การสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์* ดาราวรรณ รองเมือง** คัทลิยา วสุธาดา** พรฤดี นิธิรัตน์*** สุจิตร ประยูรยวง****

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การแก้ปัญหาภาวะอ้วนอย่างยั่งยืน ชุมชนควรมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

วิธีการวิจัย: การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการร่วมทำวิจัย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .83-1.00 และค่าความเชื่อมั่น .76-.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทีคู่ และการทดสอบของวิลคอกซัน

ผลการวิจัย: รูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน และหลังใช้รูปแบบการสร้างศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ($t(29)= 8.00, p<.001$ และ $t(29)= 6.27, p<.001$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ($z=-3.09, p<.001$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน และกลุ่มผู้นำชุมชน มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ($z=-2.59, p<.01$ และ $z=-2.04, p<.04$ ตามลำดับ) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ($z=-2.03, p<.04$) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการร่วมทำวิจัยในชุมชนไม่แตกต่างกัน

สรุปผล: รูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยลดดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของคนในชุมชนได้

คำสำคัญ: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวะอ้วน ภาวะน้ำหนักเกิน

*วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: pennapa11@pnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

****โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง

Received: *February 17, 2020* ***Revised:*** *July 9, 2020* ***Accepted:*** *August 4, 2020*

Community capacity building on promoting behavioral change against overweight and obesity in community using a community-based participation approach

Pennapa Pisaipan* Daravan Rongmuang** Cuttaliya Vasuthada** Pornruedee Nitirat***
Suchitra prayoonyoung****

Abstract

Background: Obesity is a risk factor for non-communicable diseases. Sustainable obesity resolution should involve community participation.

Objectives: To develop and study the effect of the competency development model for health behavior modification regarding consumption and exercise behaviors in order to resolve overweight and obesity in the community.

Methods: The study design was the Community-Based Participation Research (CBPR). The samples included community leaders and community members who were at risk of non-communicable chronic diseases. Research tools were composed of the consumption and exercise behaviors questionnaire, the health behavior modification competencies questionnaire, and the research competencies questionnaire. The content validities of the questionnaires were .83-1.00, and the validities were .76-.96. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and The Wilcoxon signed-ranks test.

Results: The competency development model for health behavior modification should involve community networks in all behavior modification processes. The behavioral modification should be implemented at the individual, interpersonal, and community levels; and After implementing the competency development model: the at-risk samples were statistically significantly lower in the BMI mean and waistline mean ($t(29)= 8.00, p<.001$ and $t(29)= 6.27$, $p<.001$, respectively) and the mean score of exercise behavior was statistically significantly increasing ($z=-3.09$, $p<.001$). The mean score of consumption behavior was not statistically different, and the community leaders were statistically significantly lower in the BMI and waistline means ($z=-2.59$, $p<.01$ and $z=-2.04$, $p<.04$, respectively) and the mean score of exercise behavior was also statistically significantly increasing ($z=-2.03$, $p<.04$) However, the mean scores of consumption behavior, behavior modification competency, and research competency were not statistically different.

Conclusions: The competency development model for health behavior modification can reduce BMI and waistline of people in the community.

Keywords: behavioral change, community participation, obesity, overweight

*Phrapokklao Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand,
E-mail: pennapa11@pnc.ac.th

**Phrapokklao Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

***Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

****Tha Chang Health Promoting Hospital

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดความพิการจากโรค ต้องพึ่งพาผู้อื่นรวมถึงอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพอย่างมาก[1-2] องค์การสหประชาชาติตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลง 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573 ปัจจุบันพบว่าอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทย 3 ใน 4 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[3] และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปี พ.ศ. 2557 สูงถึง 5,584 ล้านบาทหรือ ร้อยละ 1.50 ของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีต้นทุนการสูญเสียค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคอ้วน ค่าสูญเสียจากการขาดงาน และต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมเท่ากับ 12,142 ล้านบาท[4] ที่ผ่านมามีความพยายามในการแก้ปัญหาด้วยการพัฒนาโปรแกรมเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ซึ่งประสบความสำเร็จค่อนข้างดี[5-9] อย่างไรก็ตามโปรแกรมส่วนใหญ่ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นหลัก ทำให้ขาดมุมมองและการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ชุมชนตำบลท่าช้าง เป็นชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมือง มีประชากรทั้งหมด 28,596 คน พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป (12,529 คน) คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 5.60, 12.06 และ 0.80 ตามลำดับนอกจากนั้นพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.90 และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร้อยละ1.90 คน และยังพบว่าประชาชนมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนร้อยละ 3.03 การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนตำบลท่าช้างจำนวน 219 คน ในปี พ.ศ. 2561 ระบุปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไข 3 อันดับแรกคือ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 38.40) ความอ้วน (ร้อยละ 27.40) และการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 26.00) โดยต้องสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนมีการรับรู้ว่าชุมชนมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหาส่วนหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่เป็นผู้คอยสนับสนุนเท่านั้น แต่สถานการณ์จริงการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในพื้นที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เป็นหลัก เน้นให้ความรู้และพัฒนาทักษะของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงยังขาดการพัฒนาศักยภาพให้ชุมชนสามารถร่วมแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมจึงยังไม่เกิดการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างยั่งยืน

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการสร้างศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ตามแนวคิดการใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based participatory research: CBPR) ซึ่งเป็นแนวทางการทำงานเพื่อสร้างความเป็นหุ้นส่วนการทำวิจัยอย่างเสมอภาคระหว่างชุมชน (นักวิจัยพื้นที่) กับคณะผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในชุมชน การออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา และดำเนินการเพื่อแก้ไข

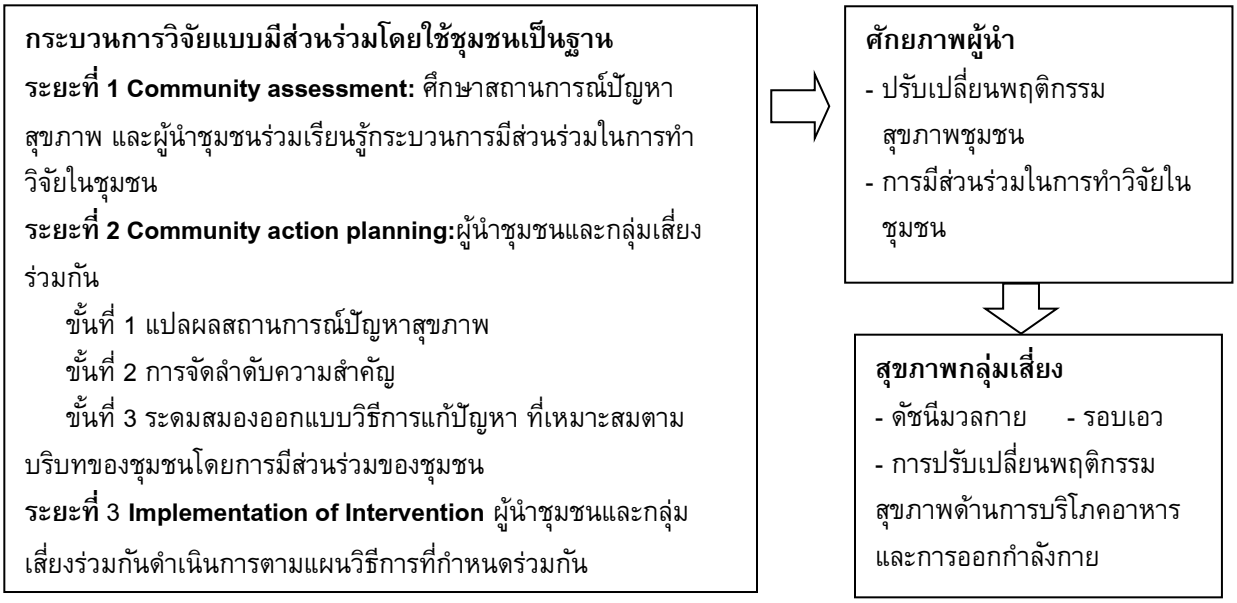
ปัญหา จนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนและทีมผู้วิจัย[10] โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานซึ่งได้กำหนดกรอบแนวคิดโดยอิงตามแนวทางการศึกษาของ Schulz และคณะ[10] ซึ่งแบ่งระยะการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based participatory research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้นำชุมชน ม.12 ต.ท่าช้าง อ.เมือง จ.จันทบุรี จำนวน 24 คน และ 2) ประชาชนในชุมชน จำนวน 2,242 คน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้นำชุมชนที่ ม.12 ต.ท่าช้าง มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วม เป็นทีมวิจัยในพื้นที่เกณฑ์การคัดออกคือ ร่วมกิจกรรมในการวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80.00

2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความจัดเจน (rule of thumb) ที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยทั่วไปไม่ควรน้อยกว่า 30 คน เนื่องจากจะทำให้รูปการแจกแจงเข้าใกล้โค้งปกติได้ดีที่สุดเลือกแบบเจาะจง

ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุ 35-65 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้และ 2) เป็นผู้มีลักษณะดังต่อไปนี้ 2.1) มีดัชนีมวลกายเกิน 23 กก./ม^2 และหรือมีรอบเอวเกินเกณฑ์ 80 ซม. 2.2) เป็นผู้ที่มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2.3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอด 6 เดือน เกณฑ์การคัดออกคือ ร่วมกิจกรรมในการวิจัยน้อยกว่า ร้อยละ 80.00

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบวงเอว

2.แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจาก 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 4 (ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ.92 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76

3.แบบสอบถามการออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อแบบเติมคำ มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และทำการทดสอบและทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ .96

4.แบบประเมินศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด)มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .85 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

5.แบบประเมินศักยภาพของผู้นำชุมชนในการร่วมทำวิจัยในชุมชน จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้เลือก 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .83 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ .94

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่ CTIREC 102/61 วันที่ 10 มกราคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน (baseline) และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมเรียนรู้ในกระบวนการทำวิจัยทุกขั้นตอนตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยและการติดตามผลอีกครั้งในเดือนที่ 6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล baseline และดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการวิจัยจนครบทุกขั้นตอนเป็นระยะเวลา 6 เดือนแล้วติดตามผลอีกครั้ง

3. การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก มีการทำกิจกรรมตั้งเป้าหมายการปรับพฤติกรรมร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงแนวทางการปรับพฤติกรรม มีการเสริมแรง ตลอดจนกิจกรรมการชั่งน้ำหนัก และวัดเส้นรอบเอว เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยน กลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก และเส้นรอบเอว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov–Smirnov test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย BMI เส้นรอบเอว และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการดำเนินการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

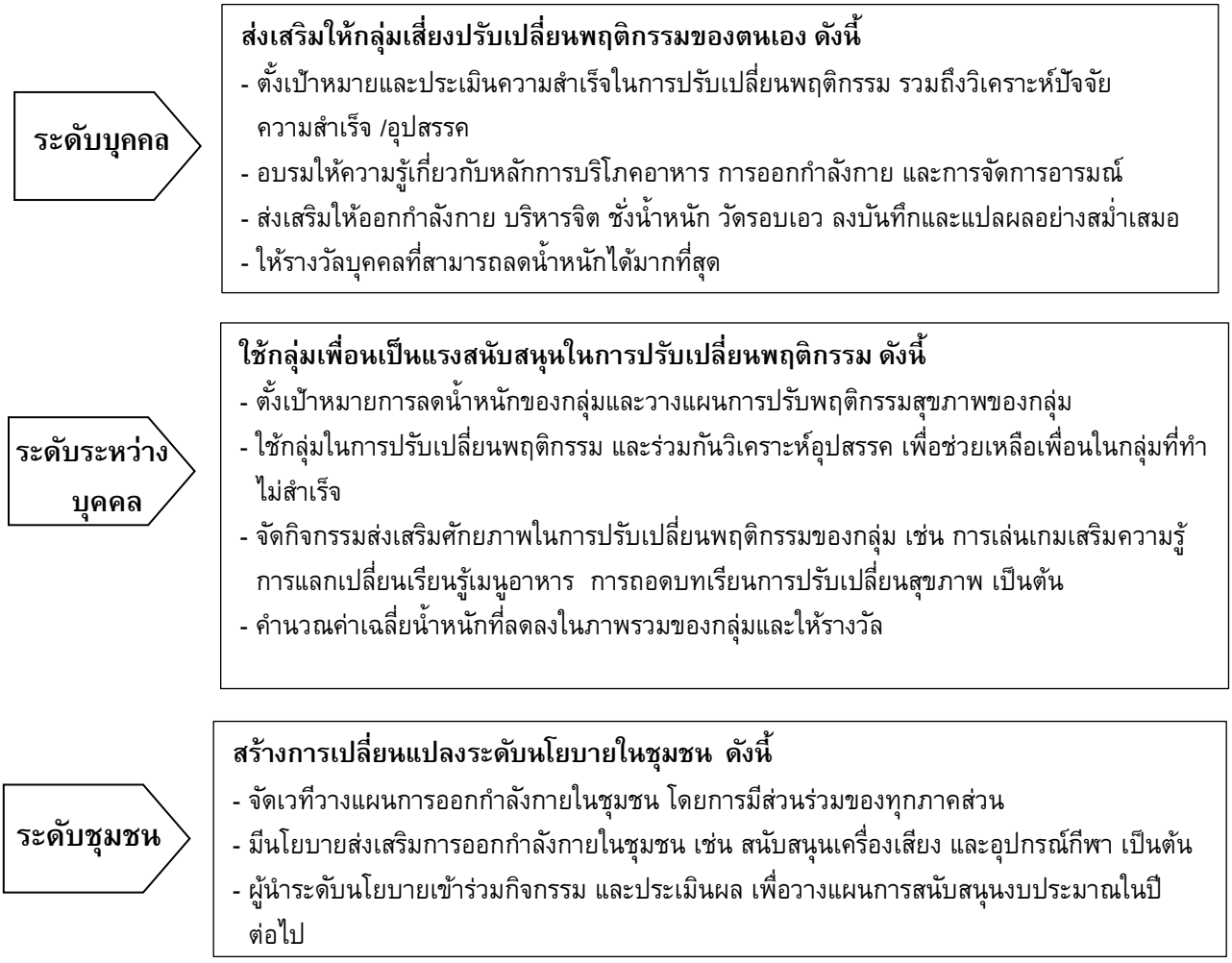
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และ ความแตกต่างของจำนวนผู้นำชุมชนที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอวลดลงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศักยภาพในการร่วมทำวิจัยในชุมชนเพิ่มขึ้น ก่อนและหลังก่อนการดำเนินการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติ The Wilcoxon signed-ranks test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพ องค์การบริหารท้องถิ่น และสถาบันการศึกษา เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาของชุมชน ซึ่งในการดำเนินการกลุ่มแกนนำชุมชน และผู้วิจัยจากสถาบันการศึกษาทำความเข้าใจร่วมกันถึงกระบวนการวิจัยในชุมชน และความสำคัญของกระบวนการพัฒนาคนและชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจของการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนดำเนินการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเข้าใจปัญหาและมีความคิดที่จะร่วมแก้ไขปัญหาตามบริบทของชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามขั้นตอน คือ 1) ค้นหาปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิร่วมกับทีมผู้วิจัยซึ่งได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนในชุมชนโดยใช้แบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงข้อมูลสุขภาพของชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรายงานการตรวจสุขภาพประจำปีจากองค์การบริหารส่วนตำบล 2) ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยพิจารณาถึงความรุนแรง และความยากง่ายในการแก้ไขปัญหาพบว่า ปัญหาที่พบ คือ ภาวะอ้วน การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มแกนนำชุมชนได้จัดลำดับความสำคัญ โดยมีทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการแต่ไม่ได้ร่วมเสนอความคิดเห็นใดๆ ในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ที่ประชุมเลือกที่จะแก้ปัญหาภาวะอ้วน การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมหลังจากนั้นดำเนินการ 3) การระดม

สมองออกแบบวิธีการแก้ปัญหา ที่ครอบคลุม ทั้ง ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน โดย คำนึงถึงบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนตาม กิจกรรม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการดำเนินการการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนฯ (n=30)

รายการ	ก่อน		หลัง		95%CI	t(df)	p
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD			
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	26.96	3.38	25.97	3.42.	.73-1.24	8.00(29)**	.001
เส้นรอบเอว (cm)	90.27	8.75	87.00	7.92	2.20-4.33	6.27(29)**	.001
การบริโภคอาหาร (คะแนน)	58.20	8.03	60.67	7.38	-5.23-.30	-1.82(29)	.070

**p<.001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ของพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยง และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ของดัชนีมวลกายเส้นรอบเอว พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้นำชุมชน คะแนนศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

รายการ	อันดับคะแนนที่ลดลง			อันดับคะแนนที่เพิ่มขึ้น			คะแนนคงเดิม	Z	P
	จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่	จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่			
กลุ่มเสี่ยง (n=30)									
การออกกำลังกาย (MET)	4	9.13	36.50	19	12.61	239.50	7	-3.09	.001
ผู้นำชุมชน(n=15)									
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	1	7.73	85.00	3	6.67	20.00	1	-2.59	.01
เส้นรอบเอว (cm)	12	6.88	82.50	1	8.50	8.50	2	-2.04	.04
การบริโภคอาหาร (คะแนน)	6	5.00	30.00	8	9.38	75.00	1	-1.14	.16
การออกกำลังกาย (MET)	2	8.25	16.50	11	6.77	74.50	2	-2.03	.04
ศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	5	9.40	47.00	9	6.44	58.00	1	-.35	.73
ศักยภาพการทำวิจัยในชุมชน	5	8.50	42.50	9	6.94	62.50	1	-.63	.53

จากตารางที่1 และ 2 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29)=8.00$, $p<.001$ และ $t(29)= 6.27$, $p<.001$ ตามลำดับ) และกลุ่มเสี่ยงมีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-3.09$, $p<.001$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายกลุ่มผู้นำชุมชนมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-2.59$, $p<.01$ และ $z = -2.04$, $p<.04$ ตามลำดับ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($z=-2.03$, $p<.04$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในชุมชนเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน และสถาบันการศึกษา เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาของชุมชน ตั้งแต่ ค้นหาปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล และระดมสมองออกแบบวิธีการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมทั้ง ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน ซึ่งในการดำเนินการพัฒนามีการใช้ชุมชนเป็นฐาน ตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำชุมชนให้เกิดกระบวนการคิด และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ประกอบด้วยการประเมินสถานการณ์ การค้นหาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะใช้ดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ชุมชนมีศาลาที่สามารถใช้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายได้ ผู้ใหญ่บ้านและชาวบ้านรวมเงินกันซื้อเครื่องเสียงและอุปกรณ์กีฬา และมีแกนนำที่สามารถนำออกกำลังกายด้วยการแอโรบิกได้ ซึ่งกระบวนที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้ชุมชนสามารถเข้าใจปัญหาและมีความคิดที่จะร่วมแก้ไขปัญหาตามบริบท และทรัพยากรของชุมชน นอกจากนี้ยังทำให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อน เพื่อพัฒนาสุขภาวะของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนที่ครอบคลุมทั้ง ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน โดยคำนึงถึงบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชน สถาบันการศึกษาและสถานบริการสุขภาพในชุมชน[10] และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักสร้างเสริมสุขภาพในการบริการปฐมภูมิ ที่จะต้องประกอบด้วย ขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้แกนนำชุมชนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยกำหนดทางสังคมและการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ปัญหา 2) การดำเนินงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและจัดโครงการ โดยโครงการที่ทำได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) การประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน[11]

2. หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งกลุ่มเสี่ยงและผู้นำชุมชนมีดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง รวมถึงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่หลายภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบและมีการออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนทั้งระดับตัวกลุ่มเสี่ยงเองคนรอบข้าง และการขับเคลื่อนนโยบายในชุมชน ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างการรับรู้ปัญหาและร่วมมือในแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนสร้างหุ้นส่วนการทำงานระหว่างภาครัฐและชุมชนในทุกกระบวนการจนถึงการรับผลประโยชน์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างภาครัฐและชุมชน[12] ทำให้เกิดผลสำเร็จของรูปแบบดังกล่าว

ข้างต้น นอกจากนั้น กิจกรรมที่จัดขึ้นทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน เป็นการให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้มีภาวะอ้วนในชุมชนที่ใช้กิจกรรมหลายระดับเช่นเดียวกับการศึกษานี้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อลดภาวะอ้วน มีค่าเฉลี่ยการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] และสอดคล้องกับการศึกษาที่ให้ชุมชนเป็นฐานในประเทศอินเดีย ที่ใช้ผู้นำชุมชนให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พบว่าสามารถลดภาวะอ้วนลงพุงของคนในชุมชนได้[14] และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม โดยดำเนินการตามขั้นตอน ประกอบด้วย การศึกษาบริบทชุมชนและวิเคราะห์สถานการโรคอ้วนของคนในชุมชนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยโรคอ้วนในชุมชนที่เน้นกระบวนการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับตนเองภายหลังการดำเนินการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการพัฒนา[15]

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่ากลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าเพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะชุมชนที่ศึกษาเป็นลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาหารเองการเข้าถึงอาหารปรุงสำเร็จและอาหารพร้อมรับประทานง่าย กลุ่มตัวอย่างซื้ออาหารจากตลาดมารับประทานเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ยากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวในชุมชนบ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนเมือง ที่พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้แก่ การเติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสุกสำเร็จรูปแล้ว การรับประทานอาหารปิ้งย่าง อาหารไขมันและน้ำตาลสูง การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีรสหวานและรับประทานขนมขบเคี้ยว[16]

3. หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จำนวนผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในชุมชนเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างจากเดิมทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะการทำงานที่ชุมชนท่าช้างที่ผ่านมา มีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา เครือข่ายสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครหมู่บ้าน โดยมีวิทยาลัยพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ และผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีผู้ที่มีพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบจำนวน 9 คน แต่ยังมีอีก 5 คน ที่ยังไม่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าถึงแม้กลุ่มผู้นำชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยผ่านประสบการณ์ในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในชุมชนมาก่อน และกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ถึงแม้มีการส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนจะได้รับการเรียนรู้และสนับสนุนให้สามารถดำเนินการในเรื่องการปรับพฤติกรรมหรือการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยมาระยะหนึ่งแล้ว แต่กลุ่มผู้นำชุมชนยังไม่มีความมั่นใจในการดำเนินการด้วยตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดเชียงใหม่ และการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักสร้างเสริมสุขภาพในการบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งงานวิจัยทั้งสองเรื่องนี้เป็นงานวิจัยที่พัฒนาศักยภาพผู้นำในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้และให้มีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน พบว่า ผู้นำสามารถพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพคนในชุมชนได้ และยังสามารถพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนอีกด้วย[11,17] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดำเนินงานวิจัยที่ผ่านมามีขั้นตอนให้กลุ่มแกนนำได้ฝึกปฏิบัติการเขียนแผนงาน/โครงการ เป็นสรุปประเด็นที่สำคัญ ค้นหาทุนทางสังคมของชุมชน และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในสถานการณ์จริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ เกิดความมั่นใจแต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ฝึกการเขียนแผนงาน และลงมือปฏิบัติด้วยตนเองแต่ได้ร่วมคิดร่วมปฏิบัติร่วมกับทีมผู้วิจัยทุกขั้นตอนซึ่งการที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นผู้นำด้วยตนเองอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่มั่นใจ ยังมีความคิดที่ยังต้องมีพี่เลี้ยงที่คอยสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชนต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การแก้ปัญหาภาวะอ้วนอย่างยั่งยืน ชุมชนควรมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยคำนึงถึงการจัดการปัญหาที่ครอบคลุมทั้ง ระดับบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชน และควรยกระดับปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนขึ้นเป็นปัญหาระดับชุมชน ตลอดจนการสร้างตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ทั้งนี้ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสุขภาวะของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

References

1. Hruby A, Hu FB. The epidemiology of obesity: a big picture. Pharmacoeconomics. 2015;33(7):673–89.
2. Krisorakun T, Polamaung W, Poonawagul U. Prevalence of overweight, obesity and co-morbidities among adults aged over 20 years in Tambon Chantanimit Amphur Muang Chanthaburi Province. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2007;24(2):89-98. (in Thai).
3. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai Health 2018: religion and health. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public; 2018. (in Thai).

4. Pitayatienanan P, Butchon R, Yothasamut J, Aekplakorn W, Teerawattananon Y, Suksomboon N, et al. Economic costs of obesity in Thailand: A retrospective cost-of-illness study. BMC Health Services Research. 2014;14:146-53. (in Thai).
5. Kuanra-ngub S. Behavior modification program for weight control of payap university personnel. Nursing Journal. 2014;41(1):85-95. (in Thai).
6. Ponghan P. Effects of health promotion program on metabolic syndrome preventive behaviors among health volunteers. Journal of Nursing and Health Sciences. 2011;5(3): 54-63. (in Thai).
7. Nilkumhaeng A, Pimpan C. Effects of health promotion programs on behavioral change to reduce cholesterol levels in blood of Chainat hospital staff. Social Sciences Research and Academic Journal. 2008; 3(6):127-38. (in Thai).
8. Poompukaew W, Dungsong R. The effectiveness of application by self-regulation theory and transtheoritical theory for behavior development on weight reduction among government officers in Nahaeo District, Loei Province. KKU Journal for Public Health Research. 2009; 2(1):77-87.(in Thai).
9. Polikandrioti M, Dokoutsidou H. The role of exercise and nutrition in type II diabetes mellitus management. Health Sci J. 2009; 3(4):216-21.
10. Schulz AJ, Israel BA, Coombe CM, Gaines C, Reyes AG, Rowe Z, et al. A community-based participatory planning process and multilevel intervention design: toward eliminating cardiovascular health inequities. Health Promot Pract. 2011;12(6):900-11.
11. Chidnayee S, Kaewcharoenta P, Wuttijureepan A, Kuariyakul A. The competencies development of health promotion leaders at primary care. Journal of Nursing Education. 2016;9(2):40-54. (in Thai).
12. Johnson CE, Ali SA, Shipp MP. Building community-based participatory research partnerships with a Somali refugee community. Am J Prev Med. 2009;37(6):S230-36.
13. Pannasil B,Pansila W,Bootsankom R. Development of operations management to reduce for obesity people in community Nong Sang Sub-District,Wapi Prathum District, Mahasarakham Province. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2017;19(2):108-23. (in Thai).
14. Balagopal P, Kamalamma N, Patel TG, Misra R. A community-based participatory diabetes prevention andmanagement intervention in rural India using community health workers. Diabetes Educ. 2012;38(6):822-34.
15. Pannasil B, Pansila W, Bootsankom R. Development of operations management to

reduce obese people in the community, Nong Sang sub-distict, Wapi Prathum district, Mahasarakham province. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2017;19:108-23. (in Thai).

16. Poonperm R. Food consumption behaviors of family in the community of Phramongkutklao Hospital personnel's Residence. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(2):78-88. (in Thai).
17. Sriareporn P, Prommachote M. Competency development of women leaders for promoting health in women of reproductive age. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2011;26(special issue): 70-80. (in Thai).