

รูปแบบการขับเคลื่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนวัยทำงานในอำเภอ ต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 10: อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

Model to Drive Developing Desirable Health Behaviors of prototype population district in health region 10th: Pathum Ratchawongsa District, Amnat Charoen Province

สิริพินท์ ศิริโสภภาพงษ์

Siripin Sirisophaphong

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย

Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 10

Corresponding author: Email: siripin.hpc7@gmail.com

(Received: August 13, 2019; Revised: August 25, 2019; Accepted: August, 31 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนวัยทำงานในอำเภอต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 10: อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย นายกเทศมนตรีเทศบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ พัฒนาการอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านในอำเภอปทุมราชวงศา นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา รวม 63 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 380 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกกิจกรรม แบบบันทึกการสนทนา กลุ่ม และแบบประเมินผลลัพธ์ ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2562 ถึง เดือนกรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ paired t-test ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจำนวน 8 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (Data or Information) 2) การคืนข้อมูลและถ่ายทอดข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านสื่อหลากหลายวิธี (Information) 3) การวิเคราะห์ค้นหาปัญหา (Problem) 4) การวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม (Social capital) 5) การกำหนดโครงการ กิจกรรมและวิธีดำเนินงาน (Activities) 6) การมีส่วนร่วม (Participatory) 7) การเสริมพลัง ให้กำลังใจ ชื่นชม และติดตาม (Empowerment) 8) การประเมินผลการทำงานเป็นระยะ (Evaluation) นั้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวเฉลี่ยลดลง ค่าดัชนีมวลกายลดลง และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราหลังการดำเนินโครงการสูงขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ และขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อลดปัญหาและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเกินในประชาชนกลุ่มวัยทำงานต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 10

Abstract

This action research aims to study model to drive developing desirable health behavior of prototype population district in health region 10th: Pathum Ratchawongsa District, Amnat Charoen Province. The sample groups in this study included mayors of municipality, district administrative mayors, sub-district headman, district chiefs, village chief man, assistant village chief man, health village volunteer president, district developer, health village volunteer, director of health promotion hospital, housekeeper representative of Pathum Ratchawongsa District, public health scholars, nurse, nutritionist and sport and health scholar totally 63. The ages of a subject to collect data were between 15-59 years old. Sample sizes 380 people. Collecting data by questionnaires, activity records, group discussion records, and assessment reports. The research started from March to July 2019. Data analysis by descriptive statistic, content analysis, mean different and paired t-test. The results of this study showed that 8 procedures which are 1) Health behavior survey of working-age 2) The data feedback and passing information knowledge and experience behavior change guideline through various media. 3) To analyze the cause of problems 4) Analyze social fundamental 5) Project activity and methods are distinct results in changing behavior. 6) Participatory in every part of the integration action. 7) Empower and support to the participant to continue activity. 8) Evaluation of working outcome to improve the activity. The result of this project caused waist circumference and body mass index of volunteer decreased. Moreover, the average scores of food consumer behavior, exercise record, alcohol consumption behavior, and smoking behavior have been increased significantly (P -value < 0.05). Therefore, this pattern of developing health behavior could apply and use to solve the nutrition problem in the working-age population.

Keywords: Developing Model, Desirable Health Behaviors, Prototype Population, Health region 10th

1. บทนำ

ประชากรกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาครอบครัวและอยู่ในบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว หรือสมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแลกลุ่มวัยต่างๆ ในครอบครัว และเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศชาติ ทั้งนี้กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคเกษตรกรรม หรืออุตสาหกรรม ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐ เอกชน สถานประกอบการ และชุมชน จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2558 ประชากรวัยทำงาน มีสัดส่วนร้อยละ 66 เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดของประเทศไทย และประชากรกลุ่มนี้มีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ในด้านดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว การมีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (BMI <18.5 กก./ตร. เมตร) และภาวะโรคอ้วน มีความชุกเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง เกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI ≥25 กก./ตร.เมตร) ประชาชนวัยทำงาน สูบบุหรี่ร้อยละ 23.7 และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 45.3 กินผักเฉลี่ยวันละ 2.2 ส่วน ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐาน ที่ให้กินวันละ 3 ส่วน กินผลไม้เฉลี่ยวันละ 1.5 ส่วน ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กินวันละ 2 ส่วน กินผักและผลไม้เฉลี่ยวันละ 3.7 ส่วน ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กิน 5 ส่วนต่อวัน⁽¹⁾

ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 - 2561 (ย้อนหลัง 3 ปี) พบว่า แนวโน้มของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ในเขตสุขภาพที่ 10 มีค่าดัชนีมวลกายปกติภาพรวมเขต ร้อยละ 46.63 ร้อยละ 48.27 และร้อยละ 48.31 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 18.85 ร้อยละ 18.62 และร้อยละ 19.42 และมีภาวะอ้วนอันตรายร้อยละ 4.22 ร้อยละ 4.20 และร้อยละ 4.70 ตามลำดับ และมีความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก/ม²) และหรือภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอวเกิน ชาย 90 ซม. เส้นรอบเอวหญิง 80 ซม.) ร้อยละ 30.99 ร้อยละ 31.12 และร้อยละ 33.29 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจังหวัดพบว่า จังหวัดอำนาจเจริญมีความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก/ม²) และหรือภาวะอ้วนลงพุงในภาพรวมสูงที่สุด คือ ร้อยละ 34.03 ร้อยละ 32.87 และร้อยละ 29.46 และเมื่อพิจารณา

ในรายอำเภอ พบว่า อำเภอบุพผราขวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ มีความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก/ม²) และหรือภาวะอ้วนลงพุง ในภาพรวมสูงที่สุด คือ ร้อยละ 37.94 ร้อยละ 36.17 และร้อยละ 32.62 ตามลำดับ จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า ประชากรกลุ่มวัยทำงาน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ การเกิดอุบัติเหตุ หากประชาชนวัยทำงานยังไม่ตระหนัก ไม่ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆได้ เช่น ภาวะโรคเมตาบอลิกหรือโรคอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ และโรคจากการประกอบอาชีพ ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จากการศึกษาของชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ⁽²⁾ ได้ศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน: กรณีศึกษาบ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหของชุมชนมีความสำเร็จซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ด้านขวัญกำลังใจในการทำงาน ด้านการสื่อสารและด้านทุนและศักยภาพของชุมชน และการประเมินผลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนวัยทำงานในชุมชนพบว่า สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานได้เพียงบางกลุ่ม เช่น กลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างเพศชายทุกคน โดยภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวไปในทิศทางที่ดีขึ้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเส้นรอบเอวปกติ เปลี่ยนเป็นกลุ่มเส้นรอบเอวต่ำกว่าเกณฑ์ และกลุ่มเส้นรอบเอวเกิน ยังไม่ลดลง ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน มีการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกายไปในทิศทางที่ดีขึ้น⁽¹⁾ ดังนั้นหากประชาชนวัยทำงานมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายในพื้นที่เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน เข้ามามีบทบาทและความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคในชุมชน ก็จะส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในประชาชนวัยทำงานได้ จากปัญหาและความสำคัญที่กล่าว

มาแล้วทั้งหมด ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ซึ่งเป็นทีมวิจัยหลักในพื้นที่ที่มีความตระหนัก และให้ความสำคัญต่อปัญหาที่พบในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จึงได้เลือกและกำหนดให้อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นอำเภอต้นแบบในการศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผลในการแก้ไขภาวะน้ำหนักตัวเกิน เส้นรอบเอวเกิน และดัชนีมวลกายเกินในประชาชนวัยทำงาน โดยคาดหวังว่าผลที่เกิดขึ้นจากการศึกษานี้จะทำให้ได้รูปแบบ ระบบการดำเนินงาน แนวทาง และวิธีการดำเนินงานแก้ไขภาวะน้ำหนักตัวเกิน เส้นรอบเอวเกิน และดัชนีมวลกายเกินในประชาชนวัยทำงาน และนำรูปแบบที่ได้จากการศึกษาไปเสนอต่อผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็นนโยบายขยายผลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ต่อไป

2. วิธีการดำเนินการวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research :PAR) โดยผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในอำเภอต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 10 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽³⁾ จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบ ประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ในเขตพื้นที่อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือน มีนาคม 2562 ถึง เดือนกรกฎาคม 2562

2.2 นิยามศัพท์ในการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การดื่มสุรา และการบุหรี่ยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายเกินในประชาชนวัยทำงานอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

ภาวะเส้นรอบเอวเกิน หมายถึง ภาวะของเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ในเพศหญิงเส้นรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร และในเพศชายเส้นรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร

ภาวะดัชนีมวลกายเกิน หมายถึง ค่าดัชนีมวลกายในเพศชายและเพศหญิง ≥ 22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร

2.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาระบบการ ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 63 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีเทศบาล 4 คน นายองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน กำนัน 7 คน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ 1 คน พัฒนาการอำเภอ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านในอำเภอปทุมราชวงศา 7 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน นักโภชนาการ 1 คน และ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา 1 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายในประชาชนวัยทำงาน คือ ประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 380 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan⁽⁴⁾ ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Stratified Random Sampling) จากประชากรวัยทำงานและแบ่งตามประชากรเพศชาย และเพศหญิง จึงนำมาแบ่งสัดส่วนประชากรของกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุ และเพศ หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายในประชาชนวัยทำงาน คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุ เส้นรอบเอว น้ำหนัก และส่วนสูง ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน คือ แบบ

บันทึกกิจกรรมระหว่างดำเนินการ และแบบรายงาน
ผลผลิตที่ได้จากการจัดกระบวนการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการบริโภค
อาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือ
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย
โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาศักยภาพที่ได้จากผล
การจัดกระบวนการและกิจกรรม คือ แผนงาน โครงการ
และกิจกรรม การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ติดตาม
ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของผู้นำ
ชุมชน โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3. วิเคราะห์ข้อมูลประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลัง
ดำเนินโครงการโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม
การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่ม
สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ต่อการเปลี่ยนแปลงของ
เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายประชาชนวัยทำงาน โดย
ใช้สถิติ paired t-test

3. ผลการวิจัย

3.1 ประชาชนวัยทำงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56.3 ส่วนใหญ่เป็น
วัยทำงานตอนปลาย (อายุ 45 – 59 ปี) คิดเป็นร้อยละ
49.48 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.8
และรองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 39.7 ส่วนใหญ่
ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.80 มีรายได้ต่อเดือน
ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.20 รองลงมา คือ 5,000 –
10,000 บาท ร้อยละ 19.70

3.2 สุขภาพของประชาชนวัยทำงานที่เป็น
กลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศชายมีเส้นรอบเอวปกติ (ไม่เกิน 90
เซนติเมตร) ร้อยละ 62.70 และเส้นรอบเอวมมากกว่า 90
เซนติเมตร ร้อยละ 37.30 เพศหญิงมีเส้นรอบเอวปกติ (ไม่
เกิน 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 44.40 และเส้นรอบเอว
มากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 55.60 มีดัชนีมวลกายปกติ
(18.5 - 22.9 กก./เมตร²) ร้อยละ 37.90 รองลงมา คือ มี
ภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย 25.0 - 29.9 กก./เมตร²)

ร้อยละ 27.10 มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย 23.0 -
24.9 กก./เมตร²) ร้อยละ 16.80 มีน้ำหนักน้อยกว่า
มาตรฐาน (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./เมตร²) ร้อย
ละ 10.30 และมีภาวะอ้วนมาก (30.0 กก./เมตร² ขึ้นไป)
คิดเป็นร้อยละ 7.90 ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.80 ส่วน
ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 22.89 โรคความดันโลหิตสูง
ร้อยละ 13.25 และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิต
สูง ร้อยละ 3.61 และโรคอื่นๆ(ไม่ระบุโรค) ร้อยละ 48.19
ด้านประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว พบว่า มี
โรคประจำตัว ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน
ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ
34.86 โรคหัวใจ ร้อยละ 5.92 โรคเก๊าท์ ร้อยละ 4.60 และ
โรคอื่นๆ (ไม่ระบุ) ร้อยละ 4.60

3.3 รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนา
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนกลุ่มวัย
ทำงานในการแก้ไขภาวะน้ำหนักตัวเกิน เส้นรอบเอวเกิน
และดัชนีมวลกายเกินในประชาชนวัยทำงาน อำเภอปทุม
ราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จากการใช้การสนทนากลุ่ม
(Focus Group) จำนวน 3 รอบ ประกอบด้วยกลุ่มผู้นำ
ชุมชน แกนนำชุมชน กลุ่มแม่บ้าน และเครือข่ายภาค
ราชการในพื้นที่ ได้แก่ องค์การปกครองท้องถิ่น เทศบาล
ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน พัฒนา
ชุมชน เกษตรตำบล ได้แนวทางการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน
คือ 1) การสำรวจสภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนวัยทำงาน (Data or Information) เป็นสิ่ง
ตั้งต้นที่มีความสำคัญ และเป็นการประเมินชุมชนขั้นต้น 2)
การคืนข้อมูลและถ่ายทอดข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์
แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านสื่อหลากหลายวิธี
(Information) เช่น ประชุมเพิ่มพูนความรู้ เอกสาร แผ่น
พับ วิดีโอ หนังสือต่างๆ หอกระจายข่าว Line, Facebook.
YouTube, Instagram 3) การวิเคราะห์ค้นหาปัญหา
(Problem) ค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์ สังเคราะห์
จัดลำดับความสำคัญและโยงโยสาเหตุของปัญหา 4) การ
วิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม (Social capital) ทั้งที่เป็น
ทรัพยากรมนุษย์ สิ่งแวดล้อม ประเพณี วัฒนธรรม จารีต

และความเชื่อต่าง ๆ ของชุมชน เพื่อให้เข้าใจชุมชน และ
ก้าวสู่การเปลี่ยนแปลง 5) การกำหนดโครงการ กิจกรรม
และวิธีดำเนินงาน (Activities) เพื่อให้เกิดกิจกรรมการ
ดำเนินที่ชัดเจนว่าจะทำกิจกรรมอะไรบ้างจึงจะเกิดผลใน
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย 6) การมี
ส่วนร่วม (Participatory) ร่วมมือ ร่วมใจ และรวมพลังใน
การปฏิบัติทุกภาคส่วนอย่ามีการบูรณาการไปพร้อม ๆ กัน
7) การเสริมพลัง ให้กำลังใจ ชื่นชม และติดตาม
(Empowerment) เยี่ยมเสริมพลังให้กับเครือข่ายในการ
ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และ 8) ประเมินผลการ
ทำงานเป็นระยะ (Evaluation) เพื่อแก้ไขปัญหาการ
ดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในรูปที่ 1

3.4 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่
และการดื่มสุราก่อนและหลังการดำเนินโครงการ
สูงขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า หลังดำเนินโครงการ
กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภค
อาหารสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินโครงการ 2.90 คะแนน
(95%CI=2.62-3.19) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการออก
กำลังกายเพิ่มขึ้น 2.71 คะแนน (95%CI=2.61-2.81) มี
ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 2.56
คะแนน (95%CI=2.48-2.63) และมีผลต่างค่าเฉลี่ยของ
คะแนนการดื่มสุราเพิ่มขึ้น 2.07 คะแนน (95%CI=1.98-
2.17) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการ
ดื่มสุราก่อนและหลังการดำเนินโครงการ (n=380 คน)

พฤติกรรม	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การบริโภคอาหาร	18.19 (2.72)	21.09 (3.43)	2.90	2.62-3.19	20.1546	<0.001
การออกกำลังกาย	11.21 (1.67)	13.92 (1.93)	2.71	2.61-2.81	53.2605	<0.001
การสูบบุหรี่	9.76 (1.58)	12.32 (1.74)	2.56	2.48-2.63	68.0096	<0.001
การดื่มสุรา	10.94 (2.14)	13.01 (2.05)	2.07	1.98-2.17	43.5900	<0.001

ข้อมูลข่าวสารร่วมกันและให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังปัญหา 4) การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน และองค์กรในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการเกินในประชาชนวัยทำงานทั้งในสถานศึกษา สถานประกอบการในพื้นที่ และในชุมชน

(2) **ด้านปัจจัยเอื้อ (Enabling)** คือ 1) ชุมชนมีกลไกสร้างการมีส่วนร่วมต่อการแก้ไขปัญหา เช่น มีการประชุมประชาพิจารณ์ แสดงความคิดเห็นต่อการแก้ไขปัญหา และจัดเวทีประชาคม นำเสนอในการประชุมประจำเดือน อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง 2) ประชาชนในชุมชนได้สร้างข้อตกลงร่วมกัน เช่น รวบรวมกลุ่มออกกำลังกาย เดิน วิ่ง หรือเดินบาสโลป สัปดาห์ละ 3 วัน ส่งเสริมการบริโภคบริโภคผักปลอดสารเคมีและเป็นผักที่ปลูกเองในชุมชน ไม่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่จำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กและเยาวชนในชุมชน 3) คณะกรรมการชุมชนมีการทำงานอย่างเข้มแข็ง กำกับการทำงานและนำผลการรายงานต่อประชาชนในเวทีประชาคมทุกเดือน 4) มีข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เก็บไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพตำบล และประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และ 5) มีมาตรการทางสังคมของชุมชน เช่น งานศพปลอดการพนัน งานศพปลอดเหล้า เป็นต้น

(3) **ด้านปัจจัยเสริม (Reinforcing)** คือ 1) มีการจัดตั้งกลุ่ม และการรวมกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน เช่น กลุ่มเดินบาสโลป กลุ่มเดินแอโรบิก กลุ่มเดินวิ่งในชุมชน 2) มีการทบทวนความรู้ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในชุมชน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ในเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น การจัดอาหารเพื่อลดหวาน มัน และเค็ม การออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน การวัดเส้นรอบเอว และการชั่งน้ำหนักให้มีความต่อเนื่องทุกเดือน

เมื่อพิจารณาถึงกลไก และวิธีการ (How to) ดำเนินงานในชุมชน ได้แก่

- (1) ทบทวนปรึกษาหารือกัน ตกลงลึกลงความคิด วางแผน และกำหนดวิธีทำงานร่วมกัน
- (2) แจ้งเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมประชุม
- (3) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโดยมีผู้นำชุมชน
- (4) จัดให้มีแกนนำชุมชน และอาสาสมัครรับผิดชอบในคุ่มนั้นเพื่อติดตามประชาชนวัยทำงานกลุ่มเป้าหมาย
- (5) จัดประชุมให้ความรู้ตามโครงการ
- (6) มีวิทยากรสอนความรู้และประสบการณ์
- (7) ไม่ยึดงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน ผสมผสานกับงานอื่น
- (8) รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานในพื้นที่
- (9) ใช้สื่อ เช่น วัสดุการออกกำลังกาย แอโรบิก โยคะ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ นำมาจากสื่ออินเทอร์เน็ต และยูทูบ (YouTube)
- (10) มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์
- (11) เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- (12) มีการติดตามผลการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และ
- (13) การรายงานผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

สอดคล้องกับการศึกษาของรพีพัฒน์ ศรีมาลา และคณะ⁽⁵⁾ ได้ศึกษาการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยผู้นำชุมชนมี 5 ขั้นตอนคือ 1) การศึกษาบริบทชุมชน 2) การบูรณาการผู้นำเข้ากับชุมชน 3) การวางแผนปฏิบัติการมีส่วนร่วม 4) การปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง 5) การประเมินผลการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมบริบทชุมชนทางด้านสุขภาพของประชาชน ผลการวิจัยทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนด้านสุขภาพที่สามารถจัดการสุขภาพชุมชน ของตนเองได้อย่างมีส่วนร่วม เกิดการประสานการทำงานของผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำศาสนา เกิด

ความร่วมมือเป็นเครือข่าย สุขภาพและพัฒนาจนเกิดกลุ่มสุขภาพภาคประชาชนที่สามารถแสวงหาความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ และ จัดการสุขภาพชุมชนตนเองได้อย่างมีส่วนร่วม ชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ⁽²⁾ ได้ศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน: กรณีศึกษา บ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ผลผลิตที่ได้จากการประชุมใช้เทคนิคและกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ คือ โครงการแก้ไขปัญหของชุมชน ได้แก่ (1) โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชน (2) โครงการปลูกผักปลอดสารพิษ พืชโตเร็ว (3) โครงการส่งเสริมการเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ (4) โครงการประชาสัมพันธ์ เรื่องอาหารและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และ (5) โครงการอบรมเรื่อง อาหาร และการปรุงประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผลการเยี่ยมเสริมพลังชุมชน (Empowerment Visit) พบว่า การดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหของชุมชนมีความสำเร็จซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ด้านขวัญกำลังใจในการทำงาน ด้านการสื่อสาร และด้านทุนและศักยภาพของชุมชน ปณณธร ชัยวัฒน์ และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษากระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนบ้านสันป่าปาง ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่า การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประกอบด้วย ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านครอบครัวและปัญหาด้านสังคม และมีแนวทางการแก้ปัญหการดื่มสุราประกอบด้วย การสร้างความตระหนักในภาวะสุขภาพของผู้ดื่มสุรา และผลเสียจากการดื่มสุราโดยสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน และจากบุคลากรสาธารณสุข สำหรับประเมินผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการดื่มในระดับครอบครัวของผู้ดื่มมีความเข้าใจและพูดคุยกันมากขึ้น และในระดับชุมชน

เกิดมาตรการของชุมชน เรื่องลดละเลิกสุราคืองานศพปลอดเหล้าอย่างแท้จริง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม งดเหล้าเข้าพรรษาเพิ่มขึ้นและกำลังจะดำเนินรณรงค์เรื่อง อย่าผิดศีลในงานบุญ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาการดื่มสุราของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย การจัดตั้งแกนนำรณรงค์การดื่มเหล้าด้วยการจัดทำป้ายรณรงค์ให้รู้โทษและโรคที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ไว้ที่ศาลาประชาคม ทางแยกของหมู่บ้าน การจัดทำโครงการงดเหล้าเข้าพรรษา การจัดตั้งกลุ่มงดเหล้าในชุมชน และ ขอมติในชุมชนในการงดเหล้าเพื่อพระพุทธศาสนา เพื่องดเหล้าในงานบุญต่างๆ เพื่อไม่ให้เป็นการผิดศีลของพระพุทธศาสนา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหการดื่มสุรานั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยคำนึงถึงทุนทางสังคมของแต่ละชุมชน และเริ่มต้นแนวทางจากสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชนและต่อยอดจากสิ่งที่ชุมชนได้มีการดำเนินการ ก็จะสามารถแก้ไขปัญหการดื่มสุราได้อย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของนิชาภา โพธิเจริญ⁽⁷⁾ ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนของชุมชนอรุณนิเวศน์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า การสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความตระหนักต่อสาเหตุของการเกิดโรคอ้วนโดยการนำของหน่วยบริการและชุมชน 2) ชุมชนร่วมจัดทำหน่วยบริการช่วยคิดในการจัดการปัญหาโรคอ้วนของชุมชน และ 3) ร่วมกันออกแบบและดำเนินกิจกรรมการจัดการปัญหาโรคอ้วนในชุมชนอย่างจริงจัง รูปแบบเกิดขึ้นจากปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วยโรคอ้วนระดับน้อย ปานกลาง และมาก ที่มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย สมาชิกครอบครัวที่พร้อมให้การช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจผู้เป็นโรคอ้วน บุคลากรสุขภาพที่ตั้งใจให้ความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคอ้วน ครอบครัวและชุมชนอย่างจริงจัง มีความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการชุมชนที่มุ่งมั่นให้ความสำคัญกับโรคอ้วนและร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ 2) กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมต้องเน้น

ให้ทุกฝ่ายปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเอง โดยการมีจุดหมายเดียวกัน คือ การจัดการโรคอ้วน 3) ลักษณะกิจกรรมจะต้องเน้นทักษะการกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่เป็นโรคอ้วน การนำประสบการณ์ของผู้อื่นมาสร้างความรู้สึกร่วมกันและแรงจูงใจให้ควบคุมตนเอง การให้บุคคลในครอบครัวและในชุมชนเป็นแรงสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การร่วมกันสร้างแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนโดยพยาบาล ผู้เป็นโรคอ้วน และสมาชิกในครอบครัว และการสร้างสิ่งแวดล้อมในครอบครัวซึ่งทรงไว้ซึ่งการออกกำลังกายของผู้เป็นโรคอ้วน

4.2 ผลลัพธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ จากการศึกษาที่ได้ พบว่า ภายหลังจากดำเนินโครงการ กลุ่มตัวอย่าง เพศชายและเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ยลดลง ค่าดัชนีมวลกายลดลง และผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราก่อนและหลังการดำเนินโครงการ พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราก่อนและหลังการดำเนินโครงการสูงขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญญทิพย์ พรหมศิลป์ และคณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชน ตำบลหนองแสง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณณณิณี เชื้อนเพ็ชร และ ลำเนา วงศ์ใจ⁽⁹⁾ ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการ และประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง พบว่า ผู้ที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) หลังใช้รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างประชาชน บุคลากร

สาธารณสุข องค์กรเครือข่ายต่างๆ มีส่วนร่วมดำเนินงานระดับมากที่สุด ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ สิ่งสำคัญ คือ การให้ประชาชนและองค์กรเครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสุขภาพของตนเองโดยการพัฒนาความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของชุมชนได้อย่างยั่งยืน สุรินทร์ สิริสูงเนิน⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา: ตำบลหนองชัยศรี อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ 1) อ. อาหารส่งเสริมการบริโภคข้าวอาฮางที่ผลิตขึ้นเองในชุมชน 2) อ. ออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและรอบพุงโดยใช้สู่วิถีปฏิบัติที่ผลิตขึ้นเองในชุมชน 3) อ. อารมณ์ดี โดย การเข้าวัดปฏิบัติธรรม สวดสวดภาวนาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการอยู่แบบพอเพียงมาใช้ในการสวด สวด และสวด อารมณ์ดีซึ่งมีแกนนำสุขภาพครอบครัว ภาควิชาเครือข่ายในชุมชนเป็นพี่เลี้ยงในการเสริมพลังให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง ยั่งยืนและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน-หลัง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ย BMI และ รอบ เอว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5. สรุปผลการวิจัย

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ สามารถแก้ไขภาวะน้ำหนักตัวเกิน เส้นรอบเอวเกิน และดัชนีมวลกายเกินในประชาชนวัยทำงาน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญได้ จึงควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขภาวะน้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายเกิน เส้นรอบเอวเฉลี่ยลดลง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุราในประชาชนกลุ่มวัยทำงานในชุมชน และประชาชนกลุ่มเป้าหมายอื่น ตลอดจนขยายผลการใช้รูปแบบในพื้นที่อื่นต่อไป โดยผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร มุกดาหารและอำนาจเจริญ ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ และขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่

ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อลดปัญหาและเฝ้าระวังปัญหาภาวะโภชนาการเกินในประชาชนกลุ่มวัยทำงานต่อไป สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือสื่อสารในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ เส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายในประชาชนวัยทำงานในสถานประกอบการ เขตสุขภาพที่ 10

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มเป้าหมาย ทีมงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปทุมราชวงศา ทีมงานศูนย์อนามัย 10 ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย 10 และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

7. เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 2560.
2. Kemmis, S., & McTaggart, R. 1988. The action research planner (3rd ed.). Geelong: Deakin University press.
3. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), pp. 607-610.
4. รพีพัฒน์ ศรีมาลา, พรสุข หุ่นนิรันดร์ และทรงพล ต่อนี้. การจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2559; 11(3): 159 -168.
5. ชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน : กรณีศึกษาบ้านศาลา อำเภอสิเกาอำเภอนา จังหัดอำเภอนาเจริญ วารสารศูนย์อนามัย 7 อุบลราชธานี ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – ธันวาคม 2558 ห้างหุ้นส่วนจำกัด อุบลกิจออฟเซทการพิมพ์ จังหวัดอุบลราชธานี 2557.
6. ปณณธร ชัชรรัตน์ และคณะ (2557) กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนบ้านสันป่าบง ต.สันป่าม่วง อ.เมือง จ.พะเยา เอกสารบทคัดย่อ การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ปี 2557.
7. นิชาภา โพธาเจริญ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนของชุมชนอรุณนิเวศน์ กรุงเทพมหานคร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติ 2555.
8. เบญญทิพย์ พรรณศิลป์, วิรติ ปานศิลา และ รณรุทธิ์ บุตรแสนคม. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชน ตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2560; 19(2): 108 -123.
9. ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร และลำเนา วงศ์ใจ. ประสิทธิภาพของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เชียงรายเวชสาร. 2559; 7(1): 103 – 112.
10. สุรินทร์ สิริสูงเนิน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา : ตำบลหนองชัยศรี อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ (เอกสารอัดสำเนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2555.