

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  
ในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม  
โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี\*  
**The Development of Behavioral Modification Program Amongst  
Metabolic Syndrome Individuals Towards Community Network  
Participation in a Community in Phetchaburi Province**

ดร. นวพร วุฒิธรรม\*\*

พันเอกหญิง ดร. นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE- PROCEED Framework) (Green & Kreuter, 2005) และเทคนิคการระดมสมอง เอไอซี ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มโรคอ้วนลงพุง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และแบบกอนหิมะ เก็บข้อมูลด้วยการจัดประชาคม

การสัมภาษณ์ การสังเกตและการจดบันทึก ด้วยเครื่องมือชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มภาคีเครือข่ายได้ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ปัญหา การสร้างวิสัยทัศน์ “ชุมชนปลอดโรค” และการตั้งกลุ่ม “คนรักสุขภาพ” ด้วยใจมุ่งมั่น การสร้างแผน การดำเนินตามแผน และการประเมินผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

\* วิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดโพธิ์ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีและนักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สุขภาพตาม “สุขภาพดีวิถีชุมชนคนลาดโพธิ์” ประกอบด้วย แผนการกินเพื่อสุขภาพ แผนการออกกำลังกายและแผนการทำใจให้สบาย ทั้งนี้มีบริบทของโปรแกรม ได้แก่ การเรียนรู้เพื่อสุขภาพ กิจกรรมสุขภาพดีวิถีพุทธ เพื่อนสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ภูมิปัญญาชาวบ้านผานวัฒนธรรมพื้นบ้านที่โดดเด่น ความอาหารจาก อสม. และพลังผู้นำชุมชน กลุ่มภาคีเครือข่ายได้ร่วมประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่ร่วมกันสร้างขึ้นสรุปได้ว่าทุกกลุ่มย่อยมีความพึงพอใจต่อวิธีการปรับ

พฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทชุมชน ทั้งยังส่งผลให้กลุ่มโรคอ้วนลงพุงมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรตระหนักถึงคุณค่าของพลังภาคีเครือข่ายและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ปัญหาโรคอ้วนลงพุงที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน เพื่อนำสู่การพัฒนาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนอย่างยั่งยืน

**Abstract**

The purpose of this participatory action research was to develop behavioral modification program amongst Metabolic Syndrome individuals towards community network participation in a community. PRECEDE-PROCEED framework (Green&Kreuter, 2005) and Appreciating Influence Control techniques (AIC) were used to apply as a theoretical framework. The 35 participants were selected by purposive and snowball sampling techniques. The instruments consisted of demographic data, health assessment, a set of open-ended questions (Matrix), observational guideline and field note. All of these instruments were verified for content validity from 5 experts. Data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis.

The research findings revealed that, by going through problem analysis process, the network could create their vision “Non-disease community” and set up “A love health group” based on

commitment. The problem-solving process were operational plan building, implement activities, and evaluation of context-based behavioral modification program of Lad-Pho community. The components of operational plan consisted of eat for health, exercise and relaxation plans. The program context-based on learning for health, Buddhist healthy practice, health friends, health communication, use of folk wisdom and integrate prominent cultural, thoughtfulness of health volunteers and power of community leadership. The community network joined to evaluate the program’s outcome. All of them were satisfied about the way of behavioral modification that relevance to their lifestyle and context. Moreover, it improved health status of MetS group.

The researcher recommend that community nurse practitioner and public health personnel should concern about community network power and community

resourcing that have a lot of benefit for care management among the MetS individuals. The program that congruence

to life style of people lead to sustainable behavioral modification.

### ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และมีแนวโน้มอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติสุขภาพของประชากรโลกโดยองค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง และประมาณร้อยละ 63.00 เสียชีวิตเกิดจากโรคดังกล่าว (WHO, 2012) โรคเรื้อรังทั้งสองโรคนี้เป็นองค์ประกอบ 2 ใน 5 ของการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome: MetS) และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2551; รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550) ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หรือ “โรคอ้วนลงพุง” เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านเมตาบอลิซึม ประกอบด้วย ภาวะอ้วนโดยเฉพาะส่วนเอว (Central obesity or abdominal obesity) ไขมันสูง (ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง แอลดีแอลสูงและเอชดีแอลต่ำ) มีความดันโลหิตสูงและภาวะคอเลสเตอรอล (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III : NCEP ATP III, 2002) สหพันธ์เบาหวานนานาชาติคาดการณ์ไว้ว่าปัจจุบันมีประชากรโลกประมาณร้อยละ 20 - 25 อยู่ในกลุ่มอาการนี้และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคอ้วนลงพุงจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า โดยมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคใดโรคหนึ่งดังกล่าวมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (Alberti, et al., 2009: 1640-5; International Diabetes Federation, 2006)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ได้มีการสำรวจปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ พบว่าในช่วง พ.ศ. 2545-2555 มีอัตราป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 353.49 เป็น 1,050.6 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เพิ่มขึ้นจาก 385.43 เป็น 1622.8 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็น 5.5 ต่อแสนประชากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยการตรวจคัดกรองในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปเร่งพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จากการวิเคราะห์ผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปใน พ.ศ. 2555-2556 พบว่า ประชากรมีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (Pre-Diabetic Mellitus) ร้อยละ 7.3, 11.5 เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) ร้อยละ 13.6, 16.8 และมีเส้นรอบเอวเกินร้อยละ 18.16, 28.24 เมื่อเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายทางการดูแลสุขภาพสูงถึงปีละ 308,337 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 21.7 ความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 24.5 และ 18.8 ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปีความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขต เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่าภาคกลาง และกรุงเทพฯ มีความชุกใกล้เคียงกันคือสูงสุดทั้งเพศชายและเพศหญิง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีความชุกต่ำในผู้ชายใกล้เคียงกัน ส่วนภาคอื่นๆในเพศหญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553, นงพิมพ์ นิมิตรอาพันธ์ และคณะ, 2556) จังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคกลางที่พบอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นโดยลำดับเช่นกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีได้ดำเนินมาตรการควบคุม และเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มีนาคม) ๒๕๕๘

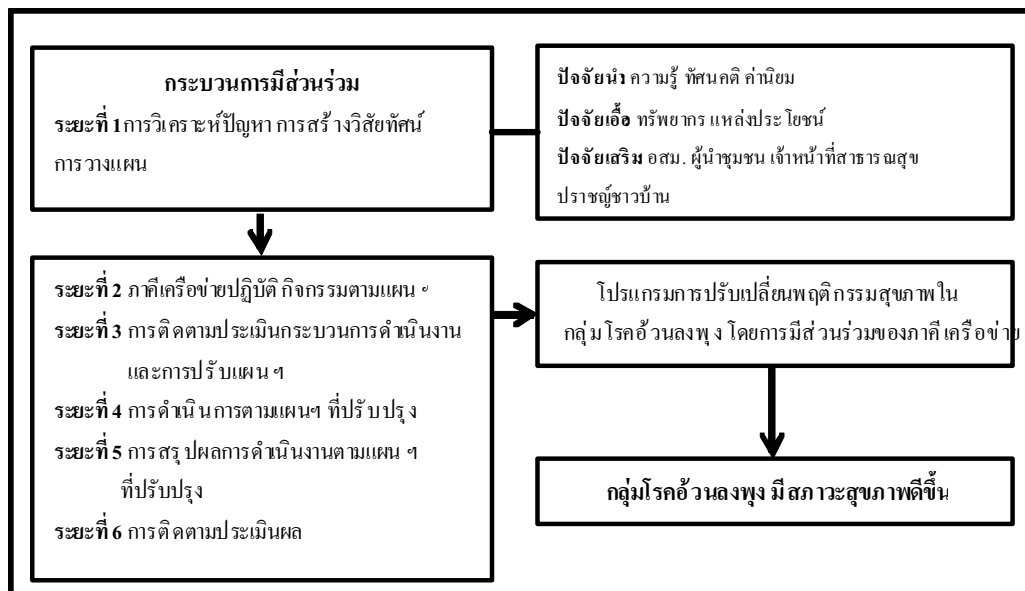
มาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการสุขภาพ รายนาม รายบุคคล การใช้สื่อสุขภาพ และโครงการรณรงค์ คนไทยไร้พุงในกลุ่มเจ้าหน้าที่ จากผลการคัดกรองความเสี่ยงใน พ.ศ.2555 - 2557 พบว่า ประชากรมีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.33, 8.01 และ 9.18 เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.68, 11.20 และ 12.0 และมีเส้นรอบเอวเกินร้อยละ 19.15, 20.10 และ 22.68 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2557) สำหรับชุมชนแห่งหนึ่งที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ได้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพกลุ่มประชากรอายุ 35-60 ปี ในช่วง พ.ศ. 2555 - 2557 พบว่า มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 8.01, 8.34 และ 8.92 ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) มีพันธกิจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการและประชาชนในชุมชนจึงมีความสนใจศึกษา

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มโรคอ้วนลงพุงในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (PRECEDE-PROCEED framework) (Green & Kreuter, 2005) ร่วมกับเทคนิคเอไอซี (Appreciation Influence Control: AIC; Smith, 2009; คณิงเดช เชื้อมวราศาสตร์และคณะ, 2556) เพื่อให้ได้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนและโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้กลุ่มคน "โรคอ้วนลงพุง" มีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งหนึ่ง

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดประยุกต์จากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED framework; Green & Kreuter, 2005) ร่วมกับเทคนิคเอไอซี (Smith, 2009)

### วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมวิจัยหรือภาคีเครือข่ายในการศึกษารุ่นนี้ประกอบด้วย กลุ่มโรคอ้วนลงพุง อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ประจำ รพสต. รวม 35 คน โดยการคัดเลือกคุณสมบัติแบบเจาะจง (Purposive sampling) และแบบก้อนหิมะ (Snowball sampling) (สุภางค์ จันทวานิช, 2557) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2557 มีระยะการศึกษา 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การทำประชาคมด้วยเทคนิคการระดมสมอง เอไอซี (ครั้งที่ 1) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่

**ขั้นที่ 1** การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา (Problem analysis) ด้วยการฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนกับสมาชิกอื่น การเรียนรู้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพจากผู้วิจัย เพื่อร่วมกันสร้างความรู้และความเข้าใจในสภาพปัญหาภาวะโรคอ้วนลงพุงของชุมชน (Appreciation หรือ A) ในประเด็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม รวมทั้งผลกระทบทางสุขภาพ

**ขั้นที่ 2** การสร้างวิสัยทัศน์ (Vision) ภาคีเครือข่ายร่วมกันแสดง "ภาพฝัน" หรือเป้าหมายทางสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมกันเป็นหนึ่งเดียวของภาคีเครือข่าย ระบุกิจกรรมที่ต้องทำเพื่อบรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

**ขั้นที่ 3** การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) ด้วยการร่วมกันสร้างแนวทางพัฒนา (Influence หรือ I) หรือการคิดค้นกลวิธีเพื่อแก้ปัญหา และสรุปแนวทางการดำเนินงานที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น (Control หรือ C) โดยการสังเกต จดบันทึก การรวมแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น และพิจารณาปรับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วนลงพุงที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิต

**ระยะที่ 2** การนำไปปฏิบัติ (Action 1) และการสังเกต (Observing 1) ภาคีเครือข่ายนำแผนปฏิบัติการไปดำเนินการตามบทบาท หน้าที่และศักยภาพของตน ผู้วิจัยทำการสังเกต สัมภาษณ์รายบุคคลและจดบันทึกเพื่อติดตามการดำเนินกิจกรรมเหล่านั้น

### ระยะที่ 3 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting

1) เป็นการติดตามประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process evaluation) ปรับแผนปฏิบัติการ (Re-planning) โดยการติดตามผลดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ และประเมินผลกระบวนการที่ดำเนินการ ร่วมสะท้อนแผนปฏิบัติการ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาและหาแนวทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มโรคอ้วนลงพุง

**ระยะที่ 4** การนำแผนที่ปรับปรุงไปปฏิบัติ (Action 2) และการสังเกต (Observing 2) เป็นการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ที่ปรับปรุง ผู้วิจัยทำการสังเกต สัมภาษณ์รายบุคคลและจดบันทึกเพื่อติดตามการดำเนินกิจกรรมเหล่านั้น

**ระยะที่ 5** การสะท้อนการปฏิบัติ (Re-reflecting 2) เป็นการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ปรับปรุง (Output evaluation) โดยจัดทำประชาคมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยคืนข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในระยะต่างๆ ทบทวนภาพฝันที่สร้างขึ้นจากการทำประชาคมครั้งที่ 1 ให้สมาชิกภาคีเครือข่ายได้นำเสนอกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในห้วงเวลาที่ผ่านมา สรุปผลการเรียนรู้เชิงสุขภาพ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทชุมชน สุดท้ายคือ ภาคีเครือข่ายร่วมกันสรุปเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม "สุขภาพดีวิถีชุมชนคนลาดโพธิ์" โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งนี้

**ระยะที่ 6** การติดตามประเมินผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นหลังการทำประชาคม ครั้งที่ 2 (Action 3) และการสังเกต (Observing 3) เป็นระยะเวลา 1 เดือนเพื่อติดตามผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายกลุ่มโรคอ้วนลงพุงเพื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจร่างกายก่อนการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพ (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เมื่อได้

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มีนาคม) ๒๕๕๘

ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มคนที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานบุคคล 4 กลุ่มและแบบประเมินสภาวะสุขภาพกลุ่มโรคอ้วนลงพุง ได้แก่ เส้นรอบเอว น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด

2. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ ชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Matrix) แบบสัมภาษณ์รายบุคคลแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมและแบบบันทึก

ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์การทำวิจัยในมนุษย์เพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด กล่าวคือ การจำกัดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด ครอบคลุมการขอความยินยอม การรักษาความลับ การขออนุญาตการจดบันทึก การบันทึกเสียงและภาพ การขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา การลงนามในการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม การขอยุติการเข้าร่วมวิจัย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ร่วมวิจัย ตามมติการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ 197/2557

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มคน 4 กลุ่มและข้อมูลสภาวะสุขภาพด้วยจำนวนนับ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 1) การประมวลข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การจัดแฟ้ม (Establishing file) เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้ 3) การจัดระบบข้อมูลด้านเนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ (Significant statement) และ 5) การให้รหัสข้อมูล (Data coding) การวิเคราะห์

การสอบทานข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย ทั้งนี้ กระบวนการวิเคราะห์ที่อยู่ภายใต้การตรวจสอบอย่างใกล้ชิดของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

**ผลการวิจัย**

ผู้มีส่วนร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 37.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.30 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.70 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.00 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 25.70

**ผลการทำประชาคมครั้งที่ 1**

ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาประชาชนในชุมชนนี้เป็นโรคอ้วนลงพุงจากสาเหตุหลายประการส่วนใหญ่มาจากการบริโภคอาหารที่ไม่จำกัดจำนวนในแต่ละวันและไม่สมดุลกับการออกกำลังกาย วิธีการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และมีความเครียดจากครอบครัวและการประกอบอาชีพเพื่อให้รายได้เพียงพอ โรคอ้วนลงพุงนี้ไม่มีอาการแสดงออกมาให้เห็นเด่นชัด ต้องประเมินโดยการตรวจสุขภาพเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่ามีความเสี่ยงหรือเป็นโรคอ้วนลงพุงแล้วรู้สึก ตกใจเสียใจ และมีความกลัวต่อโรคที่เกิดขึ้น ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมชุมชน สรุปได้ว่าชุมชนนี้เป็นแหล่งทำน้ำตาลโตนด ชาวบ้านมักรับประทานขนมหวานหลังอาหารและดื่มน้ำอัดลมโดยเฉพาะในงานเทศกาลทำบุญและงานเลี้ยงต่างๆเป็นชุมชนเกษตรกรรม มีการปลูกผักปลอดสารพิษ มีวัฒนธรรมและประเพณีพื้นบ้าน เช่น การประกวดวัวงาม และการแข่งวัวลานมีการละเล่นพื้นบ้านเช่น เพลงปรบไก่ รำตัด รำโทนรำวงย้อนยุค มีวัฒนธรรมทำบุญตามเทศกาล และการมีปราชญ์ชาวบ้านในชุมชนดังกล่าว

โรคกินมาก กินไม่บันยะบันยัง...(MetS-6)  
กินมากกว่า ออกกำลังกาย...(HO-1)

ฉันไม่อยากเป็น เคยเห็นแม่เป็น จึงมาเข้า  
กลุ่ม อยากรู้ว่าต้องทำอะไร... (MetS-1)

เลี้ยงขนมทุกงาน น้ำอัดลม ถ้าไม่มีไม่ใช้คน  
ที่นี่ เลี้ยงกันจนอ้วนไปโน่นแหละ (LC-2)

ที่นี้อาชีพขึ้นตาล ทำน้ำตาลโตนด มีโรงน้ำตาล  
หลอมขนาดใหญ่ (LC-5)

การสร้างภาพฝันหรือกำหนดวิสัยทัศน์  
(Vision) ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันในการสร้างวิสัยทัศน์ว่า  
“ชุมชนปลอดโรค” และตั้งชื่อกลุ่มผู้ร่วมวิจัยว่า “กลุ่ม  
คนรักสุขภาพ” มีสัญลักษณ์เป็นเสื้อสีชมพู ดังคำกล่าว

อยากเป็นหมู่บ้านปลอดโรค.....อยากให้  
สุขภาพแข็งแรง (LC-2,HV-2)

อยากหุ่นดี ไม่มีโรค อยากมีสุขภาพแข็งแรง...  
(MetS-13)

โดยกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ จำนวน 3  
แผน ประกอบด้วย 1) แผนการกินเพื่อสุขภาพได้แก่  
กิจกรรมทำกับข้าวกินเองกินผักให้มากกินก่อน 6 โมง  
เย็น และดื่มน้ำเปล่า 2) แผนการออกกำลังกาย ได้แก่  
กิจกรรมออกกำลังกายตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล  
และเพื่อนเตือนเพื่อนและ 3) แผนการทำใจให้สบาย  
ได้แก่ กิจกรรม ปล่อยวาง ดูทีวี คุยกับเพื่อนบ้าน และ  
การไปทำบุญ ดังคำกล่าว

กินแต่วัน..(Met-6) ลดน้ำขวด(MetS-20)

แกว่งแขน..(MetS-15) ซี่จักรยานทำสมาธิ  
ไปวัด... (MetS-3)

แต่ละแผนมีการสนับสนุนและช่วยเหลือโดย  
อสม. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่การ  
ประชาสัมพันธ์ และจัดทำคู่มือการบันทึกการติดตาม  
ตนเองดังคำกล่าว

เป็นห่วงลูกบ้าน สถานที่ออกกำลังกาย ถ้าอุปกรณ์  
มา ผมจะเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ...(LC-2)

จะเร่งดำเนินการซื้อสายวัดรอบเอว เพื่อให้เขา  
ได้ติดตามตนเอง และเป็นกำลังใจเขาจะ (HO-1)

#### ผลการติดตามการดำเนินตามแผนปฏิบัติการ

กลุ่มโรคอ้วนลงพุงเกิดกระบวนการคิดและการ  
เรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองได้แก่  
ด้านการกินเพื่อสุขภาพ มีการกำกับการบริโภคด้วย

ตนเอง กลวิธีการเลือกอาหาร การจัดบันทึกการกิน  
แต่ละมื้อ ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำผลไม้และน้ำอัดลม  
ดังคำกล่าว

กินผัสดอง เย็นเคยกิน 2 จาน เหลือ 2  
ทัพพี ขนม 1 ถ้วย เหลือ 1-2 ซ้อนลดกินของจุกจิก  
เพิ่มผลไม้ (MetS-18)

เปลี่ยนจากแกงกะทิ เป็นแกงเปรี้ยวๆ  
ปลาทุ้ม งดของทอด ของมัน (MetS-15)

บังคับตนเอง ดักข้าวไปกินคนเดียว ลดข้าว  
ของหวาน...จะไม่ใส่ชูรส รสดีตามงานใส่เยอะมาก  
(MetS-19)

กินผักปลูกเองในบ้านพวกมะเขือเปาะ มะเขือ  
ขึ้น ถั่วพู ดอกแค (MetS-1)

ฉันจดมาให้หมดดู เรื่องกินแต่ละวัน หมอ  
ลองดูอันไหนแสงบ้าง (MetS-6)

ด้านการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกาย ตาม  
วิถีชีวิตและบริบทของแต่ละคน และมีเพลงประกอบการ  
ออกกำลังกายที่แปลงมาจากท่วงทำนองเพลงพื้นบ้าน  
ได้แก่ โขโย ดั่งดั่ง และโคงก่าดังคำกล่าว

ซี่จักรยานแกว่งแขน แล่งพิน เหวื่อโซกเลย  
ทำงานปูน เหวื่อออกทุกวัน (MetS-3)

เขามีสื่อออกกำลังกาย ไปออกตอนทุ่มหนึ่งทุก  
วัน สนุกได้คุย (MetS-5)

ด้านการทำใจให้สบาย ได้มีกิจกรรมเพื่อการ  
ผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม ได้แก่ การชม  
โทรทัศน์ การคุยกับเพื่อน การอ่านหนังสือ และการ  
ฟังเพลงดังคำกล่าว

เปิดทีวี หาเพื่อนคุยตามศาลากลางหมู่  
บ้าน (MetS-3)

ผู้ร่วมวิจัยสามารถดำเนินกิจกรรมตามแผน  
และปรับแผนได้สำเร็จเนื่องจากมีแรงบันดาลใจที่ทำให้  
เกิดการปฏิบัติคือ ทำให้ “หุ่นดี ลดโรค ทำให้สุขภาพ  
แข็งแรง ด้วยใจที่มุ่งมั่น” ผู้วิจัยได้สอดแทรกความรู้  
การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในแต่ละคนโดยคำนึงวิถีชีวิต  
และบริบท มีการซักถาม พูดคุย ให้กำลังใจในทุกๆ  
ของการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มโรคอ้วนลงพุงเกิด  
ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มีนาคม) ๒๕๕๘

**ผลจากการทำประชาคมครั้งที่ 2**

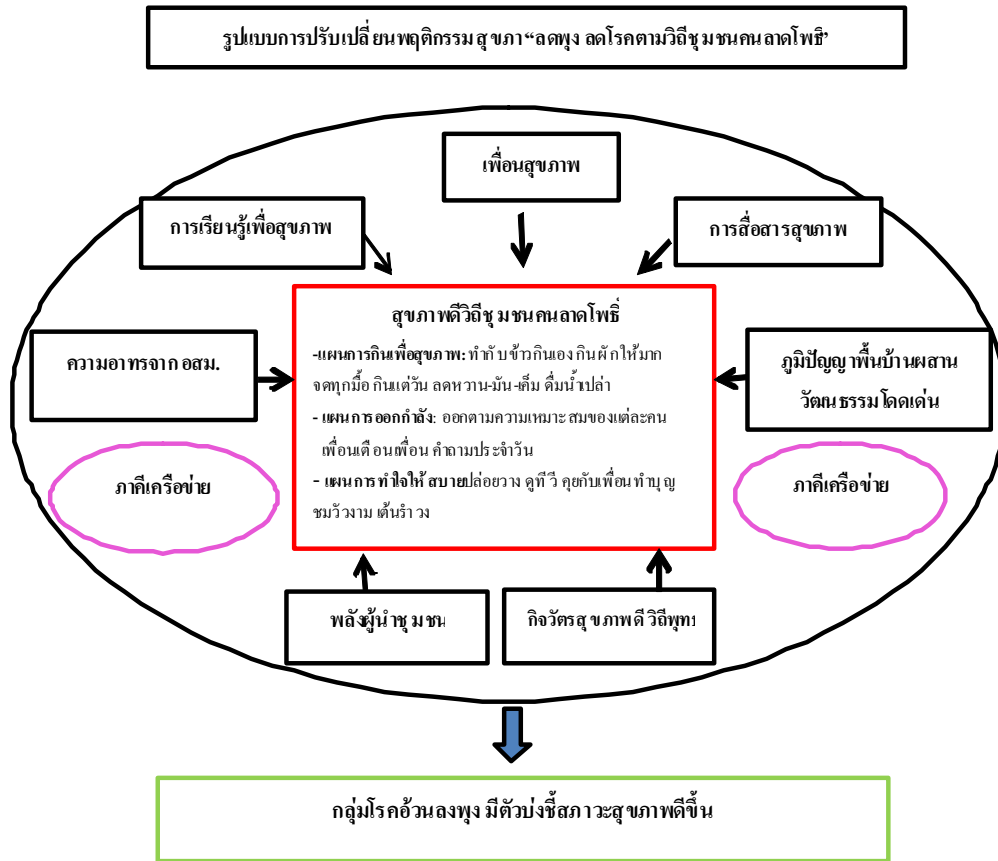
ผู้ร่วมวิจัยได้ดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ มีการปรับแผน และปฏิบัติตามแผนที่ปรับฯ สรุปได้ว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ “ลดพุง ลดโรคตามวิถีชุมชนคนลาดโพธิ์” นี้ประกอบด้วยสุขภาพดีวิถีชุมชนดำเนินกิจกรรมโดยกลุ่มโรคอ้วนลงพุงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองตามบริบทและวิถีชุมชนที่เบีน้อยคือ การกินเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำให้สบายโดยมีภาคีเครือข่ายได้แก่กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่เป็นเพื่อนสุขภาพคือมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและสนับสนุนเช่น ระบบคัดกรองด้านสุขภาพจิต การให้ความรู้ การเป็นแบบอย่างมีการสื่อสารสุขภาพ โดยการทักทายเมื่อพบหน้ากันในแต่ละวันเป็นประโยคที่กระตุ้นเตือนเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น ในชมรมผู้สูงอายุ และชมรมคนรักสุขภาพการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านผสมผสานกับการฟื้นฟูวัฒนธรรมพื้นบ้านที่โดดเด่น เช่น เพลงปรบไก่ รำไท่นรำตัด ลิเก ดังเนื้อร้องที่ว่า

ถ้าอ้วนมากมันจะเสี่ยง ต้องหาวิธีหลีกเลี่ยงกันให้ได้ ต้องหมั่นออกกำลังกาย 30 นาที ทุกๆ วัน มาพูดถึงเรื่องอาหาร ท่านต้องทำใจเด็ดหวานมันหรือเผ็ด ต้องทำใจเด็ดอดกัน พูดถึงอาหาร ต้องทานข้าวแต่น้อยๆ หัดลดลงวันละหน่อย ท่านต้องค่อยๆ หัดรับประทาน เนื้อ ข้าว หมู หรือหนังไก่ อย่านานให้ได้ไขมัน ไขมัน ตระกูลถั่วเม็ดแห้ง แดงโม กล้วย น้ำว่า อันนี้ควรจะตองหา หามารับประทาน พูดถึงเรื่องความอ้วน ท่านไม่ควรจะเครียด... (LC4-6)

วัฒนธรรมเหล่านี้ได้นำมาดัดแปลงมาใช้เป็นเพลงออกกำลังกาย ส่งผลให้กลุ่มโรคอ้วนลงพุงได้เริ่มออกกำลังกาย เกิดความผ่อนคลาย กิจวัตรสุขภาพดีวิถีพุทธโดยใช้แนวทางปฏิบัติตามศาสนาพุทธซึ่งทุกคนนับถือ เช่น การทำบุญ ตักบาตร ฟังธรรมะเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายพลังผู้นำชุมชน ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนกลุ่มโรคอ้วนลงพุงโดยใช้การจัดสถานที่สำหรับออกกำลังกาย การบริหารจัดการ

งบประมาณเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกาย การชักชวนกลุ่มเสี่ยงมารวมในชมรมคนรักสุขภาพ เป็นผู้นำการออกกำลังกายในตอนเย็น (ซึ่งไม่เคยปรากฏในชุมชนนี้มาก่อน)ปรากฏการณ์เหล่านี้เกิดจากพลังเงินพลังกาย พลังใจและพลังสังคมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายชุมชนปลอดโรคความอาหารจาก อสม. คือการใช้การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์และชักชวนให้กลุ่มโรคอ้วนลงพุงมาออกกำลังกายร่วมกัน อสม. มีความเอาใจใส่ ห่วงใยฉันพี่น้อง กอปรกับการทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพของ อสม. เอง การเรียนรู้เพื่อสุขภาพ ผู้ร่วมวิจัยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมแรงใจโดยการพูดคุย ให้กำลังใจแก่กลุ่มโรคอ้วนลงพุงเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ในชุมชนมีหอกระจายข่าว ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะสื่อสารวิถีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านนี้ได้โดยการประกาศในช่วงเช้า และเย็น รวมทั้งการตีปาย ความรู้เพื่อสุขภาพขนาดใหญ่ส่งผลให้กลุ่มโรคอ้วนลงพุงมีสภาวะสุขภาพดีขึ้นตามลำดับนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ร่วมวิจัยมีการสนับสนุนและช่วยเหลือกลุ่มโรคอ้วนลงพุงในทุกวิถีทางโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการวิจัยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความเอื้ออาทร เป็นบุคคลที่เสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม มีการแสดงออกถึงความปรารถนาดี การมีอำนาจทางสังคม มีภาวะผู้นำ และการมีอำนาจด้านการจัดการงบประมาณได้แก่ประธานชมรมสูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. และประธานอสม. ส่งผลให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมหนึ่งจากผลการประเมินสภาวะสุขภาพกลุ่มโรคอ้วนลงพุงพบว่า ตัวบ่งชี้สภาวะสุขภาพ (Health indicators) ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษาโดยผู้วิจัยทำการประเมินเป็นระยะทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้งและ 4 สัปดาห์ จำนวน 1 ครั้ง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของเส้นรอบเอว น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง





**อภิปรายผล**

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งหนึ่ง เป็นไปตามหลักการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคิมมิส และแมคแทกการ์ทอังก์ในเดนซิน เอ็นและลินโคลน์ (Kemmis & McTaggart as site in N. Denzin & Y. Lincoln, 2011) และเป็นการบูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมหลักการของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการประเมินชุมชน (McMurray, 2007) โดยเฉพาะขั้นตอนการประเมินความต้องการ การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและรูปแบบบริการ

ชุมชน (Anderson, et al., 1986) และแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในส่วนพรีซีสโมเดล (PRECEDEmodel) ระยะที่ 1-5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอูระณีรัตนพิทักษ์และคณะ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อระดับความรู้พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่

2 ตามกรอบแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) ตามกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยนำคือการให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายปัจจัยเอื้อคือฝึกทักษะการจัดการตนเอง และปัจจัยเสริมคือการสนับสนุนของพยาบาลที่ช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ที่เป็นเบาหวานกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้พฤติกรรมมีระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ราล์ฟ และคณะ (Ralph, Alexandra, & Patsy, 2012) ศึกษาโปรแกรมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศออสเตรเลีย โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PRECEDE-PROCEED model ใน 3 ระยะได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทางสังคม การประเมินทางระบาดวิทยา และการประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยาโดยเฉพาะปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมผลการศึกษพบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมอย่างชัดเจน และได้สร้างแผนและกำหนดแผนปฏิบัติฯ จำนวน 3 แผนได้แก่ แผนการบริโภคอาหาร แผนการออกกำลังกาย และแผนการจัดการคลายเครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ ในห้วงของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยพบว่าผู้ร่วมวิจัยกลุ่มโรคอ้วนลงพุงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ในลักษณะต่างๆ กัน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงตัวเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากวิถีชีวิตของแต่ละคน เกิดกระบวนการคิดแก้ปัญหาโดยใช้ภูมิปัญญาของตนเอง ในบทบาทของภาคีเครือข่ายกลุ่มผู้นำชุมชน ซึ่งมีความมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือ โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นผสมผสานกับวัฒนธรรมของที่โดดเด่นผ่านปราชญ์ชาวบ้าน โดยการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าวประจำ

หมู่บ้าน ป้ายประชาสัมพันธ์ ชมรมผู้สูงอายุ การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ การจัดทำสมุดบันทึกการติดตามตนเอง การมอบสายวัดสำหรับการประเมินเส้นรอบเอวด้วยตนเอง แล่นำไปสู่การประเมินตัวชี้วัดภาวะสุขภาพตัวอื่นๆ ได้แก่ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงตามลำดับ เหล่านี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีฯ ในส่วนพีรีซิสโมเดล (PRECEDEmodel) ระยะที่ 6 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิชาภา โพธาเจริญ (2556) ที่ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอรุณนิเวศน์ กรุงเทพมหานคร โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สร้างขึ้นในการจัดการโรคอ้วนมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างความตระหนักต่อสาเหตุของโรคอ้วน ระยะชุมชนร่วมจิต และระยะร่วมกันออกแบบและดำเนินกิจกรรมการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอย่างจริงจังเรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อีกทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทำประชาคมครั้งที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิต โดยการสนับสนุนทุกวิถีทางโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีฯ ในส่วนพีรีซิสโมเดล (PROCEED model) ระยะที่ 7 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศจีมาศ อุณหะจิริงรักษัสลินินาฎ และคณะ (2555) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังรวมกับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังของบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชนโดยใช้กระบวนการเอไอซี (AIC) ผลการวิจัยพบว่าแนวทางปฏิบัติฯ สามารถนำไป

ประยุกต์ใช้ได้ ในสถานการณ์จริงมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตามประเด็นปัญหาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลและมีกำลังใจที่ดีขึ้น

ผลของการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของเส้นรอบเอว น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มโรคอ้วนลงพุง ลดลง ซึ่งเป็นไปตามหลักการจัดการภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของ กรันดีและคณะ(Grundy, et al.,2008) สอดคล้องกับงานวิจัยของดัลเล็คและคณะ (Dalleck, et al., 2013) ที่ศึกษาการป้องกันระยะเริ่มแรก ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในชุมชนโดยการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศนิวซีแลนด์ โดยการออกกำลังกายเป็นเวลา 14 สัปดาห์ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 332 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้นตามเกณฑ์ของเมตาบอลิกซินโดรม 5 องค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรได้รับการฝึกฝนให้มีความรู้ ทักษะและ

ประสบการณ์ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การทำประชาคมโดยใช้เทคนิค เอไอซี (AIC technique) เพื่อเกิดความเข้าใจสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกันและนำสู่การสร้างสร้งนวัตกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาและติดตามประเมินผลในช่วงกระบวนการของการปฏิบัติการตามแผน (Process evaluation) เพื่อเข้าใจวิถีคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อยมากกว่า 2 เดือน เพื่อการประเมินการคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้น

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารสาธารณสุขในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประชาชนกลุ่มโรคอ้วนลงพุง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดโพธิ์ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

คณิงเดช เชื้ออมวราศาสตร์ พราวพิราช ควรดำรงธรรม ปุณยหนูช พิมใจใส และ จิรเดช มุรัตน์. (2556). การพัฒนาแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ AIC สำหรับแผนพัฒนาชุมชนด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน.

19 (1) : 198-210.

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2551). Metabolic syndrome (โรคอ้วนลงพุง). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 23 (1) : 5-17.

นิชามา โพธาเจริญ. (2556). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอรุณนิเวศน์ กรุงเทพมหานคร. วารสารแพทยสารทหารอากาศ. 58(1) : 39-46.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มีนาคม) ๒๕๕๘

- นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์. (2556). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในคนไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 20(3) : 367-381.
- นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์ นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี นฤมล กล่อมจิตเจริญ และบุษราคัม จิตอารีย์. (2556). ความชุกและองค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของประชาชนชุมชนคลองโยง จังหวัดนครปฐม. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 19(3) : 468-481.
- รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. (2550). *โรคอ้วน : การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการ*. กรุงเทพฯ : เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี : เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.
- ศจีมาศ อุณหะจรรย์รักษ์ สีนีนานฎ ทิพย์มุสิก และ เฉลิมวรรณ ปิ่นแก้ว. (2555). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ของภาคีสถิตินสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทบุรี. *วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 22(2) : 1-10.
- สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และสิริชัย นามทรงศนี. (2556). ระบบสุขภาพอำเภอ : *District Health System ฉบับขับเคลื่อนทั่วประเทศ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ชุมชนุสทกรณ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 19. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2557). ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการด้านสาธารณสุข. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2557, จาก <http://203.157.157.18/provis/ncd/ncdscreen>.
- อรุณี รัตนพิทักษ์ กิรดาไกรนุวัตร อภิตีศรี วิจิตรกมล และ จุฑาทิพย์ วิภาวัฒน์. (2556). *ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพในผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 เมษายน 2557, จาก <http://www.ns.mahidol.ac.th>.
- Anderson E. McFarlane J. Helton. (1986). Community-as-client : a model for practice. *Nursing Outlook*. 34(5) : 220-224.
- AlbertiKG, Eckel RH. Grundy SM. et al. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the international diabetes federation task force on epidemiology and prevention; National Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 120(16) : 1640-45.
- Dalleck L.C.Guilder G.P.V. Quinn E.M. & Bredle, D.L. (2013). Primary prevention of metabolic syndrome in the community using an evidence-based exercise program. *Prev Med*. 57(4) : 392-395.
- Green L. W. & KreuterM. (2005). *Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach*, 4<sup>th</sup>ed. New York : McGraw-Hill.

- Grundy S. M. Brewer H. B. Cleeman J.I. Smith S.C. & Lenfant C. (2008). Definition of the metabolic syndrome report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association for the Study of Obesity. *Circulation*. (24) : e13-8.
- International Diabetes Federation. (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. Belgium : International Diabetes Federation.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (2000). Participatory action research : Communicative Action in the Public Sphere, in N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Los Angeles : SAGE.
- McMurray A. (2007). *Community health and wellness a socio-ecological approach*. Philadelphia. NY : Mosby.
- N. Denzin & Y. Lincoln. (2011). *Sage handbook of qualitative research*. Los Angeles : SAGE.
- National Cholesterol Education Program. (2002). Expert panel on detection, Evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *Final Report National Institutes of Health USA*. (2) : 5215.
- Ralph, T., Alexandra, M.C. & Patsy, Y. (2012). Using the precede-proceed model of health program planning in breast cancer nursing research. *J. of Advanced Nursing*. 68 (8) : 1870-1880.
- Smith, W. E. (2009). *The creative power: Transforming ourselves, our organizations and our world*. New York : Rout ledge.
- World Health Organization. (2012). *World health statistics*. [online]. Retrieved April, 20, 2014, from [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/).

