1-2 เดือน

- BP ตัวบน 140 -179 และ/ หรือตัวล่าง 90-109 มม.ปรอท ให้ส่งยืนยันการวินิจฉัยโดยแพทย์ ถ้าไม่ใช่ ให้ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง Follow Up ด้วยการวัด BP ตามมาตรฐานซ้ำทุก 1-2 เดือน

ถ้าส่งยืนยันการวินิจฉัยโดยแพทย์แล้ว พบว่าเป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ Follow Up ด้วยการวัด BP ตามมาตรฐาน ซ้ำ 1 สัปดาห์ ติดตามและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิต ประเมินโอกาสเสี่ยง CVD ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งดัดแปลง จากองค์การอนามัยโลก (WHO)

- BP ตัวบน ≥ 180 และ/หรือ ตัวล่าง ≥ 110 มม.ปรอท ให้ส่งพบแพทย์ภายในวันเดียวกัน ให้ถือเป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง และต้อง Follow Up ด้วยการวัด BP ตามมาตรฐาน ซ้ำ 1 สัปดาห์ ติดตามและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิต ประเมินโอกาสเสี่ยง CVD ของสำนัก โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งดัดแปลง จากองค์การอนามัยโลก (WHO)

4.3 การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD หรือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปีข้างหน้า ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ทำในกลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานทุกราย

(2) กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง CVD ด้วยวาจา 9 ข้อ แล้วพบปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป

โดยขั้นตอนการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ซึ่งดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ดังนี้

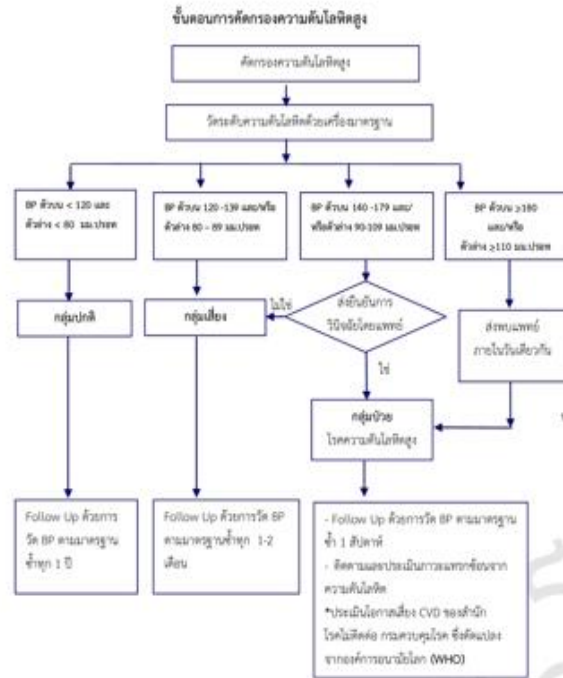
- โอกาสเสี่ยง < ร้อยละ 20 ต้องให้ความรู้ เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ/จัดการตนเอง และติดตามและประเมินโอกาส เสี่ยงซ้ำทุก 1ปี

- โอกาสเสี่ยงร้อยละ 20 - < 30 ให้ความรู้ เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ/จัดการตนเอง ติดตามและประเมินโอกาส เสี่ยงซ้ำทุก 6-12 เดือน

- โอกาสเสี่ยง \geq ร้อยละ 30 ให้ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และอาการเตือนของโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/จัดการตนเอง ติดตามและประเมินโอกาสเสี่ยงซ้ำ ทุก 3-6 เดือน

(ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป



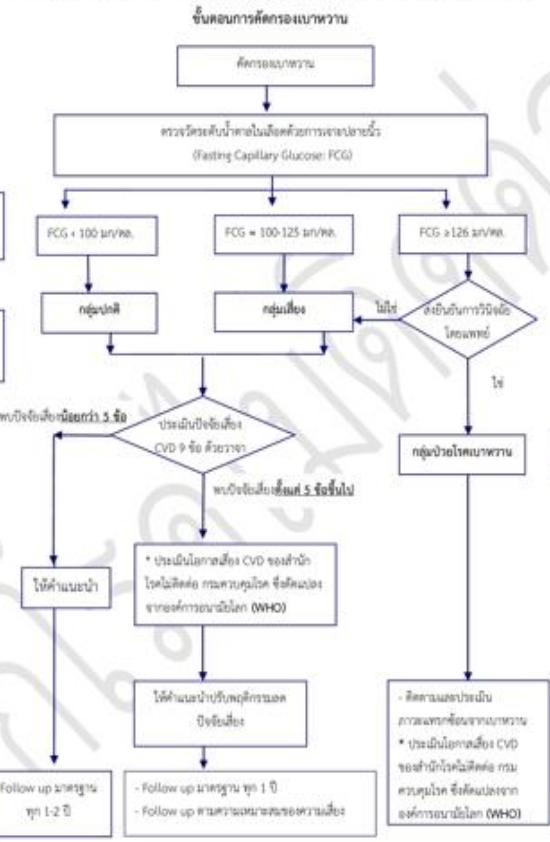
* หมายถึงต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD ด้วย การหาความเสี่ยงสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งคิดแบ่งจากองค์การอนามัยโลก (WHO)

หมายเหตุ กรณีวัดความดันโลหิตที่บ้าน การแปลค่าความดันโลหิต จะลดลงอีก 5 มิลลิเมตรปรอท

หากมีข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรในการดำเนินการ ควรจัดให้มีการคัดกรองความดันโลหิตแบบหยาบด้วย วาระ 6 ข้อ ดังนี้

1. การสูบบุหรี่ที่คิดเฉลี่ย (SM) ≥ 25 คน/ปี และ/หรือ อายุ > 90 ปี, ใต้อายุ หรือ > 80 ปี, ใต้อายุ
2. มีประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่เลี้ยงน้อง) เป็นเบาหวาน
3. มีระดับความดันโลหิตสูง $\geq 140/90$ มม.ปรอทหรือเข้ารับการตรวจสุขภาพตามความดันโลหิตสูง
4. ประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ > 250 มก./ดล. และ/หรือ HDL cholesterol < 35 มก./ดล.)
5. ประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 มก./ดล. หรือการตรวจน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังรับประทานกลูโคส 75 กรัม มีระดับน้ำตาลเท่ากับ 140-199 มก./ดล.
6. ประวัติเป็นเบาหวานแต่ต้องการวัดผลของน้ำตาลที่ใช้น้ำปัสสาวะมากกว่า 4 ปี/ครั้ง

เมื่อพบปัจจัยเสี่ยง 1-3 ปัจจัยขึ้นไป ให้ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว



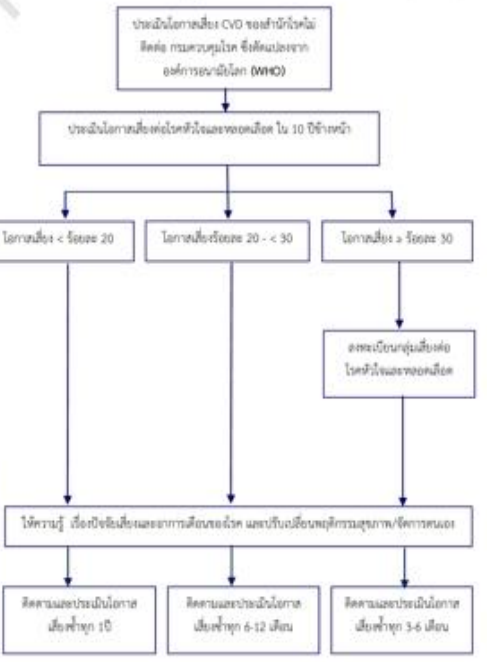
* หมายถึงต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD ด้วย การหาความเสี่ยงสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งคิดแบ่งจากองค์การอนามัยโลก (WHO)

การประเมินปัจจัยเสี่ยง CVD ด้วยวาระ 9 ข้อ ดังนี้

1. การสูบบุหรี่เฉลี่ย ไม่สูบบุหรี่ เฉลี่ย < 400 คน/ปี/คน
2. กรณีมีประวัติหัวใจขาดเลือด (มีอาการตามเกณฑ์ที่บันทึกมา < 150 นาทีต่อสัปดาห์)
3. สุขภาพ อดีตก่อนป่วยที่เป็นเบาหวาน สูบบุหรี่ที่เลิกแล้ว บุหรี่ที่สูบบุหรี่ หรือสูบบุหรี่ไม่เกิน 1 ปี
4. มีน้ำตาลสูง Chol & HDL > 5 หรือ ประวัติไขมันผิดปกติ
5. มีประวัติ DM
6. มีประวัติ MI และ/หรือ Stroke
7. มีประวัติ HT
8. มีประวัติ HD และ/หรือ Stroke
9. ประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่เลี้ยงน้อง) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรค CVD

การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD ของสำนักโรคหลอดเลือด ครอบคลุมโรค ซึ่งคิดแบ่งจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ทำในกลุ่ม ดังนี้
 (1) กลุ่มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานทุกราย
 (2) กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง CVD ด้วยวาระ 9 ข้อ แล้วพบปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป

ขั้นตอนการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD ของสำนักโรคหลอดเลือด ครอบคลุมโรค ซึ่งคิดแบ่งจากองค์การอนามัยโลก (WHO)



5. นโยบายการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง

5.1 แนวทางการดำเนินงานเชิงนโยบาย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมร่วม ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอันตราย และการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคอ้วน ระดับโคเลสเตอรอลสูง และน้ำตาลในเลือดสูงพบมากในคนไทย ดังนั้น เพื่อรับมือกับโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ประเทศไทยจึงพัฒนาแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อแห่งชาติตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยและปรับเป้าหมายระดับชาติ 9 ด้าน ให้สอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลก (Global Targets) (โครงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 - ธันวาคม 2564)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ทบทุนและจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่สอดคล้องภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ในด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน รวมทั้ง การปรับสมดุลและพัฒนาาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน เพื่อเป็นทิศทางในการขับเคลื่อนสู่การลดปัญหาโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีวิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดีปลอดจากภาวะโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้”

5.2 แนวทางการดำเนินงานเชิงปฏิบัติ

จากรายงานประเมินผลแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2553-2557 ได้มีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้แก่

1) กลุ่มเป้าหมายที่จะต้องเน้นในการดำเนินการในระยะต่อไป คือ กลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน ซึ่งแนวโน้มความเสี่ยงเพิ่มขึ้นทุกด้าน เช่น บุหรี่ เหล้า การกินอาหารผักผลไม้ การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และแนวโน้มวิถีชีวิตที่อยู่นิ่งเฉยๆ รวมทั้ง แนวโน้มการตายในกลุ่ม อายุ 30-39 ปี ที่เพิ่มสูงขึ้น

2) วัยทำงานกลุ่มผู้ชายเข้าถึงบริการ และใช้บริการสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคและดูแลรักษา น้อยกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยง ควรปรับรูปแบบวิธีการบริการและการสื่อสารในกลุ่มนี้ให้มากขึ้น

3) ความเสี่ยงที่ควรเน้นการเฝ้าระวัง และสร้างความตระหนักมากขึ้น คือ ภาวะอ้วน

4) มาตรการที่ควรเน้นและทำให้เป็นระบบมากขึ้น คือ การสื่อสาร สร้างความเข้าใจ และความตระหนักต่อการระวังภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นด้านอาหาร

5) มาตรการเพื่อประสานระดับนโยบายในการป้องกัน ควบคุมโรคในภาคส่วนอื่น ควรต้องดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น ได้แก่ ภาคการศึกษา สถานประกอบการ การโฆษณาและการผลิตอาหาร ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการที่ชัดเจนต่อเนื่อง คัดกิจกรรม มาตรการที่หลากหลายเพื่อให้บรรลุผล

6) มาตรการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันควบคุมโรคให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ เป็นพื้นฐาน เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง และคิดค้นหามาตรการที่เกิดประสิทธิผลได้

7) มาตรการจัดบริการรักษาพยาบาล ควรจัดการแบบ targeting ออกแบบการดูแลแบบผสมผสานที่จำเพาะกลุ่ม เน้นการดูแลมิติทางด้านพฤติกรรม สังคม ควบคู่กับการดูแลทางการแพทย์ เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิผลและประสิทธิภาพการจัดบริการให้มากขึ้น (ทบทวนใช้ข้อมูลผลการดูแลร่วมกับการเพิ่มคุณภาพบริการคลินิก NCDs แบบใหม่)

ข้อเสนอต่อกลไกการดำเนินงาน และการบริหารจัดการระบบ ได้แก่

1) ปัจจุบันมีการลงทุนมากในเรื่องการจัดการฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในเรื่องโรคไม่ติดต่อ แต่ยังมีปัญหาด้านความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล ความไม่สอดคล้องกันในแต่ละแหล่ง และยังนำข้อมูลมาใช้เพื่อการพยากรณ์ การวางแผน และการสะท้อนคุณภาพบริการได้จำกัด และการจัดการฐานข้อมูลถูกใช้เพื่อรายงานหน่วยเหนือมากกว่าเพื่อใช้เป็น case management คือ

1.1) พัฒนาทางเลือกการจัดการฐานข้อมูล ได้แก่ การจัดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังเฉพาะจุด (sentinel surveillance) ที่สามารถจัดการเรื่องความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลในบางพื้นที่ เพื่อใช้ในการสะท้อนสถานการณ์ในบริบทต่างๆ

1.2) เฝ้าระวังในประชากรกลุ่มที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญ เช่น กลุ่มอายุ 40-59 ปี และวัยทำงาน วัยเยาวชน เพราะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการป่วย ความเสี่ยงเพิ่มเร็วกว่ากลุ่มอื่น

1.3) พัฒนาระบบการวิเคราะห์ การใช้ข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง เพิ่มศักยภาพการจัดการใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ในระดับพื้นที่ และใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน และจุดเน้นที่ต้องการพัฒนาให้มากขึ้น ทั้งระดับส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

1.4) กำหนดและพัฒนาหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานจัดการข้อมูล เพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลโรคและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อภาพประเทศ และระดับเขตให้ชัดเจน

2) การจัดบริการและดำเนินงานที่เกี่ยวกับการคัดกรองโรค การจัดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พบว่า หน่วยบริการสุขภาพมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น มีการจัดการคัดกรอง การดูแลที่หลากหลายตามโรคต่างๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากความชุกของโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ขณะที่อัตราการตายแม้จะเพิ่มขึ้น แต่น้อยกว่าการเพิ่มของความชุก ทำให้จำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่เร็วมากเท่ากับการเพิ่ม และพบว่าคุณภาพบริการในระยะ 5 ปีนี้ไม่เพิ่มขึ้น หากไม่ปรับรูปแบบการให้บริการแบบใหม่ จึงมีข้อเสนอต่อแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ดังนี้

2.1) ควรปรับกระบวนการคัดกรองแบบเดิมโดยเจ้าหน้าที่ ให้เป็นการเพิ่มศักยภาพประชาชนดูแลคัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง (self-screening) ให้ความสำคัญมากขึ้นกับกลุ่มที่ยังไม่เข้าถึงบริการแทน เช่น กลุ่มเคลื่อนย้าย กลุ่มวัยทำงาน ที่อาจมีการปรับรูปแบบ การคัดกรองให้สอดคล้องมากขึ้น

2.2) พื้นที่ที่ประชากรเคลื่อนย้าย เช่น ทำงานในโรงงาน สถานประกอบการหรือนอกพื้นที่พักอาศัย ควรประสานระบบเชื่อมข้อมูล ผลการตรวจสุขภาพกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสถานประกอบการ

2.3) เน้นจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิภายใต้การเพิ่มศักยภาพของเครือข่ายให้มีความพร้อม และทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายให้มากขึ้น

2.4) การจัดระบบบริการในคลินิกควรทบทวน วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการว่าจะต้องเพิ่มหรือปรับคุณภาพในกลุ่มใด ด้วยวิธีการใดจึงจะประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ควรทำเหมือนกันทุกคน

2.5) จัดให้มีบุคลากรหรือหน่วยงานที่ดูแลให้คำปรึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลทางด้านจิตวิทยาสังคม เสริมกับการดูแลทางด้านการแพทย์ในคลินิกบริการอย่างเต็มที่ชัดเจนมากขึ้น

3) การป้องกัน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับ primary prevention พบว่า การทำงานด้านนี้โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังทำไม่เข้มข้นต่อเนื่อง ด้วยปัจจัยทางนโยบายและงบประมาณสนับสนุน ส่วนงาน สสส. ก็ดำเนินงานเป็นลักษณะส่งเสริมการหารูปแบบในบางกลุ่มบางพื้นที่ แต่ยังไม่มีการประสานกับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

3.1) ประสานนโยบาย มาตรการเพื่อการลดเสียงของกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น สสส. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ สถานประกอบการ และสถานศึกษา เพื่อให้มีแผนการดำเนินงานเพื่อการลดความเสี่ยงที่เป็นระยะยาวต่อเนื่อง

3.2) กำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางและจังหวัด ได้แก่ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ งานคุ้มครองผู้บริโภค ให้มีบทบาทประสานการดำเนินงานด้านการป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อนมากขึ้น

3.3) การจัดการเพื่อลดเสียงลดโรคไม่ติดต่อในสถานที่จำเพาะ (settings) ให้เป็นระบบและชัดเจน ได้แก่ ประสานให้เกิดการจัดการลดเสียง ลดโรคไม่ติดต่อ ในสถานประกอบการ สถานที่ทำงาน สถานศึกษาระดับต่างๆ โดยกระทรวงสาธารณสุข ควรปรับให้มีบทบาทในมาตรการเชิงนโยบายและกฎหมาย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4) ควรทำ rebranding และนำแนวทาง social marketing มาใช้ประกอบการสื่อสารสร้างความเข้าใจต่อสาธารณะเพื่อพัฒนามาตรการสื่อสารลดความเสี่ยงให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

3.5) พัฒนาการจัดบริการและมาตรการต่างๆ เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจ การให้บริการคำปรึกษาเพื่อลดความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการบริการแก่ประชากรกลุ่มทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

3.6) ควรประสานแหล่งงบประมาณในส่วนประกันสังคม ระบบสวัสดิการข้าราชการ ที่ควรลงทุนในด้านการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อนเพิ่มขึ้น

4) การบริหารจัดการภาพรวม และการจัดการงบประมาณ เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการจัดการโรคไม่ติดต่อนดำเนินไปได้อย่างเสริมกันและกันจนเกิดประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากขึ้น จึงมีข้อเสนอต่อเรื่องนี้คือ

4.1) ควรมีหน่วยกลางในกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ประสาน จัดการหาข้อตกลง ด้านทิศทางและแนวทางการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

4.2) บูรณาการงานโดยเริ่มด้วยการกำหนดเป้าหมายประชากรหลักและผลลัพธ์ปลายทาง ที่ต้องการเห็นร่วมกัน แล้วกำหนดบทบาทของแต่ละหน่วยในการร่วมดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

4.3) ใช้ข้อมูลสถานการณ์โรค ประสบการณ์ บทเรียนการทำงานที่รอบด้านในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานของประเทศ

4.4) กำหนดทิศทางและแผนการดำเนินงานโดยคำนึงถึงความต่างระหว่างพื้นที่ด้านบริบททางประชากรสังคม ทางกายภาพ ศักยภาพและแนวคิดของผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับบริหารและบริการ

4.5) การจัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานให้พื้นที่ ควรมีความยืดหยุ่น เปิดโอกาสให้พื้นที่ได้จัดการ ปรับให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละแห่ง

4.6) ติดตาม ประเมินผลมาตรการโครงการดำเนินงานต่างๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อเป็นบทเรียนการพัฒนาการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น

5) ด้านการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อที่ผ่านมา ยังไม่มีระบบจัดการ ในภาพรวม ไม่มีการวางแผนในระยะยาว จึงทำให้ขาดข้อมูลที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจเพื่อการวางแผน การพัฒนาระบบป้องกัน ควบคุมโรค และการรักษาพยาบาล จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

5.1) พัฒนาแผนการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อในระยะสั้น และระยะยาวที่ชัดเจนต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการเข้าใจ และแก้ปัญหา

5.2) ศึกษาวิจัยในเชิงเศรษฐศาสตร์และเชิงผลกระทบจากการจัดการโรคไม่ติดต่อ เช่น

5.2.1 การศึกษาเพื่อประมาณการตัวเลขความเสี่ยงรวมของประชากรในการเป็น โรคไม่ติดต่อ

5.2.2 การศึกษางบประมาณในการดำเนินงานในบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการป้องกันและควบคุมโรคและการศึกษาหาต้นทุน ค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษา โรคไม่ติดต่อแต่ละโรค (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาหลายท่านและ มีผลการศึกษาน่าสนใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลออศรี จารุวัฒน์ (2552) ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของประชาชนในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.3 มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.9 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับ ปานกลาง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เรื่องการมีญาติสายตรง ร้อยละ 37.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อ โรคเบาหวานเรื่องมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ร้อยละ 31.7 ผู้ชายและผู้หญิง ระหว่างอายุ 35-39 ปี กับ ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานระหว่าง ผู้ชายและผู้หญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ระหว่างผู้ที่มีอายุ 35-39 ปี กับผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุพา พูนขำ และคณะ (2553) ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงและปัญหา สุขภาพเยาวชน พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมเสริมที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกาย ในรูปแบบต่างๆ เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ อ่านการ์ตูน เรียนพิเศษ เล่นคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเบียร์ สูรา สูบบุหรี่ และการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีสาเหตุจากระดับบุคคล คือ อยากรู้ อยากลอง ทำตามเพื่อน การสร้าง อัตลักษณ์ตัวตน พื้นที่ทางสังคม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป็นที่ยอมรับ และมีตัวตนในกลุ่มเพื่อน ระดับ ครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวไม่อบอุ่น ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ และปัจจัยด้านสังคม คือวัฒนธรรมเฉพาะของ

กลุ่มเยาวชน เช่น การเลียนแบบเพื่อน เพื่อนต้องช่วยเพื่อน จึงสะท้อนว่าการพัฒนาครอบครัว ชุมชน การสร้างพื้นที่เชิงบวกและการพัฒนาระดับบุคคลมีความสำคัญ

เขมารตี มาสิงบุญ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 57.28 ร้อยละค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเป็นเบาหวานโดยรวม ร้อยละ 60 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพียงร้อยละ 50 และคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.2 ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .152, p < .05$)

อังคณา อึ้งปิติมานะ (2554) ศึกษาการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโดยยึดชุมชนเป็นฐานและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 40 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 36 คน พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมในชุมชน กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วาราลี วงศ์ศรีชา (2554) ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว (One Group Pretest-Posttest Design) พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จันทกานต์ วลัยเสถียร (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำหลายครั้ง (One-group time series design) พบว่า หลังการทดลองบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เบญจมาศ ฉุ้นประดับ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชากรในจังหวัดตรัง โดยการสัมภาษณ์และใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากรและลักษณะทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพพฤติกรรมส่วนบุคคล และพฤติกรรมการบริโภค วัดความดันโลหิต น้ำหนัก และส่วนสูง พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะประชากรที่มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงมากกว่าประชากรที่มีอายุต่ำกว่า ดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 kg/m^2 การใช้จ่ายประจำตัว การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และการไม่บริโภคของหวาน

สมศักดิ์ ฉันทนารมณ (2559) ได้ทำการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลท่าตะคร้อ อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ทดสอบโดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย

เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านความรู้ ($\bar{X}=9.30$, $SD=1.02$) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{X}=3.23$, $SD=0.41$) และด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ($\bar{X}=2.69$, $SD=0.30$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรม และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวลดลงมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เอมอร ชัยประทีป (2559) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชมรม ผู้สูงอายุ เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ ในการลดพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอย่างดี พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำ เป็นประจำคือ ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเองที่บ้าน เน้นรับประทานอาหารเช้า และมื้อกลางวัน นิยม รับประทานอาหารรสจืด ไม่นิยมดื่มชา รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน และไม่บริโภคอาหารในกลุ่มขนมสำหรับ กินเล่นหรือขนมกรุบกรอบเป็นจำนวนมากกว่าครึ่งและไม่นิยมรับประทานอาหารจานด่วน อาหารกล่องแช่เย็น หรือแช่แข็งสำเร็จรูป และไม่ดื่มแอลกอฮอล์

ฉนิชาเรย์ ใจคำกว้าง (2558) ศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา รพ.สต.ปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ($\bar{X}=2.76$, $SD=1.89$) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีระดับเสี่ยงมากที่สุด ($\bar{X}=1.87$, $SD=1.02$) ส่วนมากไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ พฤติกรรมเสี่ยง รองลงมาคือ การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ($\bar{X}=2.45$, $SD=0.95$) เนื่องจากวิถีชีวิตเปลี่ยนไป ส่วนใหญ่ชอบอาหารรสเค็ม หวาน เผ็ด ปรุงอาหารเติมผงปรุงรส น้ำปลา น้ำตาล มีพฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มีระดับเสี่ยงปานกลาง ($\bar{X}=3.20$, $SD=1.09$) ($\bar{X}=3.13$, $SD=1.48$) ($\bar{X}=3.17$, $SD=1.62$) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นประจำหลังทานอาหารเพื่อดับกลิ่นคาว ในปาก และช่วยคลายเครียด ดื่มสุราหลังจากทำงานเพื่อเจริญอาหาร และช่วยให้หายจากการปวดเมื่อยตัว

ศิริเนตร สุขดี (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า บริบทชุมชนบางถือเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท มีอัตราการเกิดกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ สาเหตุที่ทำให้ คนในชุมชนมีสุขภาพดี คือ มีแรงจูงใจ เจตคติและความสามารถในการดูแลสุขภาพ สาเหตุที่เอื้อต่อการปฏิบัติตัว ได้แก่ การมีพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย มีนโยบายร่วมกันในการคัดกรอง และสาเหตุส่งเสริมการปฏิบัติตัว ได้แก่ การมีตัวแบบจากพ่อแม่และเพื่อน การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน และการมีกิจกรรมออกกำลังกายของ อปท. สาเหตุหลักที่ทำให้คนในชุมชนของกลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มาจากปัจจัยที่สำคัญคือ การดำรงชีวิต ประจำวันแบบดั้งเดิม เรียนรู้ที่จะพัฒนาสุขภาพตนเองอยู่เสมอ และนำสาเหตุหลักมาเป็นแนวทางในการจัด กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ แรงจูงใจ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตัวเองเพื่อดูแล สุขภาพ การสนับสนุนกลุ่มเพื่อน ส่วนกระบวนการพัฒนาผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้จัดทำ แนวทางกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทดลองใช้แนวทางฯ และปรับปรุงใช้ได้จริงในกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้นำฯ

มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ($p < 0.01$) และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p < 0.05$) ผลการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้นำพบว่า กลุ่มเสียงหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ($p < 0.05$) การควบคุมตนเอง ($p < 0.01$) การดูแลสุขภาพตนเอง ($p < 0.01$) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p < 0.05$) ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) ศึกษาบริบท ปัญหา และสาเหตุที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของชุมชน 2) การสร้างความตระหนัก เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา 4) พัฒนาแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสียงฯ 7) ติดตาม ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และ 8) การสะท้อนผลหลังปฏิบัติงาน

สุธิดา เกษม (2561) ทำการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในตำบลคลองนิมยาตรา อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำมาก ($r = -0.117$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก ($r = 0.040$) ด้านการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ($r = -0.110$) ด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ($r = -0.117$) และด้านความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ($r = -0.044$)

ศุทธิยา วสุธาดา และคณะ (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน ในเขตอำเภอมืองจังหวัดจันทบุรี พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 3.92, SD = 1.27; M = 4.06, SD = 1.30$ และ $M = 4.32, SD = 1.03$ ตามลำดับ) ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.57, SD = 1.30$) การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .243, p < .001, r = .265, p < .001$ และ $r = .301, p < .001$ ตามลำดับ)

จุฬาลักษณ์ จันทรหอม และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ทำ โรคประจำตัว และความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .005$) และลักษณะงานที่ทำ โรคประจำตัว และอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมกับกิจกรรมทางกายสามารถทำนายพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงได้ 80.6%

ณัจฉริญา จิตจักร (2562) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชนเผ่าปกากะญอ อำเภอมแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 5 ด้าน

ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ พฤติกรรมด้านความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 49 ± 10.4 ปี (พิสัย 35-82 ปี) เป็นชาย ร้อยละ 52.0 การบริโภคอาหารส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.7 พบความเสี่ยงในระดับปานกลาง ระดับกิจกรรมทางกายส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.1 อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.9 สูบบุหรี่ และร้อยละ 38.9 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่วนใหญ่จะดื่มอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 98.5 ไม่มีความเสี่ยงด้านความเครียด

พัชรารวรรณ จันทรเพชร (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทศนคติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.110$) มีค่าเฉลี่ยรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ ซึ่งรูปแบบการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2558) ศึกษาภาวะโรคระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคของประเทศไทย พ.ศ.2554 พบว่า ภาคเหนือมีอัตราการตายปรับฐานสูงสุดทั้งเพศชายและหญิง (861 และ 659 ต่อ ปชก.แสนคน ตามลำดับ) ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราการตายปรับฐานสูงสุดในเพศชาย คือ เขต 1 (889 ต่อ ปชก.แสนคน) เพศหญิง คือ เขต 7 (719 ต่อ ปชก.แสนคน) และเขตที่มีอัตราการตายสูงสุดทั้งเพศชายและหญิง คือ เขต 13 (594 และ 427 ต่อ ปชก.แสนคน ตามลำดับ) อัตราส่วนการตายปรับฐานอายุ พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราส่วนการตายปรับฐานอายุสูงกว่าอัตราของประเทศ ทั้งเพศชายและหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ เขต 1 เขต 2 เขต 3 เขต 7 และเขต 10 สาเหตุการตายรายกลุ่มโรคและรายโรค 1) สาเหตุการตายรายกลุ่มโรค พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการตายปรับฐานสูงสุดทั้งเพศชายและหญิงในเกือบทุกภาค ยกเว้นเพศชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสาเหตุจากกลุ่มโรคมะเร็ง ส่วนระดับเขตสุขภาพ พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการตายปรับฐานสูงสุด ทั้งเพศชายและหญิงในเกือบทุกเขต ยกเว้น เพศชายในเขต 7 เขต 8 เขต 10 และเขต 13 เป็นสาเหตุจากกลุ่มโรคมะเร็ง และเพศหญิงในเขต 7 เป็นสาเหตุจากกลุ่มโรคเบาหวาน 2) สาเหตุการตายรายโรค พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายปรับฐานสูงสุดทั้งเพศชายและหญิงในเกือบทุกภาค ยกเว้น เพศชาย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสาเหตุจากโรคมะเร็งตับ และภาคใต้มีสาเหตุจากโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนเพศหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน สำหรับเขตสุขภาพ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายปรับฐานสูงสุดทั้งเพศชายและหญิงในเกือบทุกเขต ยกเว้น เพศชายในเขต 7 เขต 8 และเขต 10 ที่มีสาเหตุจากโรคมะเร็งตับ และเขต 11 เขต 12 และเขต 13 มีสาเหตุจากโรคหัวใจขาดเลือดส่วนเพศหญิง ในเขต 1 มีสาเหตุจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเขต 7 เขต 8 และเขต 10 มีสาเหตุจากโรคเบาหวาน ภาวะโรคของประชากรไทยระดับเขตสุขภาพและภูมิภาค พ.ศ.2554 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุดทั้งเพศชายและหญิง

(757 และ 581 ต่อ ปชก.พันคน ตามลำดับ) ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุดในเพศชาย คือ เขต 1 (251 ต่อ ปชก.พันคน) ส่วนเพศหญิง คือ เขต 7 (167 ต่อ ปชก.พันคน) และเขตที่มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานต่ำสุดทั้งเพศชายและหญิง คือ เขต 13 (136 และ 104 ต่อ ปชก.พันคน ตามลำดับ) ภาวะโรครายกลุ่มโรคและรายโรค พบว่า 1) ภาวะโรครายกลุ่มโรค กลุ่มอุบัติเหตุเป็นสาเหตุให้อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุดในเพศชายเกือบทุกภาค ยกเว้น ภาคใต้ มีสาเหตุมาจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนเพศหญิง เกือบทุกภาคจะมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน ส่วนเขตสุขภาพ พบว่า กลุ่มอุบัติเหตุเป็นสาเหตุให้อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุดในเพศชายเกือบทุกเขต ยกเว้น เขต 1 เขต 7 และเขต 9 ที่มีสาเหตุจากกลุ่มความผิดปกติทางจิต และเขต 8 มีสาเหตุจากกลุ่มโรคมะเร็ง ส่วนเพศหญิงเกือบทุกเขตมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ยกเว้นเขต 7 และเขต 8 มีสาเหตุมาจากกลุ่มโรคเบาหวาน และเขต 10 และเขต 13 มีสาเหตุจากกลุ่มโรคมะเร็ง 2) ภาวะโรครายโรค การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุดในเพศชาย ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยภาคกลางและภาคใต้มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน ส่วนเพศหญิง เกือบทุกภาคมีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน ส่วนในระดับเขตสุขภาพ พบว่า อุบัติเหตุทางถนนมีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุดในเพศชาย เกือบทุกเขต ยกเว้นเขต 1 เขต 7 และเขต 9 มีสาเหตุจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เขต 8 มีสาเหตุจากโรคมะเร็งตับ และเขต 13 มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนเพศหญิงโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะปรับฐานสูงสุดในเกือบทุกเขต ยกเว้น เขต 7 เขต 8 และเขต 10 มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2558) ได้สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2558 ระดับเขตสุขภาพ ในประชากรอายุ 15-79 ปี ผลการสำรวจ 1) ดัชนีมวลกาย พบว่า มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 23 และมีภาวะอ้วน ร้อยละ 7.5 ผู้หญิงมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 26.1 และภาวะอ้วน ร้อยละ 9.8 ส่วนผู้ชายมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 19.7 และภาวะอ้วนร้อยละ 5.0 ช่วงอายุ 35-64 ปี มีความชุกภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนสูงที่สุดในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 แห่ง พบความชุกการมีภาวะน้ำหนักเกิน ตั้งแต่ 25.2-38.5 และความชุกการมีภาวะอ้วน มีค่าตั้งแต่ 3.8-13.4 2) การกินผักและผลไม้ พบว่า ประมาณ ร้อยละ 25 รับประทานผักหรือผลไม้ได้เพียงพอ คือ รับประทานเฉลี่ยมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ใน 7 วันที่ผ่านมา ผู้ชายรับประทานผักหรือผลไม้ ได้ไม่ถึงเกณฑ์กำหนดมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย พบความชุก 78.1 และ 73.4 ตามลำดับ 3) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะโรคมะเร็งปอด หลอดอาหาร หรือกล่องเสียง และโรคทางเดินหายใจอักเสบเรื้อรัง โดยประชากรอายุ 15 -79 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 21.3 พบผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 27 เท่าในทุกกลุ่มอายุ ภาพรวมผู้ชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 42.3 ส่วนผู้หญิงพบร้อยละ 1.6 กลุ่มอายุ 25-55 ปี มีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือ ผู้ชาย ร้อยละ 50 ขณะที่เพศหญิงพบร้อยละ 2 ในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต พบความชุกการสูบบุหรี่ปัจจุบัน มีค่าแตกต่างกันตั้งแต่ 14.8-27.6 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปัจจุบันหรือมีการดื่มภายใน 1 ปีที่ผ่านมาเท่ากับ 36.2 และความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 30 วันที่ผ่านมา เท่ากับ 30.7 มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ดื่มครั้งละจำนวนมากหรือดื่มมากกว่า 5 แก้ว

มาตรฐานต่อครั้ง ใน 30 วันที่ผ่านมา พบความชุก 13.6 และมีการดื่มปริมาณมากเป็นระยะยาวอย่างต่อเนื่องหรือดื่มเฉลี่ยมากกว่า 2 แก้วมาตรฐานต่อวันใน 30 วันที่ผ่านมา พบความชุก 7.3 ผู้ชายและผู้หญิงมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน คือผู้ชายจะมีความชุกสูงกว่าผู้หญิง 3-5 เท่า ในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 แห่ง พบความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันแตกต่างกันตั้งแต่ 14.9 - 50.4 5) ภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ความชุกของผู้ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใน 1 ปี ที่ผ่านมาเท่ากับ 74.1 ในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 แห่ง มีความชุกตั้งแต่ 64.6-82.0 ผู้หญิง มีความชุก 79.4 สูงกว่าผู้ชายมีความชุก 68.5 ในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 แห่ง มีความชุกการรับรู้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 8.0-22.4 6) โรคเบาหวาน เป็นการติดตามสุขภาพประชาชนทั้งกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคเบาหวาน พบความชุกผู้ที่ได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อหาความผิดปกติของระดับน้ำตาลหรือโรคเบาหวานภายใน 1 ปี ที่ผ่านมาเท่ากับ 56.5 ผู้หญิงได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 64.0 ขณะที่ผู้ชายพบความชุก 48.6 และผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทางสุขภาพเพื่อดูแลโรคเบาหวานสำคัญ ได้แก่ ความชุกผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาความผิดปกติของไตและภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานเท่ากับ 74.4 ได้รับการตรวจตา 61.2 และได้รับการตรวจดูอาการระคายเคืองหรืออาการผิดปกติที่เท้าเท่ากับ 59.2 ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา

วิชัย เอกพลากร (2557) ได้ทำการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2556 - กุมภาพันธ์ พ.ศ.2558 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 19,468 คน เป็นชาย 8,221 คน และหญิง 11,247 คน พบว่า 1) ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม 2) พฤติกรรมสุขภาพ 3) สถานะสุขภาพ 4) อนามัยเจริญพันธุ์ และ 5) สุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพในประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยสรุปคือ พฤติกรรมสุขภาพที่มีสถานการณ์ดีขึ้นเล็กน้อย ได้แก่ การสูบบุหรี่เป็นประจำ และการดื่มสุราในระดับที่เสี่ยงปานกลางขึ้นไป (≥ 41 กรัม/วัน ในผู้ชาย และ ≥ 21 กรัม/วัน ในผู้หญิง) ในประชาชนไทยมีสัดส่วนลดลงเล็กน้อย การกินผักและผลไม้ได้ตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนขึ้นไป/วัน) ในประชาชนไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย พฤติกรรมสุขภาพที่สถานการณ์คงเดิม ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างเพียงพอ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ภาวะสุขภาพและโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเมตาบอลิกซินโดรม ประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ เช่น โรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม ภาวะพึ่งพิง เป็นต้น การบริการสุขภาพที่พบแนวโน้มยังไม่ดีขึ้น ได้แก่ การเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น

พัทธนันท์ คงทอง (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับต่ำ และมีดัชนีมวลกายผิดปกติ จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมากกว่าการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับสูง 1.55 เท่า และมีดัชนีมวลกายปกติ 1.31 เท่า ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่บริโภคอาหารถูกต้องในระดับต่ำ คือ การเลือกรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มเป็นส่วนใหญ่ ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกายจึงสูงขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่เลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องในระดับที่สูง

คือ เลือกรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มในปริมาณที่น้อย เน้นรับประทานผัก ผลไม้ปริมาณมาก ทำให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับมาตรฐาน ส่งผลให้มีภาวะเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ

มูลนิธิสถาบันผู้สูงอายุไทย (2553) ได้รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยใน ปี 2553 ระบุว่า ผู้ป่วยที่บริโภคอาหารรส หวาน มัน และเค็ม ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลทำให้มีระดับดัชนีมวลกายเพิ่มสูงกว่า ค่ามาตรฐาน และมีโอกาสป่วยเป็นเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทร ได้สำรวจพฤติกรรมการเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ.2558 (2558) ระดับเขตสุขภาพ และออกรายงานรายเขตสุขภาพ 1-12 และภาพรวมที่ไม่รวมกรุงเทพมหานคร พบว่า พบแนวโน้มความชุกผู้ที่ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอายุ 45 ปี ขึ้นไป ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย โดยผู้หญิงจะมีความชุกโรคสูงกว่าผู้ชาย สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของการตรวจวัดความดันโลหิตในปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 80-90 มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคกระดูกและข้อ เป็นต้น การคัดกรองจึงเป็นกิจกรรมสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่ระบบบริการสุขภาพต้องวางแนวทางการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพกับประชาชน กลุ่มเสี่ยง หรือผู้ป่วยมากที่สุด

สุภาพร ทิพย์กระโทก และคณะ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยเจาะจงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะอ้วนลงพุง ตำบลช่อผกา อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 35 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะอ้วนลงพุง ตำบลละาดอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว

จิตราภรณ์ ศิลาชา และคณะ (2562) ได้ศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิกที่มารับการรักษาที่แผนกหออภิบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิกที่ได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนดีกว่าของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิกที่ได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนลดลงมากกว่าของ

กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่า การสร้างเสริมให้ผู้ที่มีการออกกำลังกายมีสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้

ธนาภรณ์ วงษา (2551) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยสามพัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ การมีบิดาหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพี่และ/หรือน้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติเคยตรวจพบความดันโลหิตสูง ผิดปกติ การสูบบุหรี่หรือการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ผู้ที่มีความดันโลหิตระดับเสี่ยง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง และมีปัจจัยอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน จึงควรเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงทุก 6 เดือน ในกลุ่มที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และในผู้ที่เคยตรวจพบว่ามียกระดับความดันโลหิตสูงผิดปกติ

พรอนันต์ กิตติมั่นคง และคณะ (2560) ได้ศึกษาสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 7,405 คน ประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.2 มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 18.8 อายุเฉลี่ย 42.58 ปี (SD = 12.35) อยู่ในภาวะอ้วน ร้อยละ 8.83 มีรอบเอวเกิน ร้อยละ 45.4 เพศหญิงมีรอบเอวเกินมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีรอบเอวเกิน ร้อยละ 52.4 ส่วนเพศชายมีรอบเอวเกิน ร้อยละ 15.4 ส่วนใหญ่จะออกกำลังกาย ร้อยละ 62.1 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.4 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 74.9 เมื่อวิเคราะห์รายเพศ พบว่า เพศชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.9 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.7 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและตัวแปรอื่น พบว่า เพศหญิงมีรอบเอวเกินเกณฑ์ และมีค่า BMI เกินเกณฑ์มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศชายมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายมีค่า BMI เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่พบความแตกต่างระหว่างการออกกำลังกายกับการมีรอบเอวต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้น เขตสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับนโยบายปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมถึงนโยบายการเสริมสร้างความรู้ในเรื่องโภชนาการที่สมดุล และส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย นโยบายระดับเขต ด้านการลด/ละเลิกบุหรี่ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยทำงานเพศชาย เนื่องจากการสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับโรคในวัยทำงานและวัยสูงอายุหลายโรค รวมถึงเชื่อมโยงกับอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูงในเขต เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนวัยทำงานให้ดียิ่งขึ้น

สุภาวิณี แสงเรือน และคณะ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2559) ได้ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของประชาชนวัยทำงาน พ.ศ.2558 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ภาพรวมทั้งประเทศ พบว่า วัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารมากที่สุดคือ พฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมทุกวันเพียง ร้อยละ 18.7 รองลงมาคือการเติมน้ำปลา/เกลือเพิ่มในอาหารแต่ละมื้อ มีเพียงร้อยละ 21.2 ที่ไม่ทำเลย ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 41.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.9

ดื่มสุราทุกชนิด ร้อยละ 22.9 เมื่อจำแนกรายภาค พบว่า ภาคเหนือ วิทยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารมากที่สุดคือ พฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมทุกวันเพียง ร้อยละ 13.5 ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 49.7 พฤติกรรมเสี่ยงด้านอารมณ์รู้สึกกังวลใจจนทำให้นอนไม่หลับ ร้อยละ 29.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.6 ดื่มสุราทุกชนิด ร้อยละ 25.2 ภาคกลาง วิทยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารมากที่สุดคือ พฤติกรรมการเติมน้ำปลา/เกลือเพิ่มในอาหารแต่ละมื้อ เพียงร้อยละ 13.8 ที่ไม่ทำเลย ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 37.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.1 ดื่มสุราทุกชนิด ร้อยละ 17.6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารมากที่สุดคือ พฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัมทุกวันเพียงร้อยละ 27.0 ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 34.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.2 ดื่มสุราทุกชนิด ร้อยละ 25.1 ภาคใต้ วิทยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร มากที่สุดคือพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ อย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัมทุกวันเพียง ร้อยละ 15.4 ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 48.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.7 ดื่มสุราทุกชนิด ร้อยละ 18.5 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยง 3อ.2ส. พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารมากที่สุดคือพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมหรือ 5 กำมือต่อวัน ซึ่งภาคเหนือเสี่ยงมากที่สุด กินทุกวันเพียงร้อยละ 13.5 ไม่ได้ออกกำลังกาย ภาคเหนือเสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 49.7 ภาคเหนือเสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 29.6 สูบบุหรี่ พบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 17.2 ดื่มสุรา พบภาคเหนือ ดื่มสุรามากที่สุด ร้อยละ 25.2

นันทมนัส แยมบุตร กรมอนามัย (2563) ได้รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวิทยทำงาน ปี พ .ศ.2563 โดยศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชากรวัยทำงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย 77 จังหวัด ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค การเคลื่อนไหวออกแรง การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อสุขภาพวิทยทำงานในประชากรวัยทำงาน พบว่า พฤติกรรมการบริโภค ประชากรวัยทำงานกินผัก 5 ทัพพี ทุกวัน ร้อยละ 44.50 ไม่ดื่มเครื่องดื่มปรุงรสเค็มในอาหาร ร้อยละ 27.36 และไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 18.63 พฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรง ประชากรวัยทำงานมีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ร้อยละ 69.39 พฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประชากรวัยทำงานไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.79 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย (ดื่มเบียร์มากกว่า 4 กระป๋อง หรือสุราเกินครึ่งแบนขึ้นไป) ร้อยละ 74.25

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ตัวแปรต้น

<p>พฤติกรรมสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การออกกำลังกาย 2. การรับประทานอาหาร 3. การบริโภคยาสูบ 4. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
--

ตัวแปรตาม

<p>ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. น้ำตาลในเลือด 2. ความดันโลหิต 3. ความยาวเส้นรอบเอว (อ้วน)
--

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 8 โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 468,142 คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาศัยอยู่จริงในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 (แฟ้ม Person Type 1,3) เข้าสู่ระบบการคัดกรอง และมีรายชื่ออยู่ในแฟ้ม NCD SCREEN จากฐานข้อมูล HDC จังหวัด จำนวน 230,003 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีรายชื่ออยู่ในแฟ้ม Person Type 1,3 เข้าสู่ระบบการคัดกรองและมีรายชื่ออยู่ในแฟ้ม NCD SCREEN จากฐานข้อมูล HDC จังหวัด โดยมีประชากรที่เข้าสู่ระบบการคัดกรองและเข้าสู่ระบบการคัดกรอง จำนวน 230,003 คน

โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

กลุ่มเสี่ยงด้วยเงื่อนไขอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2562) และผลการตรวจคัดกรองมีค่าอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง ดังนี้

1) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน หมายถึง ประชาชนที่อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่เข้าสู่ระบบการคัดกรองและได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือด

2) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชาชนที่อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่เข้าสู่ระบบการคัดกรองและได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตสูง

3) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเอบ หมายถึง ประชาชนที่อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่เข้าสู่ระบบการคัดกรองและได้รับการวัดเส้นรอบเอว

กำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นผู้ไม่ยินยอม และ/หรือ ไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการสัมภาษณ์

1.2 ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คำนวณจากเทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane ในการศึกษาค้นคว้า ได้ใช้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 1,400 คน โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งชั้นภูมิตาม 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 คือ จังหวัดบึงกาฬ หนองบัวลำภู อุดรธานี เลย หนองคาย สกลนคร และนครพนม ดังนี้

จังหวัด	จำนวนประชากรอายุ ≥ 35 ปี (คน)	จำนวนประชากรที่เข้าสู่ระบบการคัดกรอง (คน)
บึงกาฬ	35,731	11,718
หนองบัวลำภู	31,005	14,253
อุดรธานี	110,997	65,496
เลย	85,720	30,063
หนองคาย	27,151	13,664
สกลนคร	110,921	50,714
นครพนม	66,617	44,095
รวม	468,142	230,003

ขั้นตอนที่ 2 ภายใต้แต่ละชั้นภูมิ มี รพ.สต. ทั้งหมด 997 แห่ง สม่ครใจเข้าร่วมในการสำรวจ 25 รพ.สต. กำหนดสัดส่วนจำนวน รพ.สต. ที่จะต้องทำการสำรวจ ดังนี้

จังหวัด	จำนวนประชากรอายุ ≥ 35 ปี ที่เข้าสู่ระบบการคัดกรอง (คน)	จำนวน รพ.สต. (แห่ง) (A)	จำนวน รพ.สต. ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจ (25 แห่ง) = $(A * 25 / 997)$
บึงกาฬ	11,718	71	$1.78 = 2$
หนองบัวลำภู	14,253	96	$2.41 = 3$
อุดรธานี	65,496	238	$5.97 = 6$
เลย	30,063	142	$3.56 = 3$
หนองคาย	13,664	87	$2.18 = 2$
สกลนคร	50,714	195	$4.89 = 5$
นครพนม	44,095	168	$4.21 = 4$
รวม	230,003	997	25

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกบุคคลด้วยวิธี Simple random sampling โดย

1) ผู้วิจัยประสานขอรายชื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยเงื่อนไขอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2562) ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และจัดทำบัญชีรายชื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงฯ จาก 25 รพ.สต. ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลของประชาชนที่ส่งผลการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

2) กำหนดจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรที่เข้าสู่ระบบการคัดกรองในแต่ละจังหวัด สุ่มเพื่อหยิบบุคคลตัวอย่าง จากบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงฯ ด้วยวิธี Simple random Sampling โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ได้จำนวนตัวอย่าง ดังนี้

จังหวัด	จำนวนประชากรอายุ ≥ 35 ปี ที่เข้าสู่ระบบการคัดกรอง (คน) B	จำนวนตัวอย่าง $= (B * 1400 / 230,003)$
บึงกาฬ	11,718	71.33 = 71
หนองบัวลำภู	14,253	86.76 = 87
อุดรธานี	65,496	398.67 = 399
เลย	30,063	182.99 = 183
หนองคาย	13,664	83.17 = 83
สกลนคร	50,714	308.69 = 309
นครพนม	44,095	268.40 = 268
รวม	230,003	1,400

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

2.1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ซึ่งออกแบบเป็นข้อคำถามเชิงโครงสร้าง เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเป็นกลุ่มประชาชนที่ผู้วิจัยได้พบในวันลงพื้นที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยการทำ Focus group จำนวน 7 กลุ่มๆ ละ 10 คน ใช้เวลาทำกิจกรรมกลุ่มๆ ละประมาณ 30 นาที

2.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ

ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาและสร้างแบบสอบถาม โดยใช้กรอบแนวคิดของผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) ปี พ.ศ.2562 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) ซึ่งจำแนกพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล เป็น 4 ด้าน คือ 1) การออกกำลังกาย 2) การรับประทานอาหาร 3) การบริโภคยาสูบ และ 4) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสถานะสุขภาพ ได้แก่ เพศ นับถือศาสนา สถานภาพ การศึกษา ปัจจุบันประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร และท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียงข้อเดียว ส่วนอายุ และผลการตรวจคัดกรอง ภาวะสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นการตอบโดยระบุคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคยาสูบ จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ข้อ

สำหรับส่วนที่ 2-5 ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบตามระดับพฤติกรรมที่ตรงตามการปฏิบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม และวัดระดับพฤติกรรมเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert) 4 ระดับ คือ

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันในหนึ่งสัปดาห์
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 4 - 6 ครั้ง/ สัปดาห์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1 - 3 ครั้ง/ สัปดาห์
- ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง สายวัดเอว และคำนวณ BMI กลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ศึกษา

2.4 เพิ่ม NCD SCREEN ผู้วิจัยได้ขออนุญาตศึกษาและเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

3. การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

- 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ออกแบบโดยที่วิจัยเพื่อใช้ในการสนทนากลุ่ม
- 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้

2.1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

2.2) ศึกษาวิธีสร้างเครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) และการสร้างแบบสอบถามโดยประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ.2562 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

2.3) นำแบบสอบถามมาปรับปรุงและหาคุณภาพของเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย

2.4) นำแบบสอบถามเสนอที่ปรึกษางานวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อความถาม ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา และพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ

2.5) ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของที่ปรึกษางานวิจัย และติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาลและด้านบริการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน เพื่อดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษาความ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยได้ปรับปรุงแก้ไขในส่วนของแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้ประเด็นคำถามตรงกับคำนิยาม ตัวแปร สะท้อนความเสี่ยงด้านพฤติกรรม ครอบคลุมตัวแปรย่อยทั้ง 4 ด้าน โดยแยกประเด็นคำถาม ข้อคำถามในแต่ละประเด็นแยกเป็นข้อย่อยๆ เพื่อให้เห็นรายละเอียดชัดเจนมากขึ้น

2.6) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาของทีปรีกษางานวิจัยมาปรับปรุง และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำเสนอที่ปรีกษางานวิจัย พิจารณาสอนแนะอีกครั้ง และได้ปรับแก้ข้อคำถามในบางประเด็นที่ความหมายคล้ายๆ กัน รวมเป็นข้อเดียวกัน การใช้คำถามเพื่อสื่อความหมายให้สอดคล้อง ตรงประเด็นกับนิยามตัวแปรและชัดเจนมากขึ้น

2.7) การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) 30 คน

2.8) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามจำนวน 30 ชุด วิเคราะห์หาความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามเป็นรายข้อ ซึ่งพบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าเป็นบวก จากนั้นนำมาหาความเที่ยงโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ 1 (ยุวดี ฤาษา และคณะ, 2543) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS FOR WINDOW

2.9) จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อไป

4. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ทำการขอหนังสือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยต่อนายแพทย์สาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8

2) ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 พร้อมกับแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกในการวิจัยด้วยตนเอง และสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

3) ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก และขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่ เขตสุขภาพที่ 8 รวมทั้ง บันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ในระบบ Online ซึ่งเป็น Google form และผู้วิจัยได้ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามโดยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลา ด้วยตนเองในระบบ Online

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการเก็บทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเป็นกลุ่มประชาชนที่ผู้วิจัยได้พบในวันลงพื้นที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยการทำ Focus group จำนวน 7 กลุ่มๆ ละ 10 คน ใช้เวลาทำกิจกรรมกลุ่มๆ ละประมาณ 30 นาที

1.2) ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง สายวัดเอว คำนวณ BMI และศึกษาแฟ้ม NCD SCREEN เพื่อเก็บข้อมูลค่าระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม

ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ช่วยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ ใช้เวลาเก็บข้อมูลแต่ละราย ประมาณ 30 นาที รวมทั้ง บันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ในระบบ Online ซึ่งเป็น Google form และผู้วิจัยได้ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามโดยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ด้วยตนเองในระบบ Online

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ ตามขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะเชิงประชากร และสถานะทางสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)
2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและภาวะเสี่ยง วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
3. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ Chi-Square Test (χ^2 -test)

6. ข้อพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี โดยมีเลขที่โครงการ ECMS63036 ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมในการวิจัย 3 ด้าน คือ หลักในการเคารพในส่วนบุคคล หลักผลประโยชน์ และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักยุติธรรม มีรายละเอียด ดังนี้

6.1 ผู้วิจัยแนะนำและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้รับทราบพร้อมอธิบายให้เข้าใจ และเปิดโอกาสให้ซักถาม การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การเข้าร่วมหรือออกจากโครงการนั้นผู้วิจัยขออนุญาตให้ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการยินยอมอย่างเป็นทางการและเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้วิจัยได้อธิบายถึงสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

6.2 การดำเนินการศึกษา และขั้นตอนวิจัยจะไม่กระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

6.3 ไม่มีการบันทึกรายชื่อ และสืบค้นข้อมูลกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลได้

6.4 ผู้วิจัยจะรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

6.5 นำเสนอข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเจาะจงเฉพาะบุคคล และข้อมูลที่ได้นั้น จะไม่สามารถเชื่อมโยงกลับไปยังตัวบุคคลได้

6.6 การจัดการความเสี่ยง ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการเข้าร่วมโครงการ จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามระบบบริการสาธารณสุข

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอข้อค้นพบ ตามลำดับดังนี้

1. คุณลักษณะเชิงประชากร
2. ร้อยละพฤติกรรมสุขภาพกับความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสัมพัทธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน)
3. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

1. คุณลักษณะเชิงประชากร

การศึกษารั้งนี้ มีอัตราการตอบกลับ คิดเป็นร้อยละ 100 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.1 อยู่ในกลุ่มอายุ ≥ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 37.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 77.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 57.1 พักอาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา ร้อยละ 72.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.9 ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ รอบเอวเกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 50.5 ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ร้อยละ 38.9 ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.4 ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 34.9 และความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ร้อยละ 42.2 และ 5.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,400)

คุณลักษณะเชิงประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	573	40.9
- หญิง	827	59.1
อายุ		
- อายุ 35 - 39 ปี	78	5.6
- อายุ 40 - 49 ปี	321	22.9
- อายุ 50 - 59 ปี	483	34.5
- อายุ ≥ 60 ปี ขึ้นไป	518	37.0
ศาสนา		
- พุทธ	1,359	97.1
- คริสต์	41	2.9

คุณลักษณะเชิงประชากร	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
- โสด	55	3.9
- คู่	1,162	83.0
- หม้าย	153	10.9
- หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	30	2.1
การศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	25	1.8
- ประถมศึกษา	1,084	77.4
- มัธยมศึกษาตอนต้น	177	12.6
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	79	5.6
- อนุปริญญา/ ปวส.	12	0.9
- ปริญญาตรีขึ้นไป	23	1.6
อาชีพ		
- ไม่ได้ทำงาน	179	12.8
- เกษตรกรรม	812	58.0
- รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ	28	2.0
- ค้าขาย /ประกอบกิจการส่วนตัว	78	5.6
- รับจ้าง	303	21.6
- ไม่ได้ทำงาน	179	12.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- ไม่มีรายได้	70	5.0
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	800	57.1
- 5,000 - 10,000 บาท	436	31.1
- 10,001 - 20,000 บาท	57	4.1
- มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป	37	2.6
บุคคลที่พักอาศัยร่วมบ้าน		
- พ่อ/ แม่	79	5.6
- สามี/ ภรรยา	1,017	72.6
- ลูกหลาน	277	19.8
- อื่นๆ (คนเดียว พี่สาว พี่ชาย)	27	1.9
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	1,301	92.9
- มี	99	7.1

คุณลักษณะเชิงประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยง		
รอบเอว		
- ปกติ	693	49.5
- เกิน	707	50.5
ระดับน้ำตาลในเลือด		
- ปกติ (< 100 mg %)	760	54.3
- เสี่ยง (100 - 125 mg %)	545	38.9
- สงสัยป่วยเบาหวาน (≥ 126 mg %)	95	6.8
ระดับความดันโลหิต		
- ปกติ (< 120 - 129/80 - 84 mmHg)	722	51.6
- สูงกว่าปกติ (130 - 139/85 - 89 mmHg)	397	28.4
- สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ mmHg)	281	20.1

2. ร้อยละพฤติกรรมสุขภาพกับความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน)

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพกับความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2-11

ตารางที่ 2 ร้อยละพฤติกรรมสุขภาพกับความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน)

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การออกกำลังกาย							
1.1 $\geq 3 - 5$ วัน/สัปดาห์ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	146	26.8	86	21.7	159	22.5	391
1.2 < 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที	399	73.2	311	78.3	548	77.5	1,258
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	117.448		127.519		214.033		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเวย พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบสูงสุดในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.3 รองลงมาคือ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ร้อยละ 77.5 และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 73.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 3

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2. การรับประทานอาหาร							
2.1 รับประทานอาหารพวกไขมัน							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	6	1.1	5	1.3	12	1.7	23
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	29	5.3	40	10.1	69	9.7	138
- ปฏิบัติบางครั้ง	472	86.6	315	79.3	557	78.8	1,344
- ไม่ได้ปฏิบัติ	38	7.0	37	9.3	69	9.8	144
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	1107.147		632.914		1102.986		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเวย พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารพวกไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยง แม้ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารพวกไขมันเป็นบางครั้ง แต่ก็ยังคงพบว่าการปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติบ่อยครั้งอยู่

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมรับประทานอาหารพวกไขมันเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 86.6 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 5.3 และ 1.1 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมรับประทานอาหารพวกไขมันเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 79.3 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 10.1 และ 1.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเวย มีพฤติกรรมรับประทานอาหารพวกไขมันเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 78.8 รองลงมา รับประทานอาหารบ่อยครั้ง และรับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 9.7 และ 1.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2.2 ต้มเครื่องต้ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	143	26.2	104	26.2	148	20.9	395
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	119	21.8	89	22.4	154	21.8	362
- ปฏิบัติบางครั้ง	246	45.1	172	43.3	345	48.8	763
- ไม่ได้ปฏิบัติ	37	6.8	32	8.1	60	8.5	129
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	163.220		100.179		244.881		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเอว พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต้มเครื่องต้ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยง แม้ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมต้มเครื่องต้ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิเป็นบางครั้ง แต่ก็ยังคงพบว่าการปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติบ่อยครั้งอยู่

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมต้มเครื่องต้ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 45.1 รองลงมา ปฏิบัติเป็นประจำ และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 26.2 และ 21.8 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมต้มเครื่องต้ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 43.3 รองลงมา ปฏิบัติเป็นประจำ และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 26.2 และ 22.4 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเอว มีพฤติกรรมต้มเครื่องต้ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 48.8 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 21.8 และ 20.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 5

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2.3 รับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	306	56.1	209	52.6	321	45.4	836
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	170	31.2	153	38.5	286	40.5	609
- ปฏิบัติบางครั้ง	68	12.5	35	8.8	95	13.4	198
- ไม่ได้ปฏิบัติ	1	0.2	0	0	5	0.7	6
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	388.292		119.234		389.956		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเอว พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลาเป็นประจำ และยังพบว่ามีการปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติบางครั้งด้วย

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลาเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 56.1 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 31.2 และ 12.5 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลาเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 52.6 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 38.5 และ 8.8 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเอว มีพฤติกรรมรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลาเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 45.4 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 40.5 และ 13.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 6

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2.4 รับประทานอาหารที่เติมผงชูรส							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	247	45.3	204	51.4	369	52.2	820
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	110	20.2	86	21.7	160	22.6	356
- ปฏิบัติบางครั้ง	180	33.0	102	25.7	165	23.3	447
- ไม่ได้ปฏิบัติ	8	1.5	5	1.3	13	1.8	26
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	229.848		201.902		363.184		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเวย พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เติมผงชูรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เติมผงชูรสเป็นประจำ และยังพบว่าการปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติบางครั้งด้วย

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เติมผงชูรสเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 45.3 รองลงมา ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 33.0 และ 20.2 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เติมผงชูรสเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 51.4 รองลงมา ปฏิบัติบางครั้งและปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 25.7 และ 21.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเวย มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เติมผงชูรสเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 52.2 รองลงมา ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 23.3 และ 22.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 7

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2.5 รับประทานผัก ผลไม้							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	334	61.3	212	53.4	352	49.8	898
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	131	24.0	128	32.2	237	33.5	496
- ปฏิบัติบางครั้ง	78	14.3	56	14.1	110	15.6	244
- ไม่ได้ปฏิบัติ	2	0.4	1	0.3	8	1.1	11
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	444.394		252.521		380.621		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเวย พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานผัก ผลไม้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ และยังพบว่าการปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติบางครั้งด้วย

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 61.3 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 24.0 และ 14.3 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 53.4 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 32.2 และ 14.1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเวย มีพฤติกรรมรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 49.8 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 33.5 และ 15.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 8

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2.6 รับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	93	17.1	76	19.1	112	15.8	281
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	97	17.8	86	21.7	175	24.8	358
- ปฏิบัติบางครั้ง	324	59.4	219	55.2	384	54.3	927
- ไม่ได้ปฏิบัติ	31	5.7	16	4.0	36	5.1	83
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	365.055		221.529		378.833		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเอว พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยงแม้ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวานเป็นบางครั้ง แต่ก็ยังคงพบว่ามี การปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติบางครั้งอยู่

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวานเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 59.4 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 17.8 และ 17.1 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวานเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 55.2 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 21.7 และ 19.1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเอว มีพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวานเป็นบางครั้งสูงสุด ร้อยละ 54.3 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 24.8 และ 15.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 9

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2.7 รับประทานแต่พวอิม							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	411	75.4	294	74.0	469	66.3	1,174
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	76	13.9	75	18.9	165	23.3	316
- ปฏิบัติบางครั้ง	53	9.7	27	6.8	68	9.6	148
- ไม่ได้ปฏิบัติ	5	0.9	1	0.3	5	0.7	11
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	757.980		537.922		717.809		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเเว พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานแต่พวอิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมรับประทานแต่พวอิมเป็นประจำ และยังพบว่าการปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติบางครั้งด้วย

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมรับประทานแต่พวอิมเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 75.4 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 13.9 และ 9.7 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมรับประทานแต่พวอิมเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 74.0 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 18.9 และ 6.8 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเเว มีพฤติกรรมรับประทานแต่พวอิมเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 66.3 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 23.3 และ 9.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 10

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
3. สูบบุหรี่							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	60	11.0	31	7.8	34	4.8	125
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	9	1.6	8	2.0	4	0.6	21
- ปฏิบัติบางครั้ง	21	3.9	16	4.0	15	2.1	52
- ไม่ได้ปฏิบัติ	455	83.5	342	86.1	654	92.5	1,451
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	1004.703		794.385		1720.796		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเวย พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ แต่ยังมีพบว่าการปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้งอยู่

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.5 แต่ยังมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.0, 3.9 และ 1.6 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.1 แต่ยังมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 7.8, 4.0 และ 2.0 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเวย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.5 แต่ยังมีกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเวยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 4.8, 2.1 และ 0.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 11

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ						รวม (คน)
	DM (n = 545 คน)		HT (n = 397 คน)		อ้วน (n = 707 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
4. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
- ปฏิบัติเป็นประจำ	16	2.9	3	0.8	10	1.4	29
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง	23	4.2	12	3.0	21	3.0	56
- ปฏิบัติบางครั้ง	118	21.7	101	25.4	126	17.8	345
- ไม่ได้ปฏิบัติ	388	71.2	281	70.8	550	77.8	1,219
รวม	545		397		707		1,649
ไคสแควร์ (χ^2)	667.866		502.899		1097.339		
Sig.	.000		.000		.000		

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนเวย พบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 3 กลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังมีพบว่าการปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้งอยู่

โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 71.2 แต่ยังมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 21.7, 4.2 และ 2.9 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.8 แต่ยังมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 25.4, 3.0 และ 0.8 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเวย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.8 แต่ยังมีกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเวยมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 17.8, 3.0 และ 1.4 ตามลำดับ

3. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในกลุ่มประชาชนที่ผู้วิจัยพบในวันลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยการทำ Focus group จำนวน 7 กลุ่มๆ ละ 10 คน ใช้เวลาทำกิจกรรมกลุ่มๆ ละประมาณ 30 นาที จำแนกผลการสัมภาษณ์ตามพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า

3.1 พฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดเรื่องการออกกำลังกาย มีความสนใจและความต้องการที่จะออกกำลังกายน้อย บางคนคิดว่าการเคลื่อนไหวร่างกายจากการทำงานก็สามารถแทนการออกกำลังกายได้ และคนที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่เลือกออกกำลังกายบางวันที่สะดวกเท่านั้น ไม่ถึง 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที เนื่องจากต้องทำงาน ทหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว

3.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสุขภาพร่างกายของตนเองยังแข็งแรงดีอยู่ และในแต่ละวันต้องเร่งรีบออกไปทำงานนอกบ้านแต่เช้า กลับเข้าบ้านมืดค่ำ จึงไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องการรับประทานอาหาร คิดเพียงว่าต้องรับประทานอาหารให้อิ่ม โดยรับประทานอาหารข้าวเหนียวเป็นหลัก เพื่อจะได้มีแรงทำงานทั้งวัน

3.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เป็นเพศชาย อาศัยอยู่ตามชุมชน มีวิถีชีวิตคนชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน และรับจ้าง ในบางพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 8 เช่น จังหวัดหนองคาย เป็นแหล่งปลูกยาสูบ ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชาชน มีการส่งเสริมอาชีพผลิตยาสูบยาเส้นในชุมชน วิถีชีวิตของประชาชนจึงสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ทุกวัน แต่ละวันไม่ต่ำกว่า 10 มวน นิยมสูบบุหรี่ยาเส้นเนื่องจากราคาถูกกว่าบุหรี่โรงงาน หาซื้อได้ง่าย สามารถทำเองได้ โดยมักจะสูบหลังรับประทานอาหารเพื่อดับกลิ่นคาว หรือสูบเพื่อเป็นการคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล และให้มีแรงในการทำงานเพื่อหารายได้เข้าครอบครัว และส่วนใหญ่ยังไม่คิดที่จะเลิกสูบ

3.4 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย มักจะดื่มแอลกอฮอล์ก่อนรับประทานอาหาร เพราะมีความเชื่อว่าช่วยเจริญอาหารทำให้รับประทานอาหารได้จำนวนมาก โดยเฉพาะดื่มแอลกอฮอล์พร้อมกับรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง การดื่มแอลกอฮอล์ยังช่วยให้มีแรงในการทำงาน หายจากอาการปวดเมื่อยเมื่อก่อนทำงานหนัก และยังเป็นวัฒนธรรมหรือบุญประเพณีของชุมชนท้องถิ่นบางพื้นที่นิยมผลิตเหล้าเอง เพราะทำง่าย ดื่มง่าย รสชาติถูกปาก ในการรวมกลุ่มกันในชุมชนหรือมีงานบุญประเพณีหรืองานกีฬาต่างๆ นิยมจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยขอสรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นพฤติกรรมสุขภาพที่สนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพที่สนับสนุนการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนอวด ดังนี้

1. กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 73.2 และมีส่วนน้อยที่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 - 5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 26.8 โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 117.448$)

2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.1) การรับประทานอาหารพวกไขมัน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 86.6 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 5.3 และ 1.1 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารพวกไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 1107.147$)

2.2) การดื่มเครื่องดื่ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 45.1 รองลงมา ปฏิบัติเป็นประจำ และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 26.2 และ 21.8 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 163.220$)

2.3) การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 56.1 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 31.2 และ 12.5 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 388.292$)

2.4) การรับประทานอาหารที่เติมผงชูรส พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 45.3 รองลงมา ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 33.0 และ 20.2 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เติมผงชูรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 229.848$)

2.5) รับประทานผัก ผลไม้ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 61.3 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 24.0 และ 14.3 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานผัก ผลไม้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 444.394$)

2.6) การรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 59.4 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 17.8 และ 17.1 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 365.055$)

2.7) การรับประทานแต่พออิม พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 75.4 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 13.9 และ 9.7 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานแต่พออิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 757.980$)

3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.5 รองลงมา ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.0, 3.9 และ 1.6 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 1004.703$)

4) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 71.2 รองลงมา ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 21.7, 4.2 และ 2.9 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 667.866$)

2. กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 78.3 และมีส่วนน้อยที่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 - 5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 21.7 โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 127.519$)

2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.1) การรับประทานอาหารพวกไขมัน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 79.3 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 10.1 และ 1.3 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารพวกไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 632.914$)

2.2) การดื่มเครื่องดื่ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 43.3 รองลงมา ปฏิบัติเป็นประจำ และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 26.2 และ 22.4 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 100.179$)

2.3) การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 52.6 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 38.5 และ 8.8 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 119.234$)

2.4) การรับประทานอาหารที่เติมผงชูรส พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 51.4 รองลงมา ปฏิบัติบางครั้งและปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 25.7 และ 21.7 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เติมผงชูรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 201.902$)

2.5) รับประทานผัก ผลไม้ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 53.4 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 32.2 และ 14.1 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานผัก ผลไม้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 252.521$)

2.6) การรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 55.2 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 21.7 และ 19.1 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 221.529$)

2.7) การรับประทานแต่พออีม พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 74.0 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 18.9 และ 6.8 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานแต่พออีม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 537.922$)

3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.1 รองลงมาปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 7.8, 4.0 และ 2.0 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 794.385$)

4) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.8 รองลงมาปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 25.4, 3.0 และ 0.8 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 502.899$)

3. กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเวย

1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 77.5 และมีส่วนน้อยที่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 - 5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 22.5 โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเวยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 214.033$)

2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.1) การรับประทานอาหารพวกไขมัน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 78.8 รองลงมา รับประทานบ่อยครั้ง และรับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 9.7 และ 1.7 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารพวกไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 1102.986$)

2.2) การดื่มเครื่องดื่ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 48.8 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 21.8 และ 20.9 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 244.881$)

2.3) การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 45.4 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 40.5 และ 13.4 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 389.956$)

2.4) การรับประทานอาหารที่เติมผงชูรส พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 52.2 รองลงมา ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 23.3 และ 22.6 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เติมผงชูรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 363.184$)

2.5) รับประทานผัก ผลไม้ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 49.8 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 33.5 และ 15.6 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานผัก ผลไม้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 380.621$)

2.6) การรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 54.3 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 24.8 และ 15.8 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 378.833$)

2.7) การรับประทานแต่พออิม พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 66.3 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 23.3 และ 9.6 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานแต่พออิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 717.809$)

3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.5 รองลงมาปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 4.8, 2.1 และ 0.6 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 1720.796$)

4) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.8 รองลงมา ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 17.8, 3.0 และ 1.4 ตามลำดับ โดยภาวะเสี่ยงอ้วนเอวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 1097.339$)

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลโดยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพที่สนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพที่สนับสนุนการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพที่สนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอ้วนเอว ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลาเป็นประจำ และยังพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติบางครั้งด้วย ส่วนพฤติกรรมการรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ และยังพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติบางครั้งด้วย รวมทั้งมีพฤติกรรมรับประทานแต่พออิ่มเป็นประจำ และยังพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติบางครั้งด้วย

พฤติกรรมดังกล่าว ถือว่าพฤติกรรมสุขภาพที่สนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอ้วนเอว) เนื่องจากในปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชนมีความเร่งรีบ ตั้งแต่เช้ามีต้อออกไปทำงาน กลับบ้านค่ำมืด จนละเลยไม่ใช้เวลาดูแลสุขภาพร่างกายของตัวเองเท่าที่ควร แต่พอรู้ตัวอีกทีก็อาจมีความเสี่ยงเจ็บป่วยด้วยกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับสง่า ดามาพงษ์ (2558) กล่าวว่า ทุกคนควรดูแลสุขภาพ รับประทานอาหารที่ครบถ้วนตามโภชนาการ โดยเฉพาะอาหารที่มีกากใยสูง ผัก ผลไม้ ธัญพืช ช่วยให้การย่อย และการดูดซึมน้ำตาลช้าลง ทำให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายสามารถดึงน้ำตาลที่อยู่ในเลือดไปใช้งานได้ทัน ไม่เกิดการสะสมมากเกินไปจนความจำเป็นของร่างกาย และควรรับประทานควบคู่กับปลาที่เป็นโปรตีนที่ประโยชน์มากที่สุด เรียกว่า “กินปลาเป็นหลัก ผักเป็นพื้น”

2. พฤติกรรมสุขภาพที่สนับสนุนการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอ้วนเอว ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 - 5 วัน/สัปดาห์ และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารพวกไขมัน ต้มเครื่องต้ม/รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ รับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง แต่ก็ยังคงพบว่า มีการปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติบ่อยครั้งอยู่ การมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เติมผงชูรสส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ และยังพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติบางครั้งด้วย รวมทั้ง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่จะไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังคงพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบางครั้งอยู่

พฤติกรรมดังกล่าว ถือว่าพฤติกรรมสุขภาพที่สนับสนุนการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอ้วนเอว) สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดเรื่องการออกกำลังกาย มีความสนใจและความต้องการที่จะออกกำลังกายน้อย บางกลุ่มอาศัยการเคลื่อนไหวร่างกายจากการทำงานแทนการออกกำลังกาย ส่วนน้อยที่มีการออกกำลังกายนอกเหนือจากการทำงาน แต่ไม่มีความสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่พบว่า ผู้ใหญ่กลุ่มอายุ 18-64 ปี การออกกำลังกายและกิจกรรมสันทนาการ วิ่งเดิน ปั่นจักรยาน ทำงาน ทำงานบ้าน การออกกำลังกาย จะช่วยเสริมสร้างระบบการหายใจและการไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อและกระดูก ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ลดความเครียดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ

จุฬาลักษณ์ จันทรหอม และคณะ (2561) ที่พบว่า ลักษณะงานที่ทำ อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมกับกิจกรรมทางกาย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงได้

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อาศัยอยู่ตามชุมชน มีวิถีชีวิตคนชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน และรับจ้าง ในบางพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 8 เป็นแหล่งปลูกยาสูบ ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชาชน มีการส่งเสริมอาชีพผลิตยาสูบยาเส้นในชุมชน วิถีชีวิตของประชาชนจึงสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ทุกวัน แต่ละวันไม่ต่ำกว่า 10 มวน นิยมสูบประเภทยาเส้นเนื่องจากราคาถูกกว่าบุหรี่โรงงาน หาซื้อได้ง่ายสามารถทำเองได้ โดยมักจะสูบหลังรับประทานอาหารเพื่อดับกลิ่นคาว หรือสูบเพื่อเป็นการคลายความเครียดลดความวิตกกังวล และให้มีแรงในการทำงานเพื่อหารายได้เข้าครอบครัว และส่วนใหญ่ยังไม่คิดที่จะเลิกสูบเพราะคิดว่าร่างกาย ยังแข็งแรงดีอยู่ ในแต่ละวันมีความเร่งรีบออกไปทำงานนอกบ้านแต่เช้า กลับเข้าบ้านมืดค่ำจึงไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม คิดเพียงว่าต้องรับประทานอาหารให้อิ่ม โดยรับประทานอาหารข้าวเหนียวเป็นหลัก เพื่อจะได้มีแรงทำงานทั้งวัน รวมทั้ง ไม่มีเวลาได้ออกกำลังกาย จึงอาจส่งผลทำให้ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman, Gaziano, Buring, & Sesso (2007) ที่พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับบางองค์ประกอบของกลุ่มอาการเมตาบอลิก เช่น รอบเอวและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการเมตาบอลิก ซึ่งยังมีอีกหลายองค์ประกอบที่อาจจะส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เอกพลากร และคณะ (2557) ที่พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 ลดลงจากการสำรวจครั้งที่ 4 เล็กน้อย คือ ในเพศชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจากร้อยละ 38.7 เป็นร้อยละ 31.1 ในเพศหญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจากร้อยละ 2.1 เป็นร้อยละ 1.8 จำนวนมวนที่สูบในเพศชายเพิ่มจากเฉลี่ย วันละ 10.6 มวน เป็นวันละ 11.2 มวน แต่ในเพศหญิงลดจากเฉลี่ยวันละ 9 มวน เป็นวันละ 7.7 มวน ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 21.0 คิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 30 วัน และอีกร้อยละ 20.4 คิดจะเลิกใน 12 เดือนข้างหน้า แต่ยังมีอีกร้อยละ 27.4 ที่ยังไม่คิดจะเลิก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี นุ่มพูล (2563) ที่พบว่า การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่กลุ่มอาการเมตาบอลิก เนื่องจากนิโคตินมีผลลดความอยากอาหาร เมื่อหยุดสูบบุหรี่ความอยากอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูงและน้ำตาลจึงกลับมาแทนบุหรี่

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย มักจะดื่มแอลกอฮอล์ก่อนรับประทานอาหาร เพราะมีความเชื่อว่าช่วยเจริญอาหารทำให้รับประทานอาหารได้จำนวนมาก โดยเฉพาะดื่มแอลกอฮอล์พร้อมกับรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง การดื่มแอลกอฮอล์ยังช่วยให้มีแรงในการทำงาน หายจากอาการปวดเมื่อยเมื่อทำงานหนัก และยังเป็นวัฒนธรรมหรือบุญประเพณีของชุมชนท้องถิ่นบางพื้นที่นิยมผลิตเหล้าเอง เพราะทำง่าย ดื่มง่าย รสชาติถูกปาก ในการรวมกลุ่มกันในชุมชนหรือมีงานบุญประเพณีหรืองานกีฬาต่างๆ นิยมจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งอาจส่งผลทำให้มีรอบเอวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย เอกพลากร และคณะ (2557) ที่ศึกษาพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 38.9 (เพศชาย ร้อยละ 55.9 และเพศหญิงร้อยละ 23.0) ซึ่งการสำรวจครั้งที่ 4 พบ 45.3

(เพศชายร้อยละ 65.5 และเพศหญิงร้อยละ 26.1) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา สัดส่วนของผู้ดื่มในกลุ่ม อายุ 30-44 ปี ดื่มปริมาณต่อวันสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ปริมาณการดื่มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรอนันต์ กิตติมั่นคง และคณะ (2560) พบว่า บุคคลวัยทำงานมีค่า BMI ปกติ ร้อยละ 53.7 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 28.8 และอยู่ในภาวะอ้วน ร้อยละ 8.83 มีรอบเอวเกิน ร้อยละ 45.4 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและตัวแปรอื่น พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่พบความแตกต่างระหว่างการออกกำลังกายกับการมีรอบเอวต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannashote (2009) ที่พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ไม่ว่าจะดื่มหรือไม่มีอาการเมตาบอลิก ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มอาการเมตาบอลิก อาจเป็นไปได้ว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย เนื่องจากมีทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นการสังสรรค์ ไม่ใช่สิ่งผิดกฎหมาย หาซื้อได้ง่าย และเป็นการเข้าสังคมดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์กับรอบเอวจึงควรศึกษาเรื่องนี้โดยเฉพาะ

อย่างไรก็ตาม จากนิเทศกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ ยังพบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น ในการจัดการปัญหา จึงควรให้ความสำคัญ แก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว จำเป็นต้องบูรณาการแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาของคนในชุมชน สร้างความตระหนักให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทีมผู้ปฏิบัติและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จึงต้องร่วมกำหนดกลยุทธ์เพื่อขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรคสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ รวมทั้งส่งเสริมการจัดการข้อมูลให้มีคุณภาพ เพื่อประโยชน์สำหรับการดูแลประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเพื่อให้ดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

นอกจากนี้ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้ให้แนวปฏิบัติในการดำเนินงานชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกลโรคไม่ติดต่อ โดยการส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ระดับชุมชน ตำบล/เทศบาล ซึ่งควรมีการตรวจคัดกรองความเสี่ยง สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้ป่วย และมีกิจกรรมการดำเนินงานทุกชุมชน โดยศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดระบบบริการผู้ป่วยที่เป็นเครือข่ายโดยเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สนับสนุนกิจกรรมของกองทุนสุขภาพ อบต./เทศบาล และชมรมผู้ป่วย หน่วยบริการระดับอำเภอและจังหวัด มีการปรับระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้เป็นบริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic Care Model) มีผู้จัดการรับผิดชอบการจัดบริการ (Case/Care Manager) ประสานเชื่อมโยงบริการ จัดให้มีข้อมูลและระบบการส่งต่อผู้ป่วยสู่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และเพิ่มช่องทาง

การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ สำนักงานสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยงานและผู้รับผิดชอบงานในการดำเนินงานบริหารจัดการโรค (System Manager) ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางข้อมูลเพื่อบริหารจัดการในจังหวัด ในระดับเขต มีการบูรณาการหน่วยงานและงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการโรคในหน่วยบริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง องค์กรวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดให้มีกิจกรรมและเวทีวิชาการในระดับต่างๆ ที่หลากหลายและต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีการบริหารจัดการโรคเป็นนโยบายเน้นหลัก สนับสนุนกลไกการทำงานของคณะกรรมการและคณะทำงานในระดับต่างๆ ให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และทางด้านสังคมทำให้เกิดกระแสสังคมที่ใส่ใจกับภัยเงียบของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้สังคมตระหนัก และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรค (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

3. ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อที่จะนำไปสู่การส่งเสริม/ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ใน 3 ประเด็น ดังนี้

1) ระดับบุคคล

- ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้ เข้าใจในค่าตัวเลขสถานะสุขภาพของตนเอง เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ค่าดัชนีมวลกาย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) คินข้อมูลให้แก่ประชาชน และหน่วยงานผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมในด้านการมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การมีความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

2) ระดับนโยบาย

- พัฒนารูปแบบ/ช่องทางการเข้าถึงระบบบริการคัดกรองสุขภาพของประชาชนในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนให้มากขึ้น เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิตสาธารณะ

- สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ศาสนสถาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯลฯ บูรณาการงานร่วมกันในการจัดการปัญหาของประชาชนในชุมชน

- ส่วนกลางและเขต ควรให้ความสำคัญกับนโยบายในการแก้ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มวัยทำงานโดยบูรณาการทุกกลุ่มวัย ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย นโยบายการเสริมสร้างความรู้ในเรื่องโภชนาการที่สมดุล (Balanced Diet) ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ

การมีสุขภาพดี นโยบายการลดละเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ในกลุ่มวัยทำงานเพศชาย เนื่องจากการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับโรคในวัยทำงานและวัยสูงอายุหลายโรค รวมถึงเชื่อมโยงกับอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูงในเขตสุขภาพที่ 8

- ควรมีการบังคับใช้มาตรการด้านกฎหมายตาม พรบ.ควบคุมยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างจริงจัง

3) ระดับปฏิบัติ

- พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลให้ครอบคลุมกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงและกำกับติดตามต่อเนื่อง ตามหลัก นคร 2 ส (น้ำหนัก ความดันโลหิต รอบเอว การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) โดยดำเนินการในรูปแบบศูนย์การปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ บูรณาการกับการจัดการรายกรณี แบบองค์รวมครอบคลุมทั้งพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และสิ่งแวดล้อม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามความเสี่ยงรายบุคคล และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ (Health Coaching) นำทักษะสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skills) มาใช้เพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อันจะส่งผลต่อการลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำเสนอนวัตกรรม ผลงานวิจัย มาใช้ในการวิเคราะห์แก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ และนำข้อมูลมาใช้เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- สร้างบุคคลต้นแบบในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1) ควรนำข้อมูลผลการศึกษาวิจัยที่ได้ในครั้ง นี้ ไปพัฒนาต่อยอดเพื่อหาตัวแบบมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือการวิจัยเชิงระบบที่มีการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Research) ในการพัฒนาตัวแบบมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ให้สามารถบริหารจัดการเชิงรุก และจัดการปัญหาเพื่อลดเสี่ยงลดโรคของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2) ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อเป็นข้อเสนอเทศสำหรับส่วนกลางเพื่อกำหนดทิศทางนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรการที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ในบริบทที่แตกต่าง

บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2558. สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2558.
- กรมควบคุมโรค. รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ; Know Your Number and Know Your Risks. กองโรคไม่ติดต่อ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560. จาก <https://ddc.moph.go.th/law.php?law=2>. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564.
- กรมอนามัย. โทษ พิษ ภัยของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด. สื่อมัลติมีเดีย กรมอนามัย. https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook_13_mini-2/ สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2565; 2562.
- กระทรวงสาธารณสุข. สธ.ห่วง คนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชั่วโมงละ 37 คน เร่งวางแนวทางป้องกัน. จาก https://www.khaosod.co.th/monitornews/news_1421769. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2563.
- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท อีโมชัน อาร์ต จำกัด; 2560.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน; 2558.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่สำหรับวัยทำงาน; 2558.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สำหรับวัยทำงาน; 2558.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
- เขมารตี มาสิงบุญ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน. มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 2559 กระทรวงสาธารณสุข. โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 - ธันวาคม 2564. <http://origin.searo.who.int/thailand/areas/ccs-ncd-proposal-thai.pdf>, สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2563.
- คัทลียา วสุธาดา และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี; JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE Vol. 29 No. 2 July - December 2018.

- จุฬาลักษณ์ จันทร์ทอม และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 มีนาคม 2563; 2561.
- จิตรารักษ์ ศิลษา และคณะ. ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของผู้ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก. พยาบาลสาร ปีที่ 46 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2562; 2562.
- จักรกฤษณ์ สำราญใจ. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. สืบค้นวันที่ 5 เมษายน 2563, จาก http://www.jakkrit.lpru.ac.th/pdf/27_11_44/9.pdf; 2544.
- จันทกานต์ วลัยเสถียร. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2557.
- ดนัย อังควัฒนวิทย์ และคณะ. อ้วนลงพุง. นิตยสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ ฉบับที่ 19. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. https://med.mahidol.ac.th/rama_hospital/th/services/knowledge/06232020-1638. สืบค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2564.
- ถิรจิต บุญแสน. ดัชนีมวลกายสำคัญอย่างไร. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. 2562. <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1361>) สืบค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2564.
- ธนาภรณ์ วงษา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยสามพัน. การค้นคว้าอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2551.
- ธีรภูมิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
- นันทมนัส แยมบุตร. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ปี พ.ศ. 2563. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. 2563.
- ณัจฉริญา จิตจักร. พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชนเผ่าปกากะญอ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. ลำปางเวชสาร ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2562; 2562.
- ณิชารีย์ ใจคำวัง. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาศุขภาพและคุณภาพชีวิต 3(2): 173-184; 2558.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8 ฉบับปรับปรุงใหม่ กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
- บุญยง เกียรติการค้า. (ม.ป.ป.). หน่วยที่ 2 ทฤษฎีสำหรับงานสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. สืบค้น 25 พฤษภาคม 2565, จาก <https://www.stou.ac.th/schools/shs/DOCUMENTS/54126.pdf>.
- เบญจมาศ ฉุ่นประดับ. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชากรในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี; 2558.

- พรอนันต์ กิตติมั่นคง และคณะ. **สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์**. บทความวิจัย วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปีที่ 11 ฉบับที่ 26 (2017) กันยายน-ธันวาคม 2560; 2560.
- พฤติกรรมสุขภาพ. (2559). **พฤติกรรมป้องกันโรค**. สืบค้น 25 พฤษภาคม 2565, จาก http://003400health.blogspot.com/2016/11/blog-post_29.html; 2559.
- พีระ บูรณะกิจเจริญ. **โรคความดันโลหิตสูง**. Siriraj-e-public library. <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=47>. สืบค้นวันที่ 20 กันยายน 2563.
- พัชรารวรรณ จันทร์เพชร. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด**. มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด; 2562.
- พัทธนันท์ คงทอง. **ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง**. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) ปีที่ 10 ฉบับที่ 19 มกราคม - มิถุนายน 2561; 2561.
- เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ. **โรคอ้วนลงพุง: สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ**. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; มกราคม - เมษายน 2555. http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=2278). สืบค้นวันที่ 25 พฤษภาคม 2565.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ**. สืบค้นวันที่ 25 พฤษภาคม 2565. http://elearning.nsruc.ac.th/2550/ebook_4000104/Lesson/resource_1/content/screen11.htm; 2556.
- มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร. **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์**. เล่มที่ 27. เรื่องที่ 6 พิษภัยของแอลกอฮอล์. <https://www.saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=27&chap=6&page=t27-6-infodetail01.html>. สืบค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2564.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยผู้สูงอายุไทย. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2553**. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2553.
- ยุพา พูนขำ และคณะ. **การศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง และปัญหาสุขภาพเยาวชน**. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1; 2553
- ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ. **แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2558**. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2558.
- ราชกิจจานุเบกษา. **พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551**. เล่ม 125 ตอนที่ 33 ก 13 กุมภาพันธ์ 2551. <http://old.ddc.moph.go.th/law/showimg5.php?id=77>. สืบค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2564.
- ราชกิจจานุเบกษา. **พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560**. เล่ม 134 ตอน 39 ก 5 เมษายน 2560. <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/039/27.PDF>. สืบค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2564.

- ลออศรี จารูวัฒน์. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชาชน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 เม.ย.- มิ.ย.2552; 2552.
- วราลี วงศ์ศรีชา. ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
- วิพรรณ สังคหะพงศ์. ไม่อยากอ้วนลงพุง ผู้ชายอย่าให้อ้วนเกิน 36 ผู้หญิงอย่าเกิน 32 นิ้ว. ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต. ที่มา ผู้จัดการ ออนไลน์.; 2561.
- <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28377>. สืบค้นวันที่ 25 พฤษภาคม 2565.
- ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. ปรินญาณิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
- สง่า ดามาพงษ์. กินปลาเป็นหลัก ผักเป็นพื้น เผยเคล็ดลับอาหารสุขภาพในยุคเร่งรีบ. เว็บไซต์ไทยโพสต์; 2558. <https://www.thaihealth.or.th/microsite/content/5/ncds/181/30124-E0B881E0B8B4E0B899E0B89BE0B8A5E0B8B2E0B980E0B89BE0B987E0B899E0B8ABE0B8A5E0B8B1E0B881E0B89CE0B8B1E0B881E0B980E0B89BE0B987E0B899E0B89EE0B8B7E0B989E0B899.html>. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดการปัญหาอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อน. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558; 2558.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และเครือข่าย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. บริษัทรมเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
- สมศักดิ์ ฉันทนารมณ. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลท่าตะคร้อ อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2559.
- สุภาพร ทิพย์กระโทก และคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม; 2563.
- สุภาวิณี แสงเรือน และคณะ. การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน พ.ศ.2558. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2559.

- สุธิดา เกษม. การรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในตำบลคลองนิมยมาตรา อำเภอบางป่อ จังหวัดสมุทรปราการ. บทความวิชาการ. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2561.
- สุนัน วัชรสินธุ์. หลักสูตรพยาบาลผู้ประสานงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง): Collaborative NCDs Nurse in Community (Diabetes and Hypertension). ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (สำนัก1). รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 31 สิงหาคม 2561. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและข้อมูลโรคไม่ติดต่อเพื่อการติดตามและประเมินผล; 2562.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ภาวะโรคระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคของประเทศไทย พ.ศ.2554. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555: การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เล่มที่ 4. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2555.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2557: Public Health Statistics 2014. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
- สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย และคณะ. คู่มือบริหารจัดการงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง SI3M. นนทบุรี: พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ชุดความรู้เรื่อง การบริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน หวานเกิน มันเกิน เค็มเกิน. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ; 2554.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2558 (ระดับเขตสุขภาพ). บทสรุปผู้บริหาร. <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=10517&gid=16>. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย; 2558.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (หัสติน แก้ววิชิต, Trans.). ใน สุนัน วัชรสินธุ์ (บ.ก.). รูปแบบการบริการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตร แห่งประเทศไทย; 2560.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กิจกรรมทางกาย กิจกรรมที่ดี เพื่อสุขภาพที่ดี. ชาวประชาสัมพันธ์. 2555. <http://thaincd.com/good-stories-view.php?id=8362>, สืบค้นเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2564.
- อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. โทษของบุหรีมีผลต่อสุขภาพและคนรอบข้าง. บทความออนไลน์. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560. <http://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannal/article/โทษของบุหรีมีผลต่อสุขภาพ>. สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2565.
- เอกชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.

- เอมอร ชัยประทีป. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลนคร
 รั้งสิต จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย
 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี; 2559.
- อังคณา อึ้งปิติมานะ. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโดยยึดชุมชนเป็นฐานและการประยุกต์ใช้
 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- Bowman, T.S., Gaziano, J.M., Buring, J. E., & Sesso, H. D. (2007). **A prospective study of cigarette smoking
 and risk of incident hypertension in women.** Journal of the American College of
 Cardiology, 50(21), 2085-2092.
- Suwannashote, P. (2009). **Factors affecting alcohol consumption behavior: Case study of
 the air technical students of the Royal Thai Air Force.** Master's thesis in
 Addictionology, Mahidol University.
- WHO. **กิจกรรมทางกาย 3 ระดับ ยิ่งขยับยิ่งลดพุง.** จาก <https://thaihealthlifestyle.com/article/activities3step/>.
 สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564.

ภาคผนวก

แบบสอบถามเลขที่ ID [] [] []

แบบสอบถาม

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน รวมทั้งหมด 21 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสถานะสุขภาพ	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมอาการออกกำลังกาย	จำนวน	2	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานอาหาร	จำนวน	7	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคยาสูบ	จำนวน	1	ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	1	ข้อ

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

**แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เขตสุขภาพที่ 8**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ขอให้ท่านตอบคำถามโดยเติมคำในช่องว่าง หรือ เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
2. อายุปี
3. นับถือศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ
(ระบุ).....
4. สถานภาพ () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
5. การศึกษา () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
 () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 () 5. อนุปริญญา/ ปวส. () 6. ปริญญาตรีขึ้นไป
6. ปัจจุบันประกอบอาชีพ () 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. เกษตรกรรม
 () 3. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ () 4. ค้าขาย/ ประกอบกิจการส่วนตัว
 () 5. รับจ้าง () 6. อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน () 1. ไม่มีรายได้ () 2. ต่ำกว่า 5,000 บาท
 () 3. 5,000 - 10,000 บาท () 4. 10,001 - 20,000 บาท
 () 5. มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป
8. ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร () 1. พ่อ/ แม่ () 2.สามี/ ภรรยา
 () 3. ลูกหลาน () 4. อื่นๆ (ระบุ).....
9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ () 1. ไม่ () 2. มี (ระบุ).....
10. ผลการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
 - 10.1 น้ำหนัก.....กิโลกรัม
 - 10.2 ส่วนสูง.....เซนติเมตร
 - 10.3 รอบเอว.....เซนติเมตร
 - 10.4 ระดับน้ำตาลในเลือด.....มิลลิกรัม/ เดซิลิตร
 - 10.5 ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
 - 10.6 ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/มิลลิเมตร² (ผู้วิจัยลงข้อมูลเอง)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ขอให้ท่านตอบคำถามโดยเติมคำในช่องว่างหรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามการปฏิบัติของท่าน ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อตกลง	ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติทุกวันในหนึ่งสัปดาห์
	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติ 4 - 6 ครั้ง/ สัปดาห์
	ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติ 1 - 3 ครั้ง/ สัปดาห์
	ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที				
2. ออกกำลังกาย น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน และน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที				

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหาร	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารพวกไขมัน (เช่น อาหารทอด หมูสามชั้น หนังไก่ทอด พะโล้ แกงกะทิ)				
2. ดื่มเครื่องดื่ม เช่น กาแฟ โอวัลติน น้ำอัดลม รับประทานขนมหวาน หรือขนมใส่กะทิ				
3. รับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลา				
4. รับประทานอาหารที่เติมผงชูรส				
5. รับประทานผัก ผลไม้				
6. รับประทานอาหารรสเค็ม/ รสหวาน				
7. รับประทานแต่พออีม				

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ

การบริโภคยาสูบ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านสูบบุหรี่ หรือไม่				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่				

ประวัติผู้เขียน

ชื่อผู้เขียน	นางเนือทิพย์ หมุ่มมาก
วัน เดือน ปีเกิด	9 เมษายน 2518
สถานที่เกิด	บ้านเลขที่ 42/2 หมู่ 2 ถนนบริบาลภูมิเขตต์ ตำบลบ้านฝื่อ อำเภอบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2536 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนอุดรพิทยานุกูล อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2540 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2545 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2553 รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารจัดการสำหรับ นักบริหาร) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) พ.ศ. 2558 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วุฒิการศึกษาเฉพาะทาง	พ.ศ. 2555 การพยาบาลเฉพาะทาง (4 เดือน) สาขาการพยาบาลผู้จัดการ รายการณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) สภาการพยาบาล พ.ศ. 2555 การพยาบาลเฉพาะทาง (4 เดือน) สาขาการสอนภาคปฏิบัติ การพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้จัดการรายการณี โรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) สภาการพยาบาล
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี